

## **Factores asociados a la depresión en las grandes urbes. El caso del Distrito Federal en México\***

---

## **Factors Associated with Depression in Large Cities. The Case of Federal District in Mexico**

---

## **Fatores associados com depressão nas grandes urbes. O caso do Distrito Federal do México**

Fecha de recepción: 04-11-10 Fecha de aceptación: 22-03-11

Liliana Ramírez-Ruiz\*\*

Oscar Alfonso Martínez-Martínez\*\*\*

---

\* Artículo de investigación del proyecto titulado "Transferencia de conocimiento en México, sistemas sociales y trastorno de la personalidad", financiado por la Red de Investigación Continental de Economía y Sociedad del Conocimiento (RICEC), INRS Canadá, Gobierno de Quebec (2009).

\*\* Licenciada en Sociología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Sociología, Universidad Iberoamericana. Dirección de correspondencia: Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, Prolongación Paseo de la Reforma 880, Lomas de Santa Fe. México, Distrito Federal. C.P. 01219. Correo electrónico: liliana\_galas@hotmail.com

\*\*\* Doctor en Políticas de Bienestar Social. Profesor-Investigador de la Universidad Iberoamericana. Correo electrónico: oscar.matinez@uia.mx

### **Resumen**

El presente trabajo analiza la influencia que diversas variables tienen sobre las personas que viven en el Distrito Federal y que padecen depresión. La primera hipótesis se orienta por las estadísticas internacionales, para señalar que el sexo influye en la depresión, sobre todo cuando se es mujer. La segunda hipótesis, apoyada en diferentes teorías, muestra una estrecha relación entre ingreso, edad y condición de pobreza sobre dicho padecimiento. Los resultados mostraron que el ingreso y la edad son variables importantes, pero no los factores determinantes de aquél. La escolaridad y el género resultaron ser las variables más significativas.

**Palabras clave:** depresión, género, salud pública, salud mental

**Palabras clave descriptor:** Identidad de género, sintomatología somática y psíquica, teoría sociológica del conocimiento, sociodemografía, regresión logística

### **Abstract**

This paper analyzes the influence of different variables have on people living in the Federal District and suffering from depression. The first hypothesis is oriented by international statistics to show that gender influences depression as variable, especially for females. The second hypothesis based on different theories shows a close relationship between income, age and poverty status on that condition. The results showed that income and age are important but not determinants of it, but education and gender were the most significant variables.

**Key words:** depression, gender, public health, mental health

**Key words plus:** gender identity, somatic and psych sintomatology, sociological theory of knowledge, sociodemography, logistic regression

### **Resumo**

O artigo presente analisa a influência que diversas variáveis têm sobre as pessoas que moram no Distrito Federal e adoecem de depressão. A primeira hipótese é orientada pelas estatísticas internacionais para assinalar que o sexo influi na depressão, sobretudo quando mulher. A segunda hipótese, apoiada em diferentes teorias, mostra uma estreita relação entre rendas, idade e condição de pobreza com dita doença. Os resultados mostraram que rendas e idade são variáveis importantes, mas não fatores determinantes daquilo. A escolaridade e o gênero resultaram as variáveis más significativas.

**Palavras-chave:** depressão, gênero, saúde pública, saúde mental

**Palavras-chave descritores:** identidade de gênero, sintomatologia somática e psíquica, teoria sociológica do conhecimento, sócio-demografia, regressão logística

## 1. Introducción

Los estudios sociales de la ciencia, y específicamente de la medicina, han demostrado que los conceptos dentro de una disciplina no son únicamente expresiones verificables de la realidad, sino que son contruídos, en gran parte, por investigadores inmersos en condiciones sociales e históricas particulares (1), y bajo un orden de teoría que les aparece como natural. Desde esta perspectiva, adquiere mayor importancia la dimensión social de la salud.

