



SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN POBLACIÓN EN CONTEXTOS DE POBREZA EN EL SURESTE MEXICANO

Maria Teresita Castillo León¹
Carlos David Carrillo Trujillo
Teresita Concepción Campo Marín
María José Barrera Flores
Universidad Autónoma de Yucatán, México

RESUMEN

Este estudio se interesa en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en población viviendo en contextos de pobreza en el sureste de México. A través de la aplicación del Autocuestionario SRQ-20 a 116 hombres y 144 mujeres, se encontró que quienes viven en contextos de pobreza son personas propensas a desarrollar síntomas negativos relacionados con la ansiedad y depresión, donde condiciones como ser mujer, soltera, de mayor edad y con bajos ingresos puede aumentar las probabilidades de presentar dichos síntomas. Se evidencia la importancia de trabajar con la promoción de herramientas de salud mental desde un enfoque de género, para lograr abordajes más integrales que permitan a las personas desarrollar su potencial, manejar situaciones difíciles y contribuir a su propio fortalecimiento personal y comunitario.

Palabras clave

Pobreza, ansiedad, depresión, México, salud mental

Abstract

This study is interested in the presence of anxiety and depressive symptoms in people living in contexts of poverty in the southeast of Mexico. Through the application of the SRQ-20 Self-questionnaire to 116 men and 144 women, finding that people living in contexts of poverty are prone to develop negative symptoms related to anxiety and depression, where conditions such as being a woman, single, older and with lower income can increase the odds. It is evident the importance of working with the promotion of mental health tools from a gender perspective, to achieve more comprehensive approaches that allow people to develop their potential, handle difficult situations and contribute to their own personal and community strengthening

Key words

Poverty, Anxiety, depression, Mexico, mental health

¹ Correspondence about this article should be addressed to Maria Teresita Castillo León. Email: castillo.tete@gmail.com

ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMATOLOGY
IN POPULATION IN POVERTY CONTEXTS IN THE MEXICAN SOUTHEAST

La pobreza es un fenómeno social presente prácticamente en todo el mundo, siendo Latinoamérica una zona donde gran parte de su población vive en esta condición. Particularmente en México, cerca del 50 por ciento de su población vive en situación de pobreza y cerca del 10% vive en pobreza extrema (CONEVAL, 2016). Dada la gran relevancia de la pobreza en el mundo, este tema ha sido estudiado desde hace varias décadas desde diferentes perspectivas, en donde varias de ellas se han enfocado principalmente en su origen económico al fijarse en los niveles de ingreso. Sin embargo, la pobreza es un fenómeno que, si bien está ligado a cuestiones económicas, otros autores como Sen (1985) la han conceptualizado como una cuestión de la presencia o ausencia de oportunidades para desarrollar las propias capacidades y lograr un desarrollo humano pleno.

Este mismo autor plantea que para reducir la pobreza es necesario aumentar el poder de las personas, principalmente las que se encuentran en esta situación, para garantizar que las prestaciones y oportunidades económicas, sociales se den y las deficiencias se eliminen (Sen, 2008). La presencia o ausencia de dichas oportunidades impacta directamente en la salud mental de las personas en estos contextos, ya que impactan en aspectos psicológicos y psicosociales. Ante esta realidad innegable en nuestro contexto contemporáneo latinoamericano es necesario y urgente que el fenómeno de la pobreza sea estudiado más allá de lo económico, desde perspectivas más amplias, por ejemplo, en relación a aspectos psicosociales, como la propia autopercepción, agencia, bienestar subjetivo, niveles de ansiedad y depresión, entre otros. Esto con el fin de generar conocimientos útiles para el desarrollo de programas y proyectos de intervención que favorezcan tener mayor fortaleza mental que les permita a las personas enfrentar individual, social y colectivamente a la pobreza, de la mejor manera posible.

Antecedentes en relación a la salud mental y la pobreza

Previos al presente estudio, se han realizado investigaciones que abordan aspectos diversos de la salud mental en población que vive en situación de pobreza. Desde la psicología destacan varios autores que han abordado el estudio de diversas variables psicosociales en población en situación de pobreza. Algunos ejemplos son Arán-Filippetti y Richaud de Minzi (2011) que trabajaron sobre reflexividad y planificación; Ávila-Toscano (2009) con estudios sobre apoyo social y redes; Borrero, Escobar, Cortés y Maya (2013) y Panadero, Vázquez, Guillén, Martín y Cabrera (2013) y Zavaleta (2007) sobre felicidad; Camurça Cidade (2019) sobre fatalismo y resiliencia; Galindo & Ardila (2012) con locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida; Guberney Muñeton (2012) sobre espacio social; Palomar, Lanzargota y Hernández (2004) y Palomar y Lanzargota (2005) con investigaciones sobre recursos psicológicos y bienestar subjetivo. Particularmente los estudios de Arán-Filippetti y Richaud de Minzi (2011) y los de Palomar y colaboradores se realizaron con una muestra que incluía a personas pobres y no pobres.

Por otro lado, el libro *Implicações psicossociais da pobreza, diversidades e resistências*, de Morais Ximenes, Barbosa Nepomuceno, Camurça Cidade, y Ferreira Moura Júnior (2016) es un trabajo en conjunto entre colaboradores de Brasil, Chile, España y México que analizan la pobreza desde visiones psicológicas, políticas, de representaciones sociales, apoyo social, entre otros temas, que permite vislumbrar la actualidad en la investigación y los esfuerzos en estos contextos. De este libro, Castillo León, Carrillo Trujillo, Campo Marín y Cetina Herrera (2016) investigan sobre el bienestar personal y la esperanza en una población en condición de pobreza en Mérida, México. Ellos utilizaron la Escala de Esperanza (Herth, 1992) y la Escala de Bienestar Personal (Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt & Misajon, 2003) con 213 personas. Sus principales hallazgos fueron que tanto hombres como mujeres presentan resultados por arriba de la media para ambas escalas, mostrando altos niveles de esperanza y bienestar personal, además de que estos grupos tienen fe, fortaleza interior y confianza. Además, las personas adultas son más optimistas. También en este estudio destaca que las



personas en situación de pobreza prefieren centrarse en el presente y evitar los compromisos a largo plazo.

Otras disciplinas también han abonado al conocimiento sobre factores psicosociales asociados a la pobreza. Por ejemplo, desde el trabajo social, Silva Arciniega (2016) realizó un estudio que tuvo como fin conocer las dimensiones psicosociales de la pobreza. En su trabajo expone un amplísimo marco teórico del estudio sobre este tema y lo complementa con un estudio exploratorio y descriptivo realizado en una zona marginada del sur de la Ciudad de México. Entre sus resultados están que la pobreza se relaciona con lo triste, desagradable, deprimente y hace sentir a las personas desesperadas, deprimidas e intranquilas. El discurso de los entrevistados hacía mención de descontento, cansancio, coraje y angustia.

