

## Sintomatologías depresivas (SD) y ciudades: una perspectiva socioeconómica para el caso mexicano

### Depressive symptoms (DS) and cities: a socioeconomic perspective for the Mexican case

López Martínez, Jorge; González Ramírez, Déborah Féber

 Jorge López Martínez <sup>1</sup>

j\_lopez@comunidad.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de México, México

 Déborah Féber González Ramírez <sup>2</sup>

deborah.gonzalez@comunidad.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de México, México

#### DECUMANUS. REVISTA INTERDISCIPLINARIA SOBRE ESTUDIOS URBANOS.

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México

ISSN: 2448-900X

ISSN-e: 2448-900X

Periodicidad: Semestral

vol. 11, núm. 11, 2023

decumanus@uacj.mx

Recepción: 21 Agosto 2023

Corregido: 18 Octubre 2023

Publicación: 31 Octubre 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/651/6514611003/>

DOI: <https://doi.org/10.20983/decumanus.2023.2.3>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

**Resumen:** El objetivo del artículo es demostrar y determinar la relación entre factores socioeconómicos y urbanos, y la generación de Sintomatologías Depresivas (SD) en la población que habita las principales veinte ciudades del país. Para ello, —en primera instancia— se hace un análisis comparativo de la presencia de SD en dos entornos: el rural y el urbano. Posteriormente, se crea el Índice Complejo de Condiciones Socioeconómicas y Urbanas (ICCSU), conceptualizado con base en el *Mind the GAPS framework*. La construcción del ICCSU toma en cuenta cuatro indicadores urbanos y cuatro socioeconómicos para los años 2012 y 2018-19, a partir de datos Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía (SNIEG), del Instituto Mexicano para la Competitividad, A. C. (IMCO), y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Finalmente, se establece un modelo de panel de datos que toma en cuenta el ICCSU y los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Los hallazgos revelan la existencia de una relación clara entre factores urbanos y socioeconómicos, y la SD; entre las ciudades y las personas que sufren de SD moderada a severa, a diferencia de las áreas rurales, padecimiento que se intensifica con las condiciones socioeconómicas de la población, es decir, su estrato socioeconómico, su género y la marginación urbana presente. Sin embargo, se encuentra que, en el corto plazo, las mejoras en las condiciones socioeconómicas y urbanas en las ciudades de estudio, han tenido un leve impacto sobre la disminución de la sintomatología depresiva.

**Palabras clave:** salud mental, sintomatología depresiva (SD), ciudades, marginación urbana, factores socioeconómicos.

**Abstract:** The objective of the article is to demonstrate and determine the relationship between socioeconomic and urban factors, and the generation of Depressive Symptoms (DS) in the population that lives in the main 20 cities of Mexico. In the first instance, we do a comparative analysis of the presence of SD in two environments: rural and urban. In second, we created the Complex Index of Socioeconomic and Urban Conditions (ICCSU), conceptualized on the *Mind the GAPS framework*. The construction of the ICCSU is based on four urban and four socioeconomic indicators for the years 2012 and 2018-19, based on data from the National Statistical and Geography Information System (SNIEG), from the Mexican Institute for

Competitiveness, A.C. (IMCO), and the National Council for the Evaluation of Social Development Policy (Coneval). Finally, we established a data panel model that takes the ICCSU and the data from the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT). The findings reveal the existence of a clear relationship between urban and socioeconomic factors, and SD; between cities and people who suffer from moderate to severe DS, unlike rural areas, a condition that intensifies with the socioeconomic conditions of the population, like, their socioeconomic stratum, their gender, and the present urban marginalization. However, we found that, in the short term, improvements in socioeconomic and urban conditions in the study cities have had a slight impact on the reduction of depressive symptoms.

**Keywords:** mental health, depressive symptoms (DS), cities, urban marginalization, socioeconomic factors.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales tienen cada vez mayor presencia en los entornos urbanos, debido a que algunos aspectos asociados a estas, como el estrés y la contaminación, se tornan más críticos en las zonas urbanas que en las rurales (Gruebner *et al.*, 2017; McCay, 2015). El acelerado crecimiento que han presentado las urbes del mundo en las últimas décadas<sup>3</sup> y la exacerbación de las problemáticas socioeconómicas que han surgido en los últimos años, y que se han visto agravadas con la COVID-19, principalmente la inflación y la consecuente desaceleración de las economías (Novas Paciencia, 2021), hacen que el problema de la salud mental en las ciudades sea uno de las más importantes a analizar.

Dentro de los trastornos de la psique, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OPS y OMS, 2017), la depresión es la principal causa de deterioro en la salud mental.<sup>4</sup> Esta se caracteriza por tristeza persistente y falta de interés o placer en actividades previamente gratificantes o agradables. Desde un punto de vista conductual, se entiende como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo, mientras que la teoría cognitiva concibe la depresión como resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando el individuo la realidad de forma negativa (Estramiana *et al.*, 2010). En resumen, se trata de un estado de ánimo alterado que obstruye la calidad de vida e imposibilita el disfrute de esta.