Sandra Caponi (2) cuestiona las bases epistemológicas de la depresión. Siguiendo el análisis del filósofo de la ciencia Ian Hacking, postula la problemática relación que existe cuando designamos algo y la cosa que se designa (2). La autora afirma que al construir una definición (o bien un concepto) creamos cosas nuevas. En un sentido similar a la tesis de Emile Durkheim sobre las formas de clasificación, refiere que cuando se clasifica socialmente algo, en un primer momento por el lenguaje, se están generando formas sociales de clasificación, y que los conceptos, las categorías, son hechos sociales que dotan de lenguaje y saber (3).

La depresión supone una forma de poder bajo la interrogante de quién lo dice. El poder se materializa cuando existe un cuerpo de expertos que institucionalizan y construyen clasificaciones que les permiten establecer quién está dentro y quién está fuera. Caponi (2) señala que en las clasificaciones sobre la depresión existen debilidades. Uno de sus ejemplos es mostrar como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), al explicar los síntomas depresivos en el duelo, establece un período de dos meses como tiempo máximo de duración de la tristeza. Si los síntomas continúan, la situación se describe como una “incapa-

cidad funcional” (2). Dichos síntomas son sobre todo criterios emocionales como el ánimo depresivo, disminuciones del placer y de los intereses, sentimiento de desesperanza, alteración del sueño o el apetito, debilidades generalizadas, etc. (4).

Una de las conclusiones de la autora sobre los síntomas que definen la depresión, es que la anormalidad es la normalidad del mundo. Es decir, que los síntomas del diagnóstico son más una generalidad que no sentirlos. Aunque el tratamiento epistemológico de la categoría no es un tema del presente trabajo, es relevante, para un análisis de corte sociológico, trazar las problemáticas que un fenómeno social dibuja.

Una clara realidad es que las cifras de las personas que padecen depresión aumentan año tras año. A nivel mundial se ha destacado que los países desarrollados ocupan el segundo lugar más alto en el número de personas que sufren depresión, mientras que los países en desarrollo ocupan el cuarto lugar (5). Así, se refiere que si la evolución de estas cifras permanece, a escala mundial la depresión ocupará para el 2020 el segundo lugar, con el mayor número de personas que sufren esta enfermedad (5).

Al ser la enfermedad mental con mayor presencia a nivel mundial, la depresión es un tema que se vuelve relevante para el estudio social, pues se ha constituido en un problema de salud pública, el cual, no se resuelve solamente mediante estudios de corte psicológico o biológico, pues el estudio de la salud mental implica, al menos, tres dimensiones: lo biológico, lo psicológico y lo social (6).

El estudio de la depresión se vuelve entonces un factor esencial, sobre todo porque es considerada como la epidemia de las sociedades modernas. Sus factores explicativos pasan



por los cambios en la dimensión cultural, lo laboral, la tecnología y la degradación ambiental (5). Las diferencias por sexo, edad o clase social son otras variables que pueden impactar a la depresión, pero según Capolini (2), la Organización Mundial de la Salud (OMS) en diversos estudios no las ha considerado relevantes, a pesar de su importancia en la explicación del fenómeno.

En México la depresión es el problema de salud mental más común, y su prevalencia es de 4,1% en mujeres y 1,6% en hombres (7). Según González y Landero (8), el 17% de las mujeres adultas mexicanas presentan síntomas depresivos, en comparación con el 8,5% de los hombres adultos que manifiestan haberlos experimentado. El servicio de atención sobre estos padecimientos en el país es muy limitado; además, según los anteriores autores, las mujeres de menores recursos son las que menos acceso tienen a servicios de salud mental, a lo que se suma el problema de rezago educativo y condición de género que se vive en México.

Bajo una perspectiva distinta, la OMS ha encontrado que existe otro factor que incide directamente en que las mujeres padezcan más cuadros depresivos que los hombres: los múltiples roles que en la actualidad se unen al hecho de ser mujer (8). Estos roles tienen una relación directa con el bienestar social y mental de las mujeres, a lo que es preciso añadir que la escolaridad está estrechamente relacionada con los síntomas depresivos (9).