Desde un enfoque de salud pública, fue realizado por Martínez (2009), quien trabajó con familias de bajo nivel de ingreso de la zona sur de la Ciudad de México. En este documento se expone que las familias en estos contextos están expuestas a riesgos en salud física y mental, ya que no sólo se trata de la precariedad de sus entornos, sino estar expuestos a diversos riesgos (p.ej, contextos promotores de violencia), o la falta acceso a servicios de salud. Lo anterior es importante porque, por ejemplo, se considera que la exposición a la violencia o haber sido testigo de algún evento violento es un factor de riesgo que aumenta de 1.4 y 2.8 veces el poder padecer una enfermedad mental (Benjet, 2010, como se citó en Medina-Mora, Real y Amador, 2015). Desafortunadamente, este sector de población se encuentra poco favorecido por la cobertura en atención a la salud tanto física como mental.

Otro estudio en la salud pública, específicamente desde la atención a la salud y la vulnerabilidad sanitaria, Reyes-Morales, Gómez-Dantés, Torres-Arreola, Tomé-Sandoval, Galván-Flores y González-Unzaga (2009), realizaron una encuesta poblacional sobre necesidades de salud en áreas marginadas de varias ciudades de México, entre las que se encuentra Mérida, Yucatán. Uno de los indicadores de interés fue la salud mental, específicamente relacionados con depresión o síntomas depresivos (humor depresivo, energía, trastornos de comunicación y ritmopatía). Se encontró que el 20.2% de toda la población entrevistada (24707 personas de 12 a 60 años o más) manifestó tener al menos uno de los síntomas depresivos y 1.8% manifestó tener los cuatro síntomas al mismo tiempo. Los grupos más afectados son mujeres entre 20 y 59 años y los adultos mayores (60 años o más).

Cabe mencionar que, a pesar del interés y los esfuerzos por investigar las implicaciones psicosociales de la pobreza, los estudios todavía son insuficientes. Es particularmente importante el abordaje de síntomas depresivos, de ansiedad y trastornos psicósomáticos, ya que pueden servir como un primer indicador para detectar posibles trastornos mentales comunes con exactitud razonable. Y este campo de estudio se vuelve más importante cuando se conocen los índices de depresión en el mundo, como que el trastorno mental más común actualmente en el mundo es la depresión con más de 300 millones de personas viviéndolo de manera cotidiana, lo cual lo vuelve también una de las principales causas de discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2018); también afecta otros aspectos como el rendimiento académico, la vida en pareja y la crianza de los hijos (Ministerio de Salud de Colombia/Colciencias, 2015).

Existen investigaciones que demuestran que diversas variables se relacionan directamente con la prevalencia de los trastornos de salud mental, en específico depresión y ansiedad. Por ejemplo, con respecto al sexo, las mujeres tienen más posibilidades de desarrollar sintomatología depresiva que los hombres (Valls, Banqué, Fuentes y Ojuel, 2008; Ale Sánchez, 2010; Chaves Jiménez, 2012; Urbina-Fuentes, 2015); con respecto al grupo etario, se destaca que las personas entre 45-79 años tienen mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva y ansiedad (Sosa-Ortiz y Acosta-Castillo, 2015); con respecto al estado civil, estar soltero y divorciado aumenta la probabilidad de sintomatología depresiva y ansiedad (Duarte-Raya, Rico-Maldonado, González-Guzmán y López, 2016) y, por último, las personas con menor ingreso económico tienen más posibilidades de presentar dicha sintomatología (Santos Padrón, 2006; Medina-Mora *et al.*, 2013).

En México, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI, 2017) señala que 32% de la población de 12 años o más, reportó haberse sentido deprimido y, de ellos, al menos 21% lo sentía con bastante frecuencia (entre diario y semanalmente). Además, en México cerca del 50% de los trastornos psiquiátricos inician antes de cumplir los 21 años (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara y Berglund, 2007; como se citó en Benjet, 2015). El estado de Yucatán en el sureste del país reporta estadísticas de depresión por encima de la media nacional ocupando uno de los primeros lugares en los últimos años (Salazar, 2018). Estos padecimientos no distinguen entre ricos y pobres, pues se presenta en todos los niveles socioeconómicos. Sin embargo, sí existen diferencias en cuanto a su atención, pues es más común que personas con mayores posibilidades económicas accedan a tratamientos adecuados para estos trastornos a diferencia de las personas en situación de pobreza, con lo cual en estas últimas se dificulta la detección oportuna y la atención pertinente.

De ahí la importancia de realizar estudios al respecto que permitan visibilizar este problema y a partir de ello contribuir a la atención del problema en este tipo de población, en un país que hasta hace menos de 10 años solo destinaba el 2% del total del presupuesto asignado a la salud para atender la salud mental (Secretaría de Salud [SSA], Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). A partir de 2015 esta situación ha empezado a cambiar con acciones desde el poder legislativo del país a nivel nacional (Sandoval De Escurdia y Richard Muñoz, 2015). Se cuenta con leyes de salud mental a nivel nacional y estatal, pero todavía es insuficiente el recurso económico, humano y material para atender esta parte tan importante de la salud.

Medición de la sintomatología de depresión y ansiedad en población en condiciones de pobreza

En países en desarrollo de América Latina, Asia y África, la salud mental, particularmente en cuanto a sintomatología de depresión y ansiedad se han medido a través del Auto Cuestionario (SRQ-20 por sus siglas en inglés: Self Reporting Questionnaire), instrumento de rápida respuesta y bajo costo y con un formato adecuado para analizar sintomatología depresiva y ansiosa en este tipo de población. Es un instrumento diseñado y avalado por la Organización Mundial de la Salud (Tuan, Harpham & Huong, 2004), como estrategias para extender los servicios de salud mental a población viviendo situación de pobreza.

Se han hecho validaciones en diversidad de países de América (Brasil, Chile), Asia (Vietnam) y África (Ruanda, Zambia, Sudáfrica) (Mari & Williams, 1986; Araya, Wynn & Lewis, 1992; Scholte, Verduin, van Lammeren, Rutayisire & Kamperman, 2011; Stratton, Aggen, Richardson, Acierno, Kilpatrick et al., 2013; Chipimo & Fylkesnes, 2013; MINSALUD/COLCIENCIAS, 2015; Kootbodien, Becker, Naicker & Mathee, 2015; van der Westhuizen, Wyatt, Williams, Stein & Sorsdah, 2016). Este cuestionario se utilizó también en Colombia para la Encuesta Nacional de Salud (2015). Los diversos estudios reportan buena consistencia interna con coeficientes de confiabilidad alrededor o superiores a .80. Incluso, se ha demostrado la efectividad de versiones más cortas, por ejemplo, usando solamente cinco reactivos (Chipimo & Fylkesnes, 2013).