Existen diversos estudios epidemiológicos que han explorado la prevalencia de Sintomatología Depresiva (SD) en México. En el 2001 y 2002 la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) mostró que el 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida (Cerecero-García *et al.*, 2020). En el 2017 se obtuvo de la Encuesta Nacional de los Hogares que alrededor del 50% de las personas mayores de siete años reportó la presencia de sentimientos de preocupación o nerviosismo, sentimientos asociados a la depresión. Asimismo, en la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) de los años 2006, 2012 y 2018, se detallaron preguntas sobre sintomatología depresiva y se encontró que el 17.9% de los adultos mexicanos presentó sintomatología depresiva, acentuándose en las mujeres a razón de 1.8 veces. De acuerdo con el

---

## NOTAS DE AUTOR

- 1 Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad Autónoma Metropolitana, Maestro en Economía por la Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco y Licenciado en Economía por la Escuela Superior de Economía, IPN. Actualmente Profesor de Asignatura "A" en la Facultad de Estudios Superiores Acatlán de la Universidad Nacional Autónoma de México, SNI CONACYT Nivel "Candidato".
- 2 Doctorante en Urbanismo en la Facultad de Estudios Superiores Acatlán de la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestra en Urbanismo por la misma Institución y Licenciada en Ingeniería Ambiental por la Universidad Autónoma Metropolitana- Azcapotzalco.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para el año 2019 casi el 30% de los mexicanos se sintió deprimido al menos una vez en su vida.

Hoy en día existen estudios que indican que la depresión causada por factores urbanos es prevenible, tratable y evaluable a través del diseño urbano de las ciudades y el enfoque de la ecología social<sup>5</sup> (McCay, 2015). Sin embargo, en México no existe una parametrización que permita establecer la relación causal entorno urbano y SD desde una perspectiva socioeconómica, con lo cual se pueda generar información útil para la toma de decisiones en el diseño de Políticas Públicas Urbanas (PPU). Por esta razón, el objetivo de la investigación es demostrar la existencia de la relación entre los factores socioeconómicos y urbanos y la generación de SD en la población que habita las principales veinte ciudades del país; para lograrlo se crea un Índice Complejo de Condiciones Socioeconómicas y Urbanas (ICCSU), el cual se asocia con los resultados de la ENSANUT.

El trabajo se divide en cinco partes: la primera de ellas se dedica a la revisión de la literatura sobre la salud mental en las ciudades y el determinismo urbano y socioeconómico; en la segunda parte, se presenta la metodología para la determinación de SD en grandes grupos poblacionales; en la tercera parte se lleva a cabo el análisis estadístico de los datos; en la cuarta parte, siguiendo la metodología *Mind the GAPS* y tomando los datos de INEGI e IMCO se crea el Índice Complejo de Condiciones Socioeconómicas y Urbanas (ICCSU); por último, se presentan los resultados y las respectivas conclusiones.

## SALUD MENTAL: DETERMINISMO URBANO Y SOCIOECONÓMICO

Las ciudades son ecosistemas integrados de factores urbanos y socioeconómicos que impactan negativamente el estado de salud mental de sus habitantes. Por ejemplo, el ruido excesivo, la contaminación ambiental y visual, el tránsito intenso, el transporte público saturado, los miles de viviendas en espacios reducidos, el hacinamiento, las áreas verdes limitadas, la crisis económica, el desempleo, la inflación, la vida citadina competitiva y la inseguridad, terminan por incidir de forma negativa en el estado de salud mental de los habitantes.

El estudio del paradigma causal ciudades y salud mental es relativamente nuevo, ha sido abordado en los últimos cuarenta años por las Naciones Unidas, la Nueva Agenda Urbana (ONU-Hábitat) y los Objetivos del Desarrollo Sostenible como una parte fundamental del desarrollo sostenible y el Estado de Bienestar.<sup>6</sup> Asimismo, desde la década de los noventa se conoce que existe un impacto directo del entorno construido, cómo se percibe y se asocia, y también cómo los efectos de ciertos aspectos del entorno afectan la salud mental y el bienestar (Halpern, 2013). Pero esto no significa que el fenómeno de la afectación del entorno urbano causado sobre la psique de sus habitantes sea una problemática joven, sino que se ha vuelto cada vez más evidente, debido a que el mundo es cada vez más urbano (ONU-Hábitat y OMS, 2021).

Desde hace pocos años, la evaluación de la salud mental en estudios del entorno construido y la elección de instrumentos de detección adecuados han estado a cargo del Centre for Urban Design and Mental Health (UD/MH) en Reino Unido, instituto interesado en promover información sobre el impacto del entorno urbano sobre la salud mental y Políticas Públicas (PP) que manifiesten a las ciudades como causa de enfermedad mental. Según su información, existen tres factores que detonan el impacto negativo a la salud mental: los de riesgo preexistentes, los sociales y los ambientales.

Los primeros se subdividen en factores socioeconómicos y factores por patologías previas. Los socioeconómicos se refieren a la falta de vivienda, desempleo e inseguridad. Los segundos a problemas de salud física y mental, traumas, crisis personales, adicción, rupturas familiares y migración (Novas, 2021). Los factores sociales son consecuencia de los factores de riesgo preexistentes y se generan por la marginación, la pobreza o por pertenecer a un grupo minoritario.