Por otra parte, la pobreza y la salud mental, según Prieto (5), presentan una estrecha relación; sin embargo, no se puede comprender una con respecto a la otra, como causa y consecuencia, pero en un contexto como el del Distrito Federal quizás sí podría ser así, debido a las condiciones precarias que allí se presentan. Si bien en ciertas regiones

del mundo la pobreza ha sido una constante histórica y un enemigo a combatir desde las políticas públicas, que se expresa como un déficit en la reproducción material de la vida, la salud mental no está determinada solamente por la pobreza. La paradoja de la depresión, como principal trastorno mental, es que justamente se generaliza como epidemia, pues no respeta las condiciones materiales.

Es necesario señalar que la depresión no sólo es un padecimiento relativamente nuevo, sino que lo mismo se diagnostica en sujetos que experimentan el vacío como un fenómeno característico de nuestros tiempos, resultado de la precariedad de sus condiciones (5) y donde diversas variables pueden llegar a explicar una parte de los motivos que la originan. De ahí, entonces, que este trabajo tenga como objetivo *determinar si el género, la edad, el nivel de escolaridad y la pobreza (medida por el ingreso) son factores que influyen en la depresión en las personas que viven en una gran urbe, como lo es el Distrito Federal en México.*

Para lograr este objetivo se utilizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2006 (10), que fue diseñada y conducida por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Los resultados obtenidos se muestran en los apartados siguientes.

## 2. Materiales y métodos

Aquí se describirá la metodología empleada por el INSP al realizar la ENSANUT 2006, así como las secciones de ésta y las modificaciones a los ítems para la elaboración de este artículo. Por esa razón, lo contenido en este punto pertenece a la sección de metodología del tomo de resultados para el Distrito Federal que dicho instituto elaboró.

La ENSANUT 2006 recabó información relacionada con el estado de salud y nutrición de la población mexicana, la prevalencia de algunos padecimientos crónicos e infecciosos, la calidad y respuesta de los servicios de salud y el gasto que realizaron los hogares, mediante la comparación con las Encuestas Nacionales de Nutrición de 1988 y 1999, y de Salud de 1986, 1994 y 2000. Los objetivos de la ENSANUT 2006 que son relevantes para nuestro análisis son los siguientes: 1) estimar la frecuencia y distribución de indicadores positivos de salud y los factores de riesgo de enfermedad para las entidades federativas de México; y 2) identificar y conocer los factores ambientales, socioeconómicos, culturales y de estilos de vida asociados con la salud y las enfermedades estudiadas (10).

En la encuesta, la primera unidad de análisis fue el hogar, definido como “el conjunto de personas, relacionadas o no por algún grado de parentesco, que habitualmente duermen en una misma vivienda o bajo el mismo techo, beneficiándose de un ingreso común, aportado por uno o más de los miembros del hogar” (10). En nuestro estudio se seleccionó al grupo de población de adultos, que son las personas del hogar con 20 o más años de edad.

El muestreo que aplicó el INSP fue probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados; la estratificación de las unidades muestrales se realizó tomando en consideración las variables de tamaño de localidad y estatus de incorporación al Programa *Oportunidades*.<sup>1</sup> El total de la muestra para el Distrito Federal fue de 1.476 viviendas, y su levantamiento se realizó de octubre de 2005 a mayo de 2006.

1 Oportunidades es el programa de transferencias más grande de México. Beneficia a 5,8 millones de hogares. Su objetivo es el incremento del capital humano mediante la educación, la salud y la alimentación.

La primera de las preguntas de los cuestionarios utilizada en el análisis tuvo que ver con la edad, que para nuestro caso son los adultos de 20 años y más, como ya se dijo, la cual se categorizó de la siguiente manera: 20-29, 30-39, 40-49 y 50-59. Lo anterior con la finalidad de capturar mejor su efecto sobre la variable independiente, además que, según Lara y otros (7), son las mujeres adultas entre 20 y 45 años las que presentan mayor vulnerabilidad al respecto.