Varias de las validaciones han incluido comparaciones con evaluaciones y entrevistas psiquiátricas, y se ha mostrado que los resultados son similares utilizando cualquiera de las opciones. De este modo, una característica del instrumento consiste en que puede alertar sobre la presencia de ansiedad/depresión a partir del número de síntomas con respuesta positiva, sin que esto represente, propiamente un diagnóstico. Es decir, da un panorama general de cómo se está dando la sintomatología para ubicar la presencia de estos problemas de salud mental de manera más clara y, a partir de ello, tomar decisiones para la acción preventiva en diferentes niveles.

Considerando lo anteriormente expuesto, la disciplina psicológica en el mundo y particularmente en México sigue teniendo una agenda pendiente en cuanto a su papel en la atención de problemas de salud mental, pues sigue siendo un terreno dominado por una perspectiva biomédica. Y más aún, se requiere mayor incidencia en cuanto al estudio de variables psicosociales en contextos de pobreza, particularmente en lo relativo a la ansiedad y depresión. En términos de justicia social es prioritario visibilizar la situación existente para



hacer conciencia de la importancia de atender el fenómeno de manera pertinente para este tipo de población. Es dentro de este contexto que se desarrolló el trabajo aquí presentado cuyo objetivo es exponer los resultados de la aplicación del Auto Cuestionario de Depresión y Ansiedad SRQ-20 en una población considerada como pobre en el sur de la ciudad de Mérida, Yucatán, en el sureste mexicano.

Método

Los resultados aquí presentados forman parte de un estudio internacional más amplio realizado en México, Colombia y Brasil sobre las implicaciones psicosociales de la pobreza. Se trabaja con población en esta condición con la aplicación de una batería de instrumentos que incluyen aspectos como el análisis multidimensional de la pobreza y variables como bienestar personal, esperanza, fatalismo, apoyo social, sentido de comunidad, vergüenza y humillación, así como ansiedad/depresión. Los resultados sobre estas últimas variables son las que se presentan en este texto.

Para el caso de Mérida, México, el proyecto se desarrolló en colonias del sur de la ciudad que, de acuerdo con el INEGI (2015), están clasificadas como de alta marginación y pobreza. La elección de las colonias específicas dentro de esta zona fue por conveniencia al ser espacios de incidencia de un proyecto comunitario bajo responsabilidad de la Universidad Autónoma de Yucatán desde 2011.

Participantes

Accedieron a colaborar en la investigación un total de 260 personas. La media de edad fue de 33.5 años y una desviación estándar de 17.47. Las y los participantes fueron clasificados en 4 grupos de edad: 12-18 años (68), 19-30 años (63), 31-44 años (66) y 45 años en adelante (63). En cuanto a los ingresos económicos familiares se dividió a la muestra en tres grupos: el de ingresos menores a 100 dólares mensuales (85), el de ingresos entre 100 y 200 dólares mensuales (87) y el de ingresos mayores a 200 dólares mensuales (86).

En la Tabla 1 puede verse la distribución por sexo y estado civil. Todos ellos habitantes de una zona de alta marginación y condición de pobreza en la ciudad de Mérida, Yucatán, en el sureste mexicano (INEGI, 2015).

Tabla 1

Porcentaje de participantes por sexo y estado civil

	Hombres	Mujeres	Total
Solteros(as)	23.00% (60)	24.30% (63)	47.30% (123)
Casados(as)	21.50% (56)	31.19% (81)	52.69% (137)
Total	44.5% (116)	55.49% (144)	100% (260)

Instrumento

Se aplicó el Autocuestionario SRQ-20 que consta de 20 ítems de respuesta dicotómica de presencia o ausencia de diversos síntomas de ansiedad y depresión; 10 de ellas para el síndrome ansioso y 13 para el depresivo (diez más tres que se comparten con el síndrome ansioso). Once o más respuestas positivas sugieren una alta probabilidad de trastorno mental. Sin embargo, a nivel mundial se considera que la presencia de ocho síntomas con respuesta positiva, son suficientes para considerar que existe una alerta sobre el tema. Como se mencionó anteriormente, este instrumento ha mostrado índices de confiabilidad superiores al .80 en diversos estudios.

Procedimiento

Se aplicó el Autocuestionario SRQ-20 junto con los demás instrumentos que miden diversas variables psicosociales. Como se mencionó anteriormente, en este documento se

presenta únicamente los resultados obtenidos del instrumento mencionado, mientras que los resultados de los demás obtenidos en México, se pueden consultar en obras como Castillo León, Carrillo Trujillo, Campo Marín y Cetina Herrera (2016, en prensa). El instrumento en cuestión fue aplicado principalmente de manera individual mediante visitas a hogares de la zona de estudio. En algunos casos la aplicación fue grupal en dos escuelas, una secundaria y una preparatoria. La aplicación en particular duró entre 10 y 15 minutos dependiendo de la edad de los y las participantes.

En todos los casos, los y las participantes fueron informados del origen y objetivos generales de la investigación y sobre quiénes eran los responsables de la misma. Se les solicitó su participación voluntaria y se les garantizó el anonimato y confidencialidad, siendo que los resultados se utilizarían exclusivamente con fines académicos. Aquellas personas que consintieron participar una vez informadas se les aplicó el instrumento. Particularmente, en el caso de las escuelas, se solicitó la autorización por parte de los directivos de la misma y se obtuvo el consentimiento de los padres de familia a partir de juntas de padres de familia. A las escuelas se devolvió la información con un informe de resultados y a la población en general se ha socializado a través de diferentes acciones que realiza el programa comunitario universitario dentro de la zona.

Los datos se analizaron en el programa SPSS v.22, con lo cual se pudo obtener información diversa sobre el número de síntomas presentados por la población participante. Específicamente para este trabajo se presentan resultados generales para la prueba total. Primeramente, se destacan los síntomas que fueron elegidos por más del 25% de la población total y posteriormente se muestran los síntomas respondidos por el 25% de los diferentes subgrupos divididos según edad, sexo, estado civil e ingresos económicos familiares.

La razón de esta decisión se fundamenta en que la pobreza es un fenómeno estructural que lleva a vivir de manera crónica carencias, marginación, exclusión social y muchas circunstancias que pueden poner al límite a las personas de manera recurrente y continua. Ciertamente, con el tiempo, pueden darse ciertos procesos de adaptación con lo cual se aliviarían los síntomas. Sin embargo, un signo de alerta, si bien no es un diagnóstico, es cuando los porcentajes sobrepasan el 25% de la población, en este caso de personas que llevan años viviendo en condiciones de pobreza.



Resultados

Como primeros resultados, la Tabla 2 muestra los porcentajes de la presencia de cada uno de los síntomas en la población general encuestada.