Los factores ambientales se subdividen en estímulos por sobrecarga y en erosión de factores protectores. En el primer caso, tienen implicaciones directas con el entorno construido y son consecuencia de habitar

ciudades. Por ejemplo, la densidad de población, hacinamiento, ruido (vivir cerca de aeropuertos), olores, contaminación visual, desorden y contaminación en general que elevan el malestar psicológico, pero no producen enfermedades mentales graves; o las toxinas en agua y aire (plomo, disolventes) que causan alteraciones del comportamiento como mínima capacidad de autorregulación y agresividad (Evans, 2003).

En cuanto a la segunda subdivisión, la erosión de factores protectores, se hace referencia a perder los estímulos naturales que provocan paz y tranquilidad a los seres humanos. Las áreas verdes urbanas o la presencia de naturaleza al interior de las ciudades pueden repercutir positivamente en los estados anímicos, el estrés y el funcionamiento cognitivo vía su potencial restaurador, esto representa un recurso ambiental importante de afrontamiento para aquellos habitantes que experimentan continuamente demandas ambientales propias de escenarios urbanos caóticos (Martínez-Soto, Montero y López-Lena, *et al.*, 2016).

Aunque existen determinantes que merman la salud mental en entornos urbanos, también existen ejes clave y tangibles que permiten atender la salud mental desde un enfoque ecológico social. Desde esta perspectiva, el *Mind the GAPS framework* propone que la salud mental en entornos urbanos está determinada por la calidad y cantidad de espacios verdes, seguros, interactivos y activos que existen en una ciudad, con lo cual se logra disminuir los efectos nocivos de la propia vida citadina sobre la psique de los habitantes (UDMH, 2022).

Las características de estos cuatro pilares que menciona el *Mind the GAPS framework* son:

1. Espacios verdes (EV). Son terrenos urbanos de vegetación endémica o no permanente que pueden ser privados o públicos y son elementos fundamentales en el desarrollo urbano, ya que integran a la estructura general y orgánica del territorio. Los espacios verdes se pueden encontrar en jardines y parques arbóreos, por ejemplo. La OMS menciona que en las ciudades debe existir un mínimo de 12.00 m<sup>2</sup> de espacios verdes por habitante, por sus beneficios a la salud de la población urbana. Los beneficios de los EV a la salud mental se observan al ser espacios que repercuten positivamente en los estados anímicos negativos, el estrés y el funcionamiento cognitivo (Martínez-Soto, Montero y López-Lena, *et al.*, 2016); siendo estos relajantes de la mente al volverse refugios dentro de la urbe.

2. Espacios activos (EA). Son terrenos o construcciones urbanos, privados o públicos, con características de esparcimiento y diseñados para incentivar la actividad física de los habitantes urbanos; puede tratarse de ciclistas, trotapistas, gimnasios al aire, clubs deportivos o albercas, por ejemplo. El objetivo esencial de estos espacios es permitir que las personas se ejerciten de tal forma que se reduzcan los estresores propios de la ciudad, como la ansiedad, el estrés y la soledad. Esto se demuestra con numerosas investigaciones que avalan los beneficios del ejercicio físico en diferentes ámbitos del bienestar psicológico: mejora la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad; reduce la depresión clínica, disminuye los niveles de ansiedad, favorece el afrontamiento del estrés e incrementa la autoestima (Jiménez *et al.*, 2008).

3. Espacios de interacción social (EI). Estos pueden ser terrenos o construcciones urbanos como las plazas, alamedas, centros comerciales, zócalos, etcétera; que permiten la reunión y el intercambio social y económico de los habitantes urbanos. Sus características se relacionan al mobiliario urbano que permite mejorar las interacciones entre las personas y sus beneficios recaen en detener el aislamiento y soledad que puede tornarse en SD.

4. Espacios seguros (ES). Los espacios seguros se encuentran en los espacios verdes, de esparcimiento y de interacción social y deben presentarse en todo el espacio urbano. Estos parten de la percepción de la seguridad y bienestar de la población, si un barrio es percibido como inseguro, los residentes pueden padecer un 20% más de estrés y ansiedad, lo cual puede desencadenarse en SD (Novas, 2021). Para generarlos, la ciudad y sus espacios deben encontrarse iluminados, con vigilancia y con PP que garanticen la seguridad de los habitantes.

Por otro lado, los determinantes socioeconómicos que impactan la salud mental y que pueden provocar SD, son los relacionados con el estado en que se encuentra la provisión de bienes materiales que satisfacen las necesidades de la población, así como las relaciones sociales que de ella se derivan. Durante los periodos de recesión, dentro de la dinámica del ciclo económico y que inician con la crisis, la provisión de los bienes

materiales referidos se recorta, debido a las condiciones asociadas al freno de la actividad económica (Estey, 1948). El inicio formal del estudio de la relación entre las enfermedades mentales y las crisis económicas puede situarse con la publicación de Brenner, *Estudio sobre estrés por causas económicas*, donde revisa una serie temporal de 1841-1967 de ingresos en hospitales psiquiátricos de Nueva York y encuentra que, durante las crisis económicas, y aun en las más pequeñas recesiones, hay un incremento en el índice de hospitalización (Feldman, 1985). A finales de la primera década del nuevo milenio, durante la Gran Recesión<sup>7</sup> en España, se observó el empeoramiento de la salud mental de la población a raíz de las condiciones económicas precarias a las que la crisis los llevó, incrementándose el uso de fármacos asociados al tratamiento de SD (Oliva *et al.*, 2020).