La variable sobre el *grado de escolaridad* se retomó de la pregunta 2.16 de la encuesta: ¿Cuál es el último grado de educación que pasó (aprobó) en la escuela? La variable pobreza fue medida por el *ingreso*, de acuerdo con las mediciones oficiales de México para las fechas en que fue aplicada la encuesta.

La variable *depresión* es un índice que fue creado a partir de promedios ponderados, con los siguientes ítems:

- Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún período de varios días en los que la mayor parte del día se sintió triste o vacío(a)?
- Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún período de varios días en los que perdió el interés por casi todas las cosas que suele disfrutar?
- Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún período de varios días en los que se sintiera con falta de energía o cansado(a) constantemente?
- Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún período de varios días en los que se ha sentido solo(a)?
- Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún período de varios días en los que se ha sentido irritado(a)?
- Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún período de varios días en los que perdió el apetito?



- Durante la semana pasada, ¿ha tenido algún período de varios días en los que sintiera que sus pensamientos se hacían más lentos?
- ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión?
- ¿El día de hoy ha sentido ansiedad/depresión?

La creación del índice se sustenta en los síntomas que definen si una persona tiene depresión o no. Kellner y Sheffield (11), citados por Tamayo y otros (4), habían referido que los síntomas de la depresión mayor eran cefalea, desmayos, debilidad generalizada y dolores articulares. Recientemente, los sistemas de clasificación psiquiátrica se han enfocado en criterios emocionales como el ánimo depresivo, la disminución del interés o el placer, sentimientos de desesperanza, alteraciones del sueño y el apetito y culpa excesiva, como lo señalan los últimos autores. De este modo, el índice realizado para el modelo estadístico engloba los ítems en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (10) que se refieren a síntomas depresivos.

Hasta aquí se han presentado los principales aspectos metodológicos, así como las variables utilizadas en el estudio. En el siguiente apartado se muestran los resultados del trabajo.

### 3. Resultados<sup>2</sup>

#### 3.1. Descriptivos

En este apartado se presenta el perfil sociodemográfico de la población objeto de estudio, por tal motivo se ha dividido de la siguiente manera: en un primer momento, los análisis descriptivos sobre cada una de las variables sociodemográficas que entra-

<sup>2</sup> Los datos analizados en esta publicación provienen de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

ron al modelo estadístico, como sexo, edad, grado de escolaridad y pobreza (medida por el ingreso), y en un segundo momento, los resultados de dicho modelo, con la finalidad de conocer qué variables de las antes mencionadas influyen en la depresión.

La muestra está conformada por un 70% de mujeres y un 30% de hombres, cuyas edades se registran en el cuadro 1.

CUADRO 1. EDADES

| Categorías | Porcentajes |
|------------|-------------|
| 20-29 años | 27,8        |
| 30-39 años | 31,1        |
| 40-49 años | 25,2        |
| 50-59 años | 15,9        |

Fuente: ENSANUT 2006

Como se puede observar, el rango entre 30 y 39 años es en el que se concentra el mayor porcentaje de la muestra (31,1%). A este rango le sigue el de 20 a 29 años (27,8%). Estas cifras son relevantes pues, según Lara, Acevedo y Berenzon (7), son las mujeres entre 20 y 45 años las que son más propensas a la depresión.

En relación con los niveles educativos, los resultados se muestran en el cuadro 2.

CUADRO 2. EDUCACIÓN

| Niveles                                               | Porcentaje |
|-------------------------------------------------------|------------|
| Primaria                                              | 28,5       |
| Secundaria                                            | 32,3       |
| Carrera técnica o comercial (después de secundaria)   | 7,8        |
| Preparatoria o bachillerato                           | 16,5       |
| Carrera técnica o comercial (después de preparatoria) | 2,3        |
| Licenciatura                                          | 10         |
| Ninguno                                               | 2,3        |
| No sabe                                               | 0,3        |

Fuente: ENSANUT 2006

Los resultados del cuadro 2 muestran que el nivel de secundaria es el grado más alto de estudio del 32,3% de los encuestados. A este grado le sigue el de primaria, con el 28,5%. En conjunto, primaria y secundaria expresan poco más del 60%, y esto significa que, en su mayoría, los individuos de la muestra tienen niveles bajos de estudio, lo que se agudiza cuando se hace el análisis por sexo del entrevistado, como se puede ver en el cuadro 3.