Tabla 2

Distribución de porcentajes y frecuencia de los síntomas presentados en el SRQ-20

Síntoma ansiedad / depresión	%	F
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	26.9	70
2. ¿Le falta el apetito?	14.6	38
3. ¿Suele dormir mal?	28.6	74
4. ¿Se asusta fácilmente?	33.8	88
5. ¿Tiene temblores en las manos frecuentemente?	12.4	32
6. ¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?	42.3	110
7. ¿Tiene mala digestión?	18.1	47
8. ¿Tiene dificultades para pensar con claridad?	23.9	62
9. ¿Se ha sentido deprimido últimamente?	36.9	96
10. ¿Ha llorado más de lo habitual?	21.9	57
11. ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias con satisfacción?	18.1	47
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	27.3	71
13. ¿Representa un sacrificio su trabajo diario?	07.7	20
14. ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	15.4	40
15. ¿Ha perdido el interés en las cosas?	19.6	51
16. ¿Se siente una persona inútil, sin valor?	09.3	24
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	09.7	25
18. ¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	17.5	45
19. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	27.0	70
20. ¿Se cansa con facilidad?	26.2	68

Como se observa en la tabla anterior, ocho de los 20 síntomas tuvieron una proporción mayor al 25%, lo que representa un primer signo de alerta para la población estudiada. Los síntomas con los porcentajes más elevados fueron: Sentirse nervioso, tenso y preocupado (42.3%), Sentirse deprimido (36.9%), Asustarse fácilmente (33.8%), Dormir mal (28.6%), Dificultad para tomar decisiones (27.3%), Sentirse cansado todo el tiempo (27%), Dolores de cabeza (26.9%) y Cansarse fácilmente (26.2%).

Proporciones por sexo

Como se muestra en la Tabla 3, los hombres, en general, presentan altos porcentajes en cuatro síntomas, siendo los más altos: Representa un sacrificio en su trabajo diario (69.9%), Sentirse nervioso, tenso o preocupado (32.8%), Sentirse deprimido (26.7%) y Dificultad para tomar decisiones (25%). En contraste, las mujeres presentan altos porcentajes en 10 síntomas, es decir más del doble de síntomas que los varones, siendo los más altos: Sentirse nerviosa, tensa o preocupada (50%), Sentirse deprimida (45.1%), Asustarse fácilmente (43.8%), Sentirse cansada todo el tiempo (34.7%), Dolores de cabeza (33.3%), Llorar más de lo habitual (32.6%), Dificultad para tomar decisiones y Cansarse fácilmente (29.2%), Dormir mal (27.8%) y Dificultad para pensar con claridad (26.4%).

Tabla 3*Distribución de porcentajes y frecuencia de los síntomas por sexo*

Síntoma ansiedad / depresión	Mujeres		Hombres	
	%	f	%	f
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	33.3	48	19.0	22
¿Le falta el apetito?	16.7	24	12.1	14
¿Suele dormir mal?	27.8	40	09.3	34
¿Se asusta fácilmente?	43.8	63	21.6	25
¿Tiene temblores en las manos frecuentemente?	09.0	13	16.4	19
¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?	50.0	72	32.8	38
¿Tiene mala digestión?	22.9	33	12.1	14
¿Tiene dificultades para pensar con claridad?	26.4	38	20.7	24
¿Se ha sentido deprimido últimamente?	45.1	65	26.7	31
¿Ha llorado más de lo habitual?	32.6	47	08.6	10
¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias con satisfacción?	21.5	31	13.8	16
¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	29.2	42	25.0	29
¿Representa un sacrificio su trabajo diario?	08.3	12	69.0	08
¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	16.0	23	14.7	17
¿Ha perdido el interés en las cosas?	18.8	27	20.7	24
¿Se siente una persona inútil, sin valor?	09.0	13	09.5	11
¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	11.1	16	07.8	09
¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	23.6	34	09.5	11
¿Se siente cansado todo el tiempo?	34.7	50	17.2	20
¿Se cansa con facilidad?	29.2	42	22.4	26

Proporciones por edad

En relación con los grupos etarios, tres síntomas son reportados por encima del 25%: Sentirse nervioso, tenso y preocupado; Sentirse deprimido y Asustarse fácilmente, independientemente del grupo etario al que pertenezcan los y las participantes. Lo anterior puede observarse en la Tabla 4.



Tabla 4

Distribución de porcentajes y frecuencia de los síntomas por edad

Síntoma ansiedad / depresión	12-18 años		19-30 años		31-44 años		45 -79 años	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	22.0%	(15)	27.0%	(17)	24.2%	(16)	34.9%	(22)
¿Le falta el apetito?	11.8%	(08)	6.3%	(04)	12.1%	(08)	28.6%	(18)
¿Suele dormir mal?	20.6%	(14)	27%	(17)	33.3%	(22)	33.3%	(21)
¿Se asusta fácilmente?	38.2%	(26)	34.9%	(22)	31.8%	(21)	30.2%	(19)
¿Tiene temblores en las manos frecuentemente?	14.7%	(10)	7.9%	(05)	9.1%	(06)	17.5%	(11)
¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?	33.8%	(23)	30.2%	(19)	48.5%	(32)	57.1%	(36)
¿Tiene mala digestión?	13.2%	(09)	19.0%	(12)	16.7%	(11)	23.8%	(15)
¿Tiene dificultades para pensar con claridad?	29.4%	(20)	28.6%	(18)	16.7%	(11)	20.6%	(13)
¿se ha sentido deprimido últimamente?	32.4%	(22)	28.6%	(18)	42.4%	(28)	44.4%	(28)
¿Ha llorado más de lo habitual?	23.5%	(16)	19.0%	(12)	19.7%	(13)	25.4%	(16)
¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias con satisfacción?	13.2%	(09)	12.7%	(08)	19.7%	(13)	27.0%	(17)
¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	36.8%	(25)	22.2%	(14)	27.3%	(18)	22.2%	(14)
¿Representa un sacrificio su trabajo diario?	4.4%	(03)	0.0%	(0)	7.6%	(05)	19.0%	(12)
¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	17.6%	(12)	6.3%	(04)	13.6%	(09)	23.8%	(15)
¿Ha perdido el interés en las cosas?	29.4%	(20)	12.7%	(08)	13.6%	(09)	22.2%	(14)
¿Se siente una persona inútil, sin valor?	11.8%	(08)	4.8%	(03)	7.6%	(05)	12.7%	(08)
¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	8.8%	(06)	6.3%	(04)	13.6%	(09)	9.5%	(06)
¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	13.2%	(09)	11.1%	(07)	21.2%	(14)	23.8%	(15)
¿Se siente cansado todo el tiempo?	26.5%	(18)	12.7%	(08)	27.3%	(18)	41.3%	(26)
¿Se cansa con facilidad?	17.6%	(12)	19%	(12)	25.8%	(17)	42.9%	(27)

En relación a los contrastes por grupo etario encontramos que, en el grupo de los más jóvenes que van de 12 a 18 años, se reportan siete síntomas, siendo los más altos: Asustarse fácilmente (38.2%), Dificultad para tomar decisiones (36.8%) y Sentirse nervioso, tenso o preocupado (33.8%). El grupo de 19-30 años presenta seis síntomas, siendo los más altos: Asustarse fácilmente (34.9%), Sentirse nervioso, tenso o preocupado (30.2%) y Dificultad para pensar con claridad y Sentirse deprimido (28.6%). El tercer grupo etario de 31-44 años reporta siete síntomas, siendo los más altos: Sentirse nervioso, tenso o preocupado (48%), Sentirse deprimido (42%) y Dormir mal (33%). Por último, el grupo de 45-79 años es el grupo que presenta mayor número de síntomas, mostrando diez síntomas por arriba del 25%, siendo los

más altos: Sentirse nervioso, tenso o preocupado (57.1%), Sentirse deprimido (44.4%) y Cansarse fácilmente (42.9%).