Las crisis económicas, como punto de inflexión entre una fase expansiva y una contractiva del ciclo económico, así como las recesiones como fase contractiva de este, son manifestaciones últimas de la disminución del empleo (incremento en el desempleo), la caída de ingreso, una mayor desigualdad, inflación, todos estos factores que terminan minando la condicional de salud mental de las personas. Los cambios económicos negativos, como el desempleo, la menor productividad y la recesión, causan dificultades económicas que pueden suscitar sentimientos de fracaso personal y una imagen de sí mismo deteriorada (Brenner, 1973).

Un factor económico adicional asociado con la SD se encuentra en el ámbito laboral, no por la falta de este, sino por las condiciones que definen su calidad, tales como grado de estabilidad, reconocimiento, regulación; bajo nivel de remuneración, escaso acceso a seguridad social, que en conjunto impactan en la salud mental, a través de las emociones (Espino, 2014). En este sentido, “Se ha asociado a la precariedad laboral con un aumento del nerviosismo y la ansiedad, miedo, sufrimiento, depresión y pérdida de la sociabilidad y las relaciones de amistad” (Espino, 2014, p. 389). Aunado a ello, la inestabilidad laboral también es un factor que ha impactado de manera negativa en la SD, sobre todo en varones (Oliva *et al.*, 2020).

La desigualdad de ingreso es otro factor que, de igual manera, genera un sentimiento de insatisfacción, donde las mujeres, derivado de la inequidad salarial, presentan un mayor riesgo al ser mayormente susceptibles (Pabayo *et al.*, 2014).

Existen tres canales por los cuales la crisis termina generando SD. El primer canal por el cual las condiciones económicas precarias asociadas a las crisis económicas inducen la SD, es el estrés. Así, una reducción de los ingresos o la riqueza provoca un aumento del estrés, mayor riesgo de desempleo, mayor precariedad de este, incrementan el estrés, el cual frecuentemente termina generando otros factores colaterales como los conflictos en pareja. El segundo canal es la frustración-agresión, ya que condiciones económicas precarias inducen mayor sentimiento de frustración-agresión, sin embargo, se puede presentar un efecto contrario, manifestado a través de una reacción “contenedora” con la finalidad de evitar una precarización económica. El tercer mecanismo es el “efecto presupuestario”, el cual desencadena ansiedad y trastornos mentales al cambiar el costo de oportunidad del uso de los bienes escasos durante los periodos de crisis (Catalano *et al.*, 2011).

## DETERMINACIÓN DE SD EN GRANDES GRUPOS POBLACIONALES

Para los actores interesados en cuantificar y analizar los trastornos mentales, desde el enfoque de la salud pública y de las PP, les es difícil realizar exámenes psicométricos y psiquiátricos en poblaciones de gran escala, debido al costo y número de personal especializado que significan.

La valoración de SD es complicada, no solo por lo que anteriormente se comentó, sino también por los parámetros que enmarcan y necesitan para lograr un diagnóstico correcto. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM-5)<sup>8</sup> de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA); y la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, undécima edición (CIE-11)<sup>9</sup> manual publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), precisan y guían a los especialistas para

detectar el caso clínico de cada enfermedad mental, sin embargo, la determinación en grandes grupos debe centrarse en una sintomatología común, SD en este caso, que dé pauta a una examinación depurada de casos más graves, lo cual resulta en una economía de capital humano y recursos económicos.

Es así que desde hace más de una década, para lograr determinar SD en grandes grupos, se utiliza la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7), la cual es una escala validada en México y que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para servir como parámetro (Salinas-Rodríguez *et al.*, 2013). Esta escala logra identificar, a través de siete preguntas:

- Durante la última semana...¿sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?
- Durante la última semana... ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?
- Durante la última semana...¿se sintió deprimido(a)?
- Durante la última semana... ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?
- Durante la última semana...¿no durmió bien?
- Durante la última semana... ¿disfrutó de la vida?
- Durante la última semana...¿se sintió triste?

Con las siguientes opciones de respuesta y codificación: 0, rara vez o nunca (menos de un día); 1, pocas veces o alguna vez (1-2 días); 2, un número de veces considerable (3-4 días); 3, todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).