**CUADRO 3. EDUCACIÓN POR GÉNERO**

| Sexo   |                                                       | Porcentaje |
|--------|-------------------------------------------------------|------------|
| Hombre | Primaria                                              | 25,8       |
|        | Secundaria                                            | 30,2       |
|        | Carrera técnica o comercial (después de secundaria)   | 3,2        |
|        | Preparatoria o bachillerato                           | 23,7       |
|        | Carrera técnica o comercial (después de preparatoria) | 1,1        |
|        | Licenciatura                                          | 14,0       |
|        | Ninguno                                               | 1          |
|        | No sabe                                               | 1          |
| Mujer  | Primaria                                              | 29,6       |
|        | Secundaria                                            | 33,3       |
|        | Carrera técnica o comercial (después de secundaria)   | 9,7        |
|        | Preparatoria o bachillerato                           | 13,4       |
|        | Carrera técnica o comercial (después de preparatoria) | 2,8        |
|        | Licenciatura                                          | 8,4        |
|        | Ninguno                                               | 2,8        |

Fuente: ENSANUT 2006

Como se puede observar, las mujeres concentran los menores niveles en escolaridad, habida cuenta que su grado máximo de educación es el de primaria y secundaria (62,9%), con

una diferencia estadísticamente significativa con respecto a los hombres (56%). Incluso, son estos últimos quienes tienen niveles superiores de estudio, a diferencia de las mujeres, pues mientras el 14% de ellos pueden llegar a tener una carrera universitaria (licenciatura), sólo el 8% de las mujeres pueden lograrlo. Lo anterior puede ser un factor de mayores niveles de depresión pues, como señalan Aranda y otros (9), existe una estrecha relación entre nivel de escolaridad y síntomas de depresión.

En relación con la pobreza, en México ésta se había medido hasta finales de 2009 por medio del ingreso. De acuerdo con el Consejo Técnico de Medición de la Pobreza, y posteriormente a través del Consejo Nacional de Evaluación, la pobreza se dividía en tres líneas, a saber: a) alimentaria, que son todas aquellas personas que aun utilizando todo el ingreso disponible en el hogar, no podrían adquirir una canasta básica alimentaria; b) pobreza de capacidades, esto es, la de todas aquellas personas que aun dedicando el ingreso total del hogar, no pueden adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación; y c) pobreza de patrimonio, es decir, todas aquellas personas que aun dedicando el ingreso total del hogar no pueden adquirir la canasta alimentaria ni realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación.

Los montos en cada línea para el año 2006 en las áreas urbanas fueron calculados por los organismos antes señalados, con las siguientes resultados: pobreza alimentaria: \$ 809,87; pobreza de capacidades: \$ 993,30; y pobreza patrimonial \$ 1.624,92. A partir de estos datos se calcularon las líneas de la pobreza para las personas de la muestra. Los resultados obtenidos se encuentran en el cuadro 4.





FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN LAS GRANDES URBES.  
EL CASO DEL DISTRITO FEDERAL EN MÉXICO

**CUADRO 4. NIVELES DE POBREZA**

|             | Porcentaje |
|-------------|------------|
| Alimentaria | 69,6       |
| Capacidades | 1,0        |
| Patrimonial | 8,9        |
| No pobre    | 20,5       |

**Fuente:** elaboración propia a partir de la ENSANUT 2006

Los resultados muestran que la mayor concentración de pobreza está en la de tipo alimentario, a la cual le sigue la patrimonial. El dato más significativo es que casi el 80% de las personas viven alguna situación de pobreza. Un dato importante es que al dividirlo por sexo, el ingreso de los hombres es de \$ 2708,75 y el de las mujeres de \$653,90. Lo anterior se puede explicar porque la mayoría de los hombres trabajan en un empleo remunerado, a diferencia de las mujeres. Estos datos resultan relevantes debido a la relación estrecha entre pobreza y salud mental (5), por lo cual, dicha variable puede tener un impacto significativo para el caso de México.