Proporción por estado civil

La Tabla 5 muestra los resultados en cuanto a la sintomatología reportada por estado civil entre solteros y casados. El primer grupo fue el que presentó más síntomas por encima del 25%, siete de ellos coincidieron con los síntomas mostrados para la muestra total, pero se añaden dos: Dificultades para pensar con claridad (29.7%) y Llorar más de lo habitual (25.4%). Por su parte, las personas casadas presentaron siete síntomas; todos los de la muestra general, menos el de: Dificultad para tomar decisiones.

Tabla 5
Distribución de porcentajes y frecuencia de los síntomas por estado civil

Síntoma ansiedad / depresión	Solteros		Casados	
	%	f	%	f
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	25.4%	30	30.3%	40
¿Le falta el apetito?	11.9%	14	17.4%	23
¿Suele dormir mal?	28.8%	34	29.5%	59
¿Se asusta fácilmente?	37.3%	44	31.8%	42
¿Tiene temblores en las manos frecuentemente?	15.3%	18	10.6%	14
¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?	39.8%	47	44.7%	59
¿Tiene mala digestión?	18.6%	22	18.2%	24
¿Tiene dificultades para pensar con claridad?	29.7%	35	20.5%	27
¿Se ha sentido deprimido últimamente?	36.4%	43	39.6%	47
¿Ha llorado más de lo habitual?	25.4%	30	19.7%	26
¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias con satisfacción?	15.3%	18	18.9%	25
¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	37.3%	44	18.9%	25
¿Representa un sacrificio su trabajo diario?	04.2%	05	09.8%	13
¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	16.1%	19	15.2%	20
¿Ha perdido el interés en las cosas?	24.6%	29	13.6%	18
¿Se siente una persona inútil, sin valor?	12.7%	15	06.8%	09
¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	12.7%	15	07.6%	10
¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	24.6%	29	11.4%	15
¿Se siente cansado todo el tiempo?	28.0%	33	25.0%	33
¿Se cansa con facilidad?	25.4%	30	26.5%	35

Proporción por ingresos económicos familiares

Finalmente, se identificó la sintomatología por ingreso económico familiar, eligiendo, de los tres grupos identificados, aquel con mayores ingresos, así como el de menor ingreso. El de menores ingresos económicos estuvo compuesto por personas con un ingreso familiar de \$100.00 dólares o menos mensuales y el de mayores ingresos, con un ingreso económico familiar de \$200.00 dólares o más. Los resultados se presentan en la Tabla 6.

Los de menor ingreso presentaron 11 síntomas. Los ocho de la muestra total más: Dificultad para pensar con claridad (28.4%), Llorar más de lo habitual (27.3%) y Dificultad para realizar sus actividades diarias satisfactoriamente (25%). En cambio, los que tuvieron ingresos más altos presentaron únicamente siete síntomas, seis coincidentes con la muestra general, pero añaden Dificultad para pensar con claridad (25.4%).



Tabla 6

Distribución de porcentajes y frecuencia de los síntomas por ingresos familiares

Síntoma ansiedad / depresión	Menores ingresos		Mayores ingresos	
	%	f	%	f
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	37.5%	33	23.8%	15
¿Le falta el apetito?	17.0%	15	15.9%	10
¿Suele dormir mal?	31.8%	28	34.9%	22
¿Se asusta fácilmente?	37.5%	33	30.2%	19
¿Tiene temblores en las manos frecuentemente?	19.3%	17	12.7%	08
¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?	42.0%	37	39.7%	25
¿Tiene mala digestión?	22.7%	20	15.9%	10
¿Tiene dificultades para pensar con claridad?	28.4%	25	25.4%	16
¿Se ha sentido deprimido últimamente?	45.5%	40	33.3%	21
¿Ha llorado más de lo habitual?	27.3%	24	15.9%	10
¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias con satisfacción?	25.0%	22	19.0%	12
¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	30.7%	27	19.0%	12
¿Representa un sacrificio su trabajo diario?	12.5%	11	04.8%	03
¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	21.6%	19	09.5%	06
¿Ha perdido el interés en las cosas?	23.9%	21	17.5%	11
¿Se siente una persona inútil, sin valor?	12.5%	11	9.5%	06
¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	12.5%	11	6.3%	04
¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	19.3%	17	17.5%	11
¿Se siente cansado todo el tiempo?	35.2%	31	25.4%	16
¿Se cansa con facilidad?	35.2%	31	30.2%	19

Discusión, conclusiones y recomendaciones

Los resultados muestran la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en personas viviendo condiciones de pobreza, los cuales se pueden dividir en físicos (dolor de cabeza, cansancio, nerviosismo y problemas en el sueño), emocionales (asustarse con facilidad, sentirse deprimido) y cognitivo conductuales (dificultad para tomar decisiones, llorar más de lo habitual y dificultad para pensar con claridad). Se tuvo al menos ocho síntomas con un 25% de respuestas positivas, lo cual sin significar un diagnóstico representa una alerta para que se desarrolle un trabajo preventivo de diverso tipo. Los resultados, son acordes a otros en cuanto a que este tipo de población presenta niveles importantes de variables psicosociales negativas, en este caso ansiedad/depresión, por lo cual es importante visibilizar la situación con el fin de que se realice trabajo profesional orientado a este sector de la población, considerando que es frecuente que no accedan a servicios especializados en este campo.

Destaca la importancia de que trabajar en la promoción de salud mental requiere de acciones diferenciadas. Por ejemplo, los resultados presentan realidades diferentes con respecto al sexo. En México, los trastornos mentales son más frecuentes en las mujeres (Urbina-Fuentes, 2015) y esto se evidenció en el presente trabajo. En este sentido Valls, Banqué, Fuentes y Ojuel (2008) señalan la importancia de identificar diferencias en el modo de enfermar y en el tipo de enfermedades más frecuentes entre mujeres y hombres, la existencia de sesgos de género en la escasa valoración de las diferencias tanto biológicas, como psicológicas y sociales, incluso señalan el término “morbilidad femenina diferencial” para describir y visibilizar estas diferencias.