Las pautas de interpretación de la encuesta se obtienen calificando con la sumatoria de los puntos por cada respuesta. Se tiene un puntaje mínimo de 2 y máximo de 28 puntos. De acuerdo con la sumatoria de todas las respuestas de la persona mayor con el puntaje obtenido, se pueden considerar los siguientes parámetros:

- Normal: menor a 5 puntos
- SD significativos: igual o mayor a 5 puntos
- SD moderada a severa: igual o mayor a 9 puntos

La base de datos construida para SD de moderada a severa se realizó con los resultados obtenidos de las ENSANUT 2012 y ENSANUT 2018-19 y de la CESD-7, después se contabilizó por ciudad (las veinte principales, adelante se precisa su elección) el número de sujetos con características que indica la CESD-7 para SD de moderada a severa, es decir, mayor o igual a 9 puntos. A partir de este proceso se obtuvo el porcentaje por entidad federativa con respecto al total obtenido, 7,787 personas al año 2012 y 8,271 personas al año 2018. Es importante mencionar que este total es nacional, de una muestra inicial de 43,000 datos.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se realizó en las 20 ciudades más importantes del país, las cuales se eligieron según el grado de urbanización y tamaño de población. Se contempla la tasa de urbanización municipal y la densidad económica. La primera variable expresa la relación porcentual entre la población urbana habitante de las ciudades y la población total de un municipio. Ello permite conocer si existe un alto nivel de desarrollo en el territorio, lo cual se asocia a la infraestructura, el equipamiento y la superficie de vivienda construida. La segunda es el producto urbano dividido por el territorio (kilómetros cuadrados), para saber cuál municipio es más productivo, entre más municipios contenga una ciudad o metrópolis será más productiva en términos económicos. Lo anterior se asocia a la calidad de los servicios públicos, equipamiento e infraestructura que brinda un territorio urbano a su población. También se usó de referencia el Sistema Urbano Nacional 2018 que establece el tamaño de las ciudades a partir de su población.

CUADRO 1.  
 Ranking de 20 ciudades mexicanas de acuerdo con el grado de urbanización y población

Clave entidad federativa	Ciudades	Entidad federativa	Grado de urbanización (ranking)
09, 15 y 32	<b>Valle de México</b>	Ciudad de México, Estado de México e Hidalgo	1
14	<b>Guadalajara</b>	Jalisco	2
19	<b>Monterrey</b>	Nuevo León	3
21	<b>Puebla-Tlaxcala</b>	Puebla y Tlaxcala	4
15	<b>Toluca</b>	México	5
2	<b>Tijuana</b>	Baja California	6
11	<b>León</b>	Guanajuato	7
22	<b>Querétaro</b>	Querétaro	8
24	<b>San Luis Potosí</b>	San Luis Potosí	9
31	<b>Mérida</b>	Yucatán	10
1	<b>Aguascalientes</b>	Aguascalientes	11
17	<b>Cuernavaca</b>	Morelos	12
7	<b>Chihuahua</b>	Chihuahua	13
28	<b>Tampico</b>	Tamaulipas	14
12	<b>Acapulco</b>	Guerrero	15
16	<b>Morelia</b>	Michoacán de Ocampo	16
30	<b>Veracruz</b>	Veracruz de Ignacio de la Llave	17
27	<b>Villahermosa</b>	Tabasco	18
23	<b>Cancún</b>	Quintana Roo	19
5	<b>Monclova-Frontera</b>	Coahuila de Zaragoza	20

Fuente: elaboración propia con base en datos del Marco Geoestadístico (INEGI, 2020b), Censo de Población y Vivienda (INEGI,2020a), Tabulados Interactivos del Sistema Automatizado de Información Censal (SAIC) (INEGI, 2019) y SUN (CONAPO, 2018).

El periodo de estudio inicia con la presentación de un panorama general de la situación observada en 2006 en la Zona Centro del país. La metodología realizada por el ENSANUT, si bien se ha perfeccionado con el tiempo, para presentar en los años 2012 y 2018-19 factores mayormente cercanos a la detección de los potenciales pacientes, para 2006 no se encuentran más que elementos que, aunque son de gran importancia, no alcanzan para cumplir con la metodología presentada por la literatura del tema.

En el Cuadro 2 se exponen datos sobre el número de personas que presentan SD por estratos socioeconómicos para la zona centro del país en 2006. Se observa en primera instancia la alta concentración de la riqueza, apenas el 0.35% del total de la encuesta se ubica en el estrato alto, los estratos bajos en conjunto abarcan casi el 92% de la muestra en la zona urbana, mientras que en la rural existe una mejor distribución de la riqueza, ya que alrededor del 54% de los encuestados son de los estratos bajos.

Dos vertientes de análisis surgen del Cuadro 1, por un lado, la implicación socioeconómica sobre la SD y, por otro lado, el determinismo asociado al entorno urbano, al contrastarlo con el entorno rural. De la primera lectura se puede ver que, dada la igual ponderación de cada uno de los síntomas presentados, el promedio de cada uno de los estratos por cada síntoma es mayor en el estrato medio, seguido del estrato bajo, es decir, los estratos socioeconómicos medios son los que presentan una mayor relación a los síntomas asociados a la depresión, mientras que el de menor asociación paradójicamente es el estrato muy bajo. Hay

un determinismo socioeconómico en las zonas urbanas, pero no en el sentido convencional, donde a mayores carencias socioeconómicas mayor propensión a la sintomatología depresiva, sino que parece existir una división marcada entre la estructura y la superestructura, donde si bien la primera determina a la segunda, y dentro de esta se encuentran las instituciones y la conciencia social (Marx, 2008), no es determinante la estructura en la SD.

Respecto a los síntomas y los estratos sociales en el entorno rural, se observa un patrón diferente, donde efectivamente, el estrato social más bajo es el que presenta en promedio un mayor número de personas que ha experimentado síntomas asociados a la depresión, seguido del estrato bajo, medio y alto; es decir, a mayor riqueza, menor presentación de síntomas.