Con las variables sobre depresión señaladas en el apartado de metodología se realizó un índice, con el cual se pudieron categorizar los niveles de depresión que sufren las personas en el DF. Los resultados obtenidos se muestran en el cuadro 5.

**CUADRO 5. NIVELES DE DEPRESIÓN**

|                   | Porcentaje |
|-------------------|------------|
| Baja depresión    | 31,7       |
| Mediana depresión | 56,3       |
| Alta depresión    | 12,0       |

**Fuente:** elaboración propia a partir de la Ensanut 2006

Los datos muestran que el mayor porcentaje (56,3%) se concentra en mediana depresión. A ésta la siguen la baja depresión (31,7%) y la alta depresión (12%). Estos resultados

resultan importantes para comprender el análisis del modelo estadístico que se presenta en el siguiente inciso; sin embargo, los datos tienden a diferenciarse más cuando se dividen por sexo, como se muestra en el cuadro 6.

**CUADRO 6. NIVELES DE DEPRESIÓN POR SEXO**

| Sexo   |                   | Porcentaje |
|--------|-------------------|------------|
| Hombre | Baja depresión    | 47,3       |
|        | Mediana depresión | 40,9       |
|        | Alta depresión    | 11,8       |
| Mujer  | Baja depresión    | 25,0       |
|        | Mediana depresión | 63,0       |
|        | Alta depresión    | 12,0       |

**Fuente:** elaboración propia a partir de la ENSANUT 2006

Los resultados evidencian, en primera instancia, diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, pues los hombres acumulan entre mediana y alta depresión el 52,7%, mientras que las mujeres acumulan el 75%. Este resultado lleva a decir que existen diferencias reales en la depresión por tipo de sexo, lo cual concuerda con lo señalado por Pulido y otros (12), al mencionar que los niveles de prevalencia de depresión en México son mayores para las mujeres que para los hombres.

A nivel internacional, los estudios sobre depresión mayor (4) han mostrado que el desempleo, los bajos ingresos, ser soltero o separado y tener un bajo nivel educacional son factores fundamentales para presentar síntomas depresivos en niveles mayores. Así, hay una consistencia entre las variables que hemos retomado con respecto al fenómeno de estudio.

### 3.2. Modelo estadístico

Para conocer qué variables influyen en la depresión en el Distrito Federal, se corrió una regresión lineal múltiple donde la variable



dependiente fue el índice de depresión y las variables independientes fueron sexo, escolaridad, edad y niveles de pobreza. El modelo estadístico se representa de la siguiente manera:

$$\text{Depresión} = \beta_0 | \text{Sexo}_i \beta_1 | \text{Educación}_i \beta_2 | \text{Pobreza}_i \beta_3 | \text{Edad}_i \beta_4 + \varepsilon_i$$

$i = 1, \dots, 1466$

$\beta_0$  = intercepto

| Variable dependiente     |                                                              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Depresión                | Es un índice que fue creado a partir de promedios ponderados |
| Variables independientes |                                                              |
| Sexo                     | 1 si es mujer, 0 de otra forma                               |
| Educación                | El último grado de educación que aprobó                      |
| Pobreza                  | Líneas de la pobreza calculadas por el ingreso para México   |
| Edad                     | Edad del entrevistado                                        |

Los resultados de la regresión muestran que el ajuste del modelo es estadísticamente significativo a 0,01. En ese sentido, se obtuvo una  $R^2$  de 0,059, lo cual indica que, en conjunto, las variables independientes explican en esa proporción la depresión en el Distrito Federal. Al analizar los coeficientes  $\beta$  de cada una de las variables se encontraron los resultados que se muestran en el cuadro 7.