En el presente estudio los síntomas que señalaron los hombres son mayormente emocionales y cognitivo conductuales, mientras que para las mujeres son físicos, emocionales y cognitivo conductuales por igual. Una observación importante es que mientras que para las mujeres el síntoma más característico es sentirse nerviosa, tensa y preocupada, para el varón es el relacionado con el sacrificio del trabajo diario; lo anterior se relaciona con los roles de género ya que como señala Chaves Jiménez (2012), la diferencia entre ser hombre y ser mujer se va marcando desde la educación que cada uno recibe desde la niñez, se generan construcciones tales como que la mujer es aquella persona que debe preocuparse por los demás antes que por ella misma y siempre debe estar dispuesta a servir y de la mejor manera; mientras que una de las principales formas de ser hombre es en términos de responsabilidad con los y las demás y se expresa a través del rol proveedor (Ale Sánchez, 2010).

Además, los hombres son el grupo que presenta menor número de síntomas, mientras que para las mujeres es el segundo grupo con mayor número de síntomas. Como se señala en el Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México (2014). Si se revisa el Plan Nacional de Salud de México 2007-2012, se observa que dentro de las primeras causas de “daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte”, la depresión está en el primer lugar en el caso de las mujeres en México, sin embargo, en el caso de los hombres figura hasta el lugar 9 (Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México, 2014). Es común que las mujeres acudan al médico con mayor frecuencia que los varones; que las camas hospitalarias están ocupadas en más del 60% por mujeres, y que las mujeres consuman un mayor número de fármacos; se ha documentado estadísticamente, sobre todo en los países industrializados, que los hombres viven, en promedio, de 5 a 6 años menos que las mujeres y, desde el nacimiento, los varones son más vulnerables (mueren al nacer 7.7 contra 5.8 por cada 1000 lactantes) que las mujeres.

Por otro lado, en el mismo boletín se señala, en relación a diversos estudios epidemiológicos, que las mujeres suelen manifestar una sintomatología más extensa de malestares que los hombres; ellas padecen más frecuentemente de enfermedades psíquicas sin que existan males orgánicos específicos y reciben el doble de medicamentos psicotrópicos que los hombres. Mientras que, en el caso de los varones, el desempleo está asociado a un incremento en la mortalidad y en la morbilidad; un hombre desempleado puede presentar serios problemas de salud mental y física mucho más graves que la mujer.

También se requiere un trabajo diferencial por edad. Con respecto al grupo etario, el grupo de 45-79 años es el grupo que presenta mayor presencia de síntomas, destacando la falta de apetito y llorar más de lo habitual como casos particulares. Cabe mencionar que Sentirse nervioso, tenso o deprimido y Asustarse fácilmente son dos síntomas que se encuentran en todos los grupos y este no es la excepción. Los resultados en este grupo etario podrían deberse a características biológicas y psicosociales de la edad que pueden fomentar la aparición de las enfermedades mentales (Sosa-Ortiz & Acosta-Castillo, 2015).

Una hipótesis con respecto a las diferencias por edad, sería que las personas que se encuentran entre los 45-79 años presentan otras situaciones en su vida que podrían afectar de sobremanera las condiciones cotidianas, como, por ejemplo, menopausia, nido vacío, jubilación, desempleo y falta de oportunidades de contratación debido a la edad, viudez, enfermedad, falta de apoyo familiar o social, entre otros. Por otro lado, el envejecimiento es un proceso biológico al que muchas personas no están preparadas. Entre los 45-79 años se presentan pérdidas de habilidades y/o destrezas, y muchas veces no se cuenta con el apoyo para sobrellevar la situación, cuestión por la que podría ser más probable que este grupo etario tenga mayor cantidad de síntomas negativos con respecto a salud mental. Por otro lado, el grupo etario de 12-18 años fue el único que menciona la pérdida de interés por la vida, lo cual es importante no perder de vista con fines de intervención, sobre todo en este estado del país que presenta niveles de depresión y el suicidio por encima de la media nacional, particularmente en los jóvenes entre los 15 y 29 años.

En cuanto al estado civil, estar soltero presenta mayor número de síntomas a diferencia de estar casado, lo cual coincide con estudios como el de Duarte-Raya, Rico-Maldonado, González-Guzmán y López (2016). Esto podría significar que estar en pareja puede ser una manera de disminuir la presencia de síntomas de carácter negativo para la salud mental. Tanto



en el hombre como en la mujer, el hecho de estar casados se ha considerado un factor protector de la salud comparado con los y las que no lo están. Sin embargo, habría que profundizar los estudios al respecto: ¿por qué es realmente un factor protector?, ¿para quién lo es? ¿Qué factores sociales y culturales podrían determinar que lo sea o no?, entre otros aspectos.

Por su parte, el ingreso condiciona la presencia de síntomas, siendo el grupo de menor ingreso el que tiene mayor presencia, ya que ocurre de manera inversa en el caso de las personas de mayor ingreso. Con base en lo anterior, se evidencia que la falta de ingresos va asociada a síntomas negativos en salud mental. Los síntomas físicos y emocionales son los más frecuentes y sentirse nervioso, tenso o preocupado se manifiesta como el principal. Esto se relaciona con lo señalado por Santos Padrón (2006) en cuanto a que la pobreza es el mayor determinante individual de mala salud.

En prospectiva

El presente estudio coincide con diversas investigaciones mencionadas en otros apartados del texto en cuanto a que las personas que viven y se desarrollan en contextos de pobreza pueden llegar a presentar de manera importante síntomas negativos en salud mental. A partir de lo anterior se evidencia que, de manera particular, la Psicología sigue teniendo una agenda pendiente en cuanto a investigación y acción en contextos de pobreza ya que, por un lado, se requiere profundizar en los conocimientos sobre el tema. Por ejemplo, un eje podría ser lo relativo al análisis de la sintomatología considerando la combinación de variables, ya que esto puede complejizar la presencia de los síntomas. En este sentido, y a partir de los resultados aquí presentados, pareciera que ser mujer, soltera, de mayor edad y con bajos ingresos es el grupo prioritario a atender por presentar los mayores porcentajes, pero para poder establecerlo con certeza se requiere de análisis más detallados al respecto. Así también, una mirada a los resultados señala que las mujeres, del grupo etario 12-18 y 45-79 años son otros grupos importantes a atender.

Por otro lado, otra agenda pendiente está en lo que se refiere a la intervención. Se necesitan acercamientos mucho más integrales e interdisciplinarios que permitan la construcción de mejores condiciones de salud mental en todas sus dimensiones. Asimismo, la gestión y desarrollo de proyectos y programas que ayuden a contrarrestar dichas situaciones deberían tener una perspectiva comunitaria que permita la creación de espacios de apoyo y solidaridad entre los habitantes, y con ello se contribuya a una salud mental comunitaria, más que centrar la atención desde una perspectiva biomédica de atención individual.