CUADRO 2.  
SD en zona centro segmentado en urbana y rural por estrato socioeconómico, general: 2006

Urbano										
	General	%	Estrato muy bajo	%	Estrato bajo	%	Estrato Medio	%	Estrato Alto	%
Total de muestra	6011	100.00	4139	68.86	1383	23.01	468	7.79	21	0.35
Triste-vacío	2341	38.95	1525	36.84	586	42.37	224	47.86	6	28.57
Pérdida de interés	1602	26.65	1019	24.62	423	30.59	153	32.69	7	33.33
Falta de energía	2970	49.41	1969	47.57	732	52.93	260	55.56	9	42.86
Sentirse solo	2055	34.19	1286	31.07	543	39.26	217	46.37	9	42.86
Irritación	2256	37.53	1525	36.84	511	36.95	210	44.87	10	47.62
Pérdida de apetito	1164	19.36	747	18.05	305	22.05	107	22.86	5	23.81
Pensamientos lentos	1341	22.31	845	20.42	371	26.83	120	25.64	5	23.81
<b>Promedio</b>		<b>32.63</b>		<b>30.77</b>		<b>35.85</b>		<b>39.41</b>		<b>34.69</b>
Rural										
	General	%	Estrato muy bajo	%	Estrato bajo	%	Estrato Medio	%	Estrato Alto	%
Total de muestra	15694	100.00	4908	31.27	3621	23.07	5071	32.31	2094	13.34
Triste-vacío	5715	36.42	1902	38.75	1383	38.19	1813	35.75	617	29.47
Pérdida de interés	3915	24.95	1355	27.61	967	26.71	1177	23.21	416	19.87
Falta de energía	7213	45.96	2380	48.49	1714	47.33	2303	45.42	816	38.97
Sentirse solo	4766	30.37	1582	32.23	1143	31.57	1505	29.68	536	25.60
Irritación	6071	38.68	2058	41.93	1391	38.41	1864	36.76	758	36.20
Pérdida de apetito	2562	16.32	910	18.54	655	18.09	749	14.77	248	11.84
Pensamientos lentos	3256	20.75	1129	23.00	801	22.12	987	19.46	339	16.19
<b>Promedio</b>		<b>30.49</b>		<b>32.94</b>		<b>31.77</b>		<b>29.29</b>		<b>25.45</b>

Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2006).

De la segunda lectura se desprende la existencia de factores urbanos que distorsionan la relación entre los estratos socioeconómicos y los síntomas asociados a la depresión, tal que generan mayor adversidad en el estrato bajo que en el estrato muy bajo. Por otro lado, con excepción del estrato muy bajo, en todos los demás hay menor relación entre cada estrato y los síntomas en la zona rural que en la zona urbana, lo que evidencia que, efectivamente, el entorno urbano genera mayor propensión a la presentación de síntomas asociados a la depresión.



**CUADRO 3.**  
SD en zona urbana y rural por estrato socioeconómico, mujeres: 2006

Urbano										
	Mujeres	%	Estrato muy bajo	%	Estrato bajo	%	Estrato Medio	%	Estrato Alto	%
Total de muestra	3598	100.00	2438	67.76	841	23.37	306	8.50	13	0.36
Triste-vacío	1672	46.47	1104	45.28	393	46.73	171	55.88	4	30.77
Pérdida de interés	1144	31.80	736	30.19	290	34.48	114	37.25	4	30.77
Falta de energía	1963	54.56	1295	53.12	468	55.65	194	63.40	6	46.15
Sentirse solo	1529	42.50	982	40.28	374	44.47	167	54.58	6	46.15
Irritación	1495	41.55	1017	41.71	325	38.64	146	47.71	7	53.85
Pérdida de apetito	856	23.79	564	23.13	206	24.49	83	27.12	3	23.08
Pensamientos lentos	940	26.13	598	24.53	247	29.37	90	29.41	5	38.46
<b>Promedio</b>		<b>38.11</b>		<b>36.89</b>		<b>39.12</b>		<b>45.05</b>		<b>38.46</b>
Rural										
	Mujeres	%	Estrato muy bajo	%	Estrato bajo	%	Estrato Medio	%	Estrato Alto	%
Total de muestra	8929	100.00	2883	32.29	2050	22.96	2858	32.01	1138	12.74
Triste-vacío	3950	44.24	1341	46.51	962	46.93	1225	42.86	422	37.08
Pérdida de interés	2766	30.98	992	34.41	671	32.73	818	28.62	285	25.04
Falta de energía	4618	51.72	1553	53.87	1106	53.95	1454	50.87	505	44.38
Sentirse solo	3413	38.22	1157	40.13	810	39.51	1079	37.75	367	32.25
Irritación	3856	43.19	1345	46.65	884	43.12	1173	41.04	454	39.89
Pérdida de apetito	1810	20.27	662	22.96	449	21.90	533	18.65	166	14.59
Pensamientos lentos	2221	24.87	766	26.57	544	26.54	681	23.83	230	20.21
<b>Promedio</b>		<b>36.21</b>		<b>38.73</b>		<b>37.81</b>		<b>34.80</b>		<b>30.49</b>

Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2006).