Los resultados muestran, en primer lugar, que el sexo es una variable estadísticamente significativa, y con una  $\beta$  positiva. Esto señala

que el ser mujer influye en mayor medida para estar en depresión. Lo anterior se puede deber a que el rol social de la mujer en la sociedad actual se ha hecho más complejo, lo cual va más allá de una hipersensibilidad de género. Por eso, se puede hablar de una feminización de la depresión, que es resultado de determinaciones históricas que se expresan como una mayor propensión a padecer la enfermedad. En ese sentido, Marcela Lagarde (11), al igual que Pierre Bourdieu (12), han mostrado que existe una ficción en la igualdad entre las desigualdades de género que pueden llevar a esa diferenciación de la depresión.

La segunda variable que resultó estadísticamente significativa es la educación. Su  $\beta$  es negativa, lo que indica que al tener menores niveles educativos se pueden experimentar mayores niveles de depresión. Dicho resultado es parecido al encontrado por Aranda, Castañeda, Lee y Sobel (9), en el sentido de que existe una estrecha relación entre nivel de escolaridad y síntomas de depresión. De modo paralelo, Lara, Acevedo y Berenzon (7) sostienen, de igual forma, que a menor nivel escolar es más probable presentar síntomas de depresión, lo cual pareciera se cumple para el caso del Distrito Federal.

El nivel de pobreza, aun cuando tiene el signo esperado, no resultó estadísticamente significativo; es decir, no hay evidencia suficiente en la muestra que nos diga que es una variable

CUADRO 7. COEFICIENTES

|             | Coeficientes no estandarizados |            | Coeficientes tipificados | t      | Sig.  |
|-------------|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|-------|
|             | B                              | Error típ. | Beta                     |        |       |
| (Constante) | 4,649                          | 0,657      |                          | 7,074  | 0,000 |
| Sexo        | 0,921                          | 0,290      | 0,194                    | 3,180  | 0,002 |
| Educación   | -0,102                         | 0,048      | -0,139                   | -2,151 | 0,032 |
| Pobreza     | 1,534 E-5                      | 0,000      | 0,019                    | 0,284  | 0,777 |
| Edad        | 0,015                          | 0,123      | 0,007                    | 0,120  | 0,905 |

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSAUT 2006



que influye en la depresión, de tal manera que al aumentar la pobreza disminuya o empeore este síntoma en las personas. Lo anterior ratifica lo que sostiene Prieto (5), en cuanto a que si bien existe una estrecha relación entre ambas variables, eso no significa que una sea la causa y la otra la consecuencia. A pesar del resultado, es necesario reconocer que la falta de ingreso impide a los individuos ocuparse de distintas enfermedades, entre ellas la depresión.

Finalmente, la edad, a pesar de que su  $\beta$  es positiva, y que sería el signo esperado, no resultó estadísticamente significativa; por tanto, no hay evidencia suficiente en la muestra que nos diga que aquélla sea una variable que influye en la depresión, de tal manera que al aumentar la edad empeore este síntoma, o que sea en determinados rangos de edad cuando mayormente se presente esta enfermedad. Como encontraron Lara, Acevedo y Berenzon (7), las mujeres adultas entre los 20 y los 45 años son las que presentan mayor depresión.

#### 4. Conclusiones y discusión

El ser mujer en la sociedad contemporánea refleja condiciones sociales desiguales, una de ellas ser más propensa a sufrir depresión. Aun cuando sean las mujeres las que presenten mayor propensión a la depresión, sería absurdo pensar que es en su base genética donde se encuentra el fundamento de este hecho. Habría entonces que desnaturalizar una creencia como ésta, pues si intentáramos rastrear el origen de la idea que divide y da sentido a lo femenino y a lo masculino, encontraríamos que está fundada en una ficción.