Es ahí donde la Psicología Comunitaria puede tener un papel protagónico para trabajar con los recursos existentes con el fin de contribuir a recuperar los valores fundamentales de justicia, diversidad, empoderamiento, participación social y colaboración y que, al mismo tiempo, permita un impacto positivo en salud mental comunitaria en estos contextos (Townley, Brown & Sylvestre, 2018). También, se puede trabajar con el fortalecimiento del apoyo social a través de los lazos familiares. Puede contribuir con estrategias como la creación de campañas o talleres que permitan el aprendizaje y puesta en práctica de herramientas y emociones positivas, así como técnicas de enfrentamiento podrían ser útiles ante estas situaciones, diferenciados por grupos de edad. Por ejemplo, proponer el trabajo con niños y niñas entre 12 y 18 años podría ayudar a fortalecer las características de este grupo y ayudar a un desarrollo más positivo e integral, en donde los beneficiarios de estos recursos aprendan a enfrentar las situaciones de la vida de una manera más positiva, trabajando en resultados a mediano y largo plazo. En este sentido, se puede tomar la experiencia de (Oros, 2009), ya que trabajar en los factores afectivos, como pueden ser las emociones positivas, pueden favorecer una respuesta más saludable ante los estresores.

Sobre esta línea de ideas, una manera de trabajarlo podría ser a través de la Promoción de la Salud Mental Positiva, campo en donde la Psicología Comunitaria, junto con otras disciplinas pueden tener un campo amplísimo de acción. Bajo este enfoque puede trabajarse mediante estrategias como las antes mencionadas en el fortalecimiento personal explorando y promoviendo la autopercepción, la percepción de agencia y el optimismo, mismos que son

estrategias cognitivas que ayudan a contrarrestar la sintomatología depresiva en personas que viven en estos contextos. Otra estrategia sería redirigir los recursos cognitivos y psicológicos hacia acciones concretas, es decir que lo cognitivo se convierta en conductual, en aquellos casos que fuese posible.

Es importante desarrollar diferentes directrices de acción de acuerdo a las características de los diferentes grupos en condición de pobreza para contrarrestar los resultados encontrados. Reiteramos la importancia de trabajar con la promoción de herramientas de salud mental desde un enfoque de género, con intervenciones diferenciadas por género, con el fin de lograr abordajes más integrales que les permitan a las personas desarrollar su potencial y manejar las situaciones complicadas y complejas de la vida cotidiana, siendo capaces de poder contribuir en su propio fortalecimiento personal como en beneficio de su entorno social. Para ello se requiere considerar las diferencias en la socialización de mujeres y hombres, las cuales determinan distintos valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y la profunda división sexual del trabajo (Borell y Artazcoz, 2008). Hay que trabajar la expresión de sentimientos y emociones desde una perspectiva de género, ya que, a pesar de que los hombres tengan menor número de síntomas depresivos, no significa que necesariamente tengan mayores o mejores estrategias que las mujeres.

Finalmente, es necesario comprender los contextos de pobreza más allá de lo negativo y empezar a reconocer las capacidades de las personas y los colectivos. Es necesario también, tratar de modificar la narrativa sobre la pobreza ya que no se trata de un evento aislado, sino de una situación no sólo económica sino social y estructural, que condiciona oportunidades de crecimiento. En este orden de ideas, la propuesta es la construcción de soluciones a partir de abordajes psicosociales y comunitarios, por parte de la gente que se encuentra en estos contextos. Por lo anterior, es importante crear espacios en donde se construyan alternativas más saludables ante las condiciones actuales en los diversos contextos de pobreza, en donde la experiencia emocional sea fortalecida a través de emociones positivas como la gratitud, esperanza, compasión, alegría y serenidad de forma conjunta (Oros, 2009) y donde también se pueda construir colectivamente en psicosocial.



Referencias

- Ale Sánchez, I. (2010) La construcción de las masculinidades entre los adolescentes trabajadores de Lima, Perú. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM.*, XX (1), 161-177. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/654/65415127008.pdf>
- Arán-Filippetti, V. & Richaud de Minzi, M.C. (2011). Efectos de un programa intervención para aumentar la reflexividad y la planificación en un ámbito escolar de alto riesgo por pobreza. *Universitas Psychologica*, 10(2), 341-354. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/26098966.pdf>
- Ávila-Toscano, J.H. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología* 2(2), 65-73. Recuperado de https://www.academia.edu/1875584/Redes_sociales_generaci%C3%B3n_de_apoyo_social_ante_la_pobreza_y_calidad_de_vida
- Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G. (1992). Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 27(4), 168-173. DOI:10.1007/BF00789001
- Benjet, C. (2015). La salud mental del niño y el adolescente. En M.E. Medina-Mora, E.J. Sarti-Gutiérrez y T. Real-Quintanar (eds.). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (pp.91-100). México, DF: Academia Nacional de Medicina-CONACYT.
- Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina de México. (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(2), 53-56. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n2/2448-4865-facmed-57-02-00053.pdf>
- Borell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/editorial.pdf>
- Borrero, S., Escobar, A.B., Cortés, A.M. y Maya, L.C. (2013), Poor and distressed, but happy: situational and cultural moderators of the relationship between wealth and happiness. *Estudios Gerenciales*, 29, 2-11. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0123592313700147/1-s2.0-S0123592313700147-main.pdf?_tid=2397473d-0861-475b-ba1b-96ee022c43dd&acdnat=1526238698_f08134ee9cbe3d91b7b553689addb104
- Camurça Cidade, E. (2019). *Estratégias psicossociais de enfrentamento à pobreza: um estudo sobre o fatalismo e a resiliência em pessoas residentes na zona rural brasileira*. Tesis de Doctorado. Universidad Federal de Ceará. Fortaleza, Brasil.
- Castillo León, M.T., Carrillo Trujillo, D., Campo Marín, T.C., y Cetina Herrera, G. del C. (2016). Bienestar personal y la esperanza en población en condición de pobreza en Mérida, México. V. Morais Ximenes, B. Barbosa Nepomuceno, E. Camurça Cidade, y J. Ferreira Moura Júnior (Orgs.), *Implicações psicossociais da pobreza, diversidades e resistências* (pp. 95-119). Fortaleza, Brasil: Expressão Gráfica e Editora.
- Castillo León, M.T., Carrillo Trujillo, D., Campo Marín, T.C. y Cetina Herrera, G. del C. (en prensa). Implicaciones de la pobreza en jóvenes: Evaluación Psicosocial en dos colonias del sur en la ciudad de Mérida. En V. Guzman Medina, J.A. Lugo Pérez y T. Castillo León (Coords.), *Los jóvenes en el contexto del neoliberalismo*. Mérida, México: UADY.