El Cuadro 3 presenta datos de la SD en mujeres de la zona centro en el entorno urbano y rural para 2006. Si se analizan las cifras presentadas en el Cuadro 1 y en el Cuadro 2, se puede apreciar que el porcentaje promedio de mujeres que ha presentado síntomas asociados a la depresión se encuentra por arriba de la media general en más del 5% en el entorno urbano, mientras que en el rural es cercano al 6%. Tomando en consideración los diferentes estratos socioeconómicos, es importante resaltar que en todos los casos las mujeres presentan tasas promedio por encima de la media general.

Por otro lado, analizando la afectación exclusiva en las mujeres, en el entorno urbano existe el mismo patrón de asociación entre los distintos estratos socioeconómicos y la presentación de síntomas relacionados a la depresión, que, en el análisis general, son los estratos medios (bajo y medio) los que presentan tasas más altas, mientras que nuevamente, es el estrato muy bajo el que menores tasas arroja; en el entorno rural se observa que hay una correlación negativa entre el nivel de estrato socioeconómico y presentación de la sintomatología. Al hacer el análisis comparativo entre el entorno rural y el urbano, en el caso de las mujeres se observa el mismo patrón que en el caso general, solo en el estrato muy bajo hay mayor porcentaje promedio de presentación de los síntomas asociados a la depresión en el entorno rural que en el urbano, para todos los demás estratos las tasas promedio son mayores en el entorno urbano.

CUADRO 4.  
SD en zonas urbana y rural por estrato socioeconómico, hombres: 2006

Urbano										
	Hombres	%	Estrato muy bajo	%	Estrato bajo	%	Estrato Medio	%	Estrato Alto	%
Total de muestra	2413	100.00	1701	70.49	542	22.46	162	6.71	8	0.33
Triste-vacío	669	27.72	421	24.75	193	35.61	53	32.72	2	25.00
Pérdida de interés	458	18.98	283	16.64	133	24.54	39	24.07	3	37.50
Falta de energía	1007	41.73	674	39.62	264	48.71	66	40.74	3	37.50
Sentirse solo	526	21.80	304	17.87	169	31.18	50	30.86	3	37.50
Irritación	761	31.54	508	29.86	186	34.32	64	39.51	3	37.50
Pérdida de apetito	308	12.76	183	10.76	99	18.27	24	14.81	2	25.00
Pensamientos lentos	401	16.62	247	14.52	124	22.88	30	18.52	0	0.00
<b>Promedio</b>		<b>24.45</b>		<b>22.00</b>		<b>30.79</b>		<b>28.75</b>		<b>28.57</b>
Rural										
Total de muestra	6765	100.00	2025	29.93	1571	23.22	2213	32.71	956	14.13
Triste-vacío	1765	26.09	561	27.70	421	26.80	588	26.57	195	20.40
Pérdida de interés	1149	16.98	363	17.93	296	18.84	359	16.22	131	13.70
Falta de energía	2595	38.36	827	40.84	608	38.70	849	38.36	311	32.53
Sentirse solo	1353	20.00	425	20.99	333	21.20	426	19.25	169	17.68
Irritación	2215	32.74	713	35.21	507	32.27	691	31.22	304	31.80
Pérdida de apetito	752	11.12	248	12.25	206	13.11	216	9.76	82	8.58
Pensamientos lentos	1035	15.30	363	17.93	257	16.36	306	13.83	109	11.40
<b>Promedio</b>		<b>22.94</b>		<b>24.69</b>		<b>23.90</b>		<b>22.17</b>		<b>19.44</b>

Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2006).

El Cuadro 4 presenta datos de la SD en hombres de la zona centro en el entorno urbano y rural para 2006. En contraposición a lo observado en el caso de las mujeres, en el de los hombres, el promedio en el entorno urbano se encuentra en más del 8% por debajo del promedio general y poco más del 7.5% en el entorno rural. Si se toman los datos de los Cuadros 2 y 3 se puede establecer un análisis comparativo por género. Se observa una clara diferencia entre el promedio del porcentaje general de mujeres y de hombres, tanto en el entorno urbano como en rural, donde en todos los casos la diferencia es mayor al 13%, es decir, hay una mayor afectación de la SD en las mujeres que en los hombres, independientemente del entorno y de los estratos socioeconómicos a los que se pertenezca.<sup>10</sup>

Analizando la afectación exclusiva en hombres en el entorno urbano, se observa nuevamente que son los estratos medios (bajo y medio) donde hay mayores porcentajes de hombres que han presentado la SD, sin embargo, a diferencia del análisis general y el de las mujeres, en el caso del hombre, se observa una clara disminución de la cifra en el estrato socioeconómico muy bajo, donde se da un 22%.

Por otro lado, se aprecia que, al igual que en el caso de las mujeres, en el entorno rural hay una clara relación negativa entre el estrato social y el porcentaje de hombres que ha presentado la sintomatología, dejando en claro que el estrato socioeconómico sí tiene una implicación en la presentación de los síntomas asociados a la depresión. Finalmente, al hacer el análisis comparativo entre el entorno rural y el urbano, en el caso de los hombres se observa el mismo patrón que en el caso general y en el de las mujeres, solo en el estrato muy

bajo hay mayor porcentaje promedio de presentación de los síntomas asociados a la depresión; para todos los demás estratos las tasas promedio son mayores en el entorno urbano.