Más bien habría que remitirse a los estudios que muestran que en Latinoamérica los aspectos biológicos han sido difíciles de evaluar (4) y que existe una creencia negativa sobre antidepresivos, que ha tenido mayor fuerza en culturas como las latinoamericanas y las africanas.

La educación es una de las variables fundamentales en diversos estudios sociales. El contar con más años de edad no sólo se ve reflejado en mayor probabilidad de mejores empleos, y por ende en ingresos, sino que estimula el que una persona pueda estar menos propensa a estar deprimida.

En cuanto a la edad y los niveles de pobreza, si bien no se encontraron impactos significativos en los datos de la muestra, es necesario reconocer que aquéllos pueden ser parte de los elementos para activar alguno de los síntomas de la depresión, los cuales se agudizan al ser mujer o tener niveles bajos de estudio.

Por último, la encuesta utilizada para este trabajo tiene diversas restricciones; una de ellas es que se tiende a observar a la depresión y a la ansiedad de la misma forma, siendo que al menos como trastornos mentales (6) se trata de dos subcategorías de una categoría en general, y no pueden comprenderse como sinónimos. A pesar de ello, la ENSANUT permite hacer diversos análisis sobre salud pública en México, que dan luces sobre las diferentes áreas de oportunidad hacia las cuales las políticas públicas deben enfocarse.

#### 5. Recomendaciones

La recomendación de este estudio, y por la cual se han tomado las variables sexo, educación, pobreza y edad, es dirigir la mirada a los aspectos psicosociales que repercuten en la vulnerabilidad de los sujetos que presentan tendencias a deprimirse. Los estudios de caso que muestran resultados sobre el tema como los aquí presentados son pocos en contraste con el incremento y las estimaciones internacionales sobre la enfermedad. En el caso concreto de México, es necesario que las variables antes mencionadas sean incluidas

en el diseño de los programas, sobre todo en las grandes metrópolis como el Distrito Federal. Un aspecto que es importante señalar, es el bajo efecto que tuvo la pobreza sobre la depresión, lo cual pudiera explicarse por los programas sociales mexicanos, de tal forma que dicha estrategia al parecer tiene efectos positivos y, por tanto, debe continuar y reforzarse en el Distrito Federal.

### Referencias bibliográficas

1. Knorr-Cetina K. La fabricación del conocimiento: un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional del Quilmes; 2005.
2. Caponi S. Un análisis epistemológico del diagnóstico de la depresión. *Interface Comunic, Saude, Educ.* 2009; 13 (19): 327-38.
3. Vera H. Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim. *Revista Sociológica.* 2002; 17 (50): 103-21.
4. Tamayo J, Rovner J, Muñoz R. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 1999; 29(2):182-187.
5. Prieto A. Salud mental; situación y tendencias. *Revista de Salud Pública.* 2002; 4 (1): 74-88.
6. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Siquiatria. Décima edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001.
7. Lara M, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saude Publica.* 2004; 20 (3): 818-28.
8. González M, Landero R. Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada [Serie en Internet].* 2009; 11 (1): 16-30. [Citado en: <http://www.psico.uniovi.es/rema/>].
9. Aranda M, Castaneda I, Lee P, Sobel E. Stress, Social Support, and Doping as Predictors of Depressive Symptoms: Gender Differences among Mexican Americans. *Social Work Research.* 2001; (25): 37-48.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud; 2007.
11. Kellner R, Sheffield BF. The One-Week Prevalence of Symptoms in Neurotic Patients and Normal. *Am J Psychiatry.* 1973; (130): 102-05.
12. Pulido F, Rodrigues-Landa JF, Colorado-Martínez MP. Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones de México. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2009; 26 (septiembre): 209-15.
13. Lagarde M. Identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. En Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Estudios básicos de derechos humanos, tomo IV. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos/Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional/Comisión de la Unión Europea; 1997, pp. 85-126.
14. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2003.