- Chaves Jiménez, A.R. (2012). Masculinidad y feminidad: ¿De qué estamos hablando? *Revista Electrónica Educare*, 16, 5-13. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/48867504.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL). (2016). *Informe de Pobreza en México 2014*. México, DF: Autor. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Informe-pobreza-Mexico-2014.pdf>
- Chipimo, P.J. & Fylkesnes, K. (2013). Case - finding for mental distress in primary health care: An evaluation of the performance of a five-item screening instrument. *Health*, 5(3A), 627-636. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.53A083>.
- Cummins, R.; Eckersley, R.; Pallant, J.; Van Vugt, J. & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research* (64), 159-190. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024704320683>
- Duarte-Raya, F., Rico-Maldonado, M.A., González-Guzmán, E.G. y Rossette López, B.C. (2016). Depresión en mujeres con hijos en tratamiento psiquiátrico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(1), 58-63. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im161j.pdf>
- Galindo, O. & Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 381-407. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a_13.pdf
- Guberney Muñeton, S (2012). *Pobreza, lugar y escala: una aproximación desde los estudios socio-espaciales*. Tesis de magister en Estudios Socio-espaciales. Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/6839/1/Mu%C3%B1etonGuberney_2013_PobrezaLugarEscala.pdf
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI). (2015). *Conteo 2015*. CDMX: Autor.
- INEGI (2017). *Encuesta Nacional de los Hogares 2017*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Kootbodien, T., Becker, P., Naicker, N. & Mathee, A. (2015). Gender invariance of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) *South African Journal of Psychology*, 45(3), 318-331. DOI: 10.1177/0081246315572500 sap.sagepub.com
- Medina-Mora, M.E., Real, T., y Amador, N. (2015). La enfermedad mental en México. En M.E. Medina-Mora, E.J. Sarti-Gutiérrez y T. Real-Quintanar (eds.). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (pp.15-27). México, DF: Academia Nacional de Medicina-CONACYT.
- Misiterio de Salud Colombia (MINSALUD)/COLCIENCIAS. (2015). *Encuesta Nacional de Salud 2015*. Bogotá: Autor. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Mari, J.J. & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br. J. Psychiatry*, 148(1), 23-26. DOI: 10.1192/bjp.148.1.23
- Martínez, C. (2009). La salud mental en un contexto de pobreza urbana: una aproximación cualitativa. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 27(1), 61-65. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n1/v27n1a11.pdf>
- Morais Ximenes, V., Barbosa Nepomuceno, B., Camurça Cidade, E., y Ferreira Moura Júnior, J. (2016). *Implicações psicossociais da pobreza, diversidades e resistências*. Fortaleza, Brasil: Expressão Gráfica e Editora.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018, 22 marzo). *Depresión. Datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>



- Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas. Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 288-296. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28412891010.pdf>
- Palomar, L. J.; Lanzagorta, P. N.; & Hernández, U. P. (2004). *Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. México: Universidad Latinoamericana.
- Palomar, L. J. & Lanzagorta, P. N., (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 9-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80537101.pdf>
- Panadero, S., Vázquez, J.J., Guillén, A. I., Martín, R.M. y Cabrera, H. (2013). Diferencias en felicidad general entre las personas sin hogar en Madrid (España). *Revista de Psicología*, 22(2). 53-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26430690006>
- Reyes-Morales H, Gómez-Dantés H, Torres-Arreola LP, Tomé-Sandoval P, Galván-Flores G, González- Unzaga MA (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. *Rev Panam Salud Publica*, 25(4):328-36. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9860/07.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
- Salazar, J. (2018, 30 diciembre). Cerró año con miles de casos de depresión en Yucatán. *Novedades de Yucatán*. Recuperado de <https://sipse.com/novedades-yucatan/yucatan-depresion-casos-trastorno-navidad-ano-nuevo-salud-mental-321456.html>
- Santos Padrón, H. (2006). Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2), 131-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432207>
- Scholte, W.F., Verduin, F., van Lammeren, A., Rutayisire, T. & Kamperman, A.M. (2011). Psychometric properties and longitudinal validation of the self-reporting questionnaire (SRQ-20) in a Rwandan community setting: a validation study. *BMC Medical Research Methodology*, 11(116). DOI: 10.1186/1471-2288-11-116
- Sandoval De Ecurdía, J.M. y Richard Muñoz, M.P. (2015). *La salud mental en México*. México, DF: Cámara de Diputados LIX Legislatura
- Secretaría de Salud (SSA)., Organización Panamericana de la Salud (OPS). y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *IESM-OMS. Informe sobre sistema de salud mental en México. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México, DF: Autor. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1
- Sen, A. (1985). Well-being, agency and freedom: The Dewey lectures 1984. *Journal of Philosophy*, 82(4), 169-221. Recuperado de <https://www.philosophy.rutgers.edu/joomlatools-files/docman-files/11AmartyaSen.pdf>
- Sen, A. (2008). Prólogo. En D. Green (Ed.), *De la pobreza al poder. Cómo pueden cambiar el mundo ciudadanos activos y estados eficaces*. España: Intermon Oxfam.
- Silva Arciniega, M. R. (2016). *Dimensiones psicosociales de la pobreza. Percepciones de una realidad recuperada*. CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sosa-Ortiz, A.L. & Acosta-Castillo, G.I. (2015). La salud mental en el adulto mayor. En M.E. Medina-Mora, E.J. Sarti-Gutiérrez y T. Real-Quintanar (eds.). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (pp.101-112). México, DF: Academia Nacional de Medicina-CONACYT
- Stratton, K.J., Aggen, S.H., Richardson, L.K., Acierno, R., Kilpatrick, D.G., Gaboury, M.T. Luong Tran, T., Tu Trung, L. Thanh Tam, N. Tuan, T., Thi Buoi, J., Thu Ha, T., Duc Thach, T., Amstadter, A.B. (2013). Evaluation of the psychometric properties of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in a sample of Vietnamese adults. *Comprehensive psychiatry* 54(4), 398-405. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.10.011.

- van der Westhuizen, C., Wyatt, G., Williams, J.K. Stein, D.J. & Sorsdah, K. (2016). Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for Use in a Low- and Middle-Income Country Emergency Centre Setting. *Int J Ment Health Addiction* 14(37). DOI:10.1007/s11469-015-9566-x.
- Townley, G., Brown, M., & Sylvestre, John. (2018). Community Psychology and Community Mental Health: a call for Reengagement. *American Journal of Community Psychology*, 61 (1-2), 3-9. DOI 10.1002/ajcp.12225
- Tuan, T., Harpham, T. & Huong, N.T. (2004). Validity and reliability of the Self Reporting Questionnaire 20 items in Vietnam. *Hong Kong J Psychiatry*, 14(3), 15-18. Recuperado de <https://www.gov.uk/dfid-research-outputs/validity-and-reliability-of-the-self-reporting-questionnaire-20-items-in-vietnam>
- Urbina-Fuentes, M. (2015). Los determinantes sociales de la salud y de la salud mental. En M.E. Medina-Mora, E.J. Sarti-Gutiérrez y T. Real-Quintanar (eds.). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (pp.59-78). México, DF: Academia Nacional de Medicina-CONACYT.
- Valls Llobet, C., Banqué, M., Fuentes, M. y Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres *Anuario de Psicología*, 39(1), 9-22. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/98015/159758>
- Zavaleta, D. (2007). The Ability to go about without shame. *Working Paper*, N° 3. Recuperado de, <http://www.ophi.org.uk>.

Received: 12/05/2018

Accepted: 09/07/2019