Se realizó un segundo análisis para las ENSANUT 2012 y 2018-19, que utilizan la escala CESD-7 para la determinación de la SD con una diferencia temporal de seis años, lo cual permite comparar la evolución desde la perspectiva socioeconómica. La base de datos original para la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 fue de 46,278 datos y para la de 2018-2019 fue de 43,071 datos. Se realizó una depuración de celdas vacías y una extracción aleatoria para obtener una muestra de 43,000 datos para ambos periodos, distribuidos en las 32 entidades federativas y con representatividad en estratos urbano y rural, estratos sociodemográficos (muy bajo, bajo, medio y alto) y con un rango de edad entre los 20 a los 112 años (población adulta).

CUADRO 5.

SD en zona urbana y rural por estrato socioeconómico y área geográfica, general: 2012-2018

	ENSANUT 2012		ENSANUT 2018-19	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Población total de análisis	43,000	100.00%	43,000	100.00%
Población sin SD	35,213	81.89%	34,729	80.77%
Población con SD moderada a severa	7,787	18.11%	8,271	19.23%
Estrato Urbano con SD moderada a severa	4,855	62.35%	5,774	69.81%
Estrato Rural con SD moderada a severa	2,932	37.65%	2,497	30.19%
MUY Bajo con SD moderada a severa	951	12.21%	1,882	22.75%
Bajo con SD moderada a severa	3,100	39.81%	4,598	55.59%
Medio con SD moderada a severa	3,148	40.43%	1,366	16.52%
Alto con SD moderada a severa	591	7.59%	428	5.17%
Estrato área geográfica Norte con sintomatología depresiva moderada a severa	1,703	21.87%	1,889	22.84%
Estrato área geográfica Centro con sintomatología depresiva moderada a severa	3,919	50.33%	3,134	37.89%
Estrato área geográfica CDMX con sintomatología depresiva moderada a severa	209	2.68%	323	3.91%
Estrato área geográfica Sur con sintomatología depresiva moderada a severa	1,959	25.16%	2,928	35.40%

Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2012, 2019).

En el cuadro 5 se presenta el sumario de los datos analizados para el periodo 2006 a 2018 desde el estrato urbano, rural, socioeconómico y por área geográfica, se precisa que el crecimiento de la población total que padece SD moderada a severa es de un 1.12% en el periodo de estudio. El estrato urbano presenta en ambos años de estudio aproximadamente el doble de SD moderada a severa que en el estrato rural (62.35 y 37.65% en 2012, y 69.81 y 30.19% para 2018, respectivamente). Los estratos socioeconómicos bajo y medio son los que presentan una mayor SD moderada a severa, el estrato alto es el que menos presenta. Esto puede entenderse debido a que este accede a mejores servicios de salud mental (servicios psicológicos, terapias emocionales, etc.) y empleo, así como las condiciones del entorno urbano son de mayor calidad y diseño (mejor movilidad, mejor vivienda, mejores vialidades, por ejemplo).

El área geográfica centro, junto con el área de la Ciudad de México, presentan mayor porcentaje de SD moderada a severa, 54% del total nacional, esto puede asociarse al sistema urbano nacional en el cual se precisa que la mayoría de los asentamientos humanos urbanos se localizan en esta zona geográfica, así como se ubican las ciudades con más concentración de población (Valle de México, Guadalajara, Querétaro, Puebla, por ejemplo). Se comprueba, nuevamente, que el estrato socioeconómico muy bajo no presenta grandes números de población que padece SD moderada a severa, dejando en este periodo de estudio a los grupos socioeconómicos medios con el mayor padecimiento de SD moderada a severa.

CUADRO 6.

SD en estrato urbano por estrato socioeconómico y área geográfica, hombre: 2012-2018

	ENSANUT 2012		ENSANUT 2018-19	
	ENSANUT 2012	Porcentaje	ENSANUT 2018-19	Porcentaje
Total Hombres con SD moderada a severa	2,129	100.00%	2,575	100.00%
Estrato Urbano con SD moderada a severa	1,219	57.26%	1,726	67.03%
Estrato Rural con SD moderada a severa	911	42.79%	850	33.01%
Estrato socioeconómico Muy Bajo con SD moderada a severa en Estrato Urbano	251	20.59%	120	6.95%
Estrato socioeconómico Bajo con SD moderada a severa en Estrato Urbano	324	26.58%	1,068	61.88%
Estrato socioeconómico Medio con SD moderada a severa en Estrato Urbano	646	52.99%	414	23.99%
Estrato socioeconómico Alto con SD moderada a severa en Estrato Urbano	10	0.47%	127	7.36%
Estrato área geográfica Norte con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	258	21.16%	434	25.14%
Estrato área geográfica Centro con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	587	48.15%	688	39.86%
Estrato área geográfica CDMX con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	39	3.20%	79	4.58%
Estrato área geográfica SUR con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	338	27.73%	528	30.59%
Adultos mayores con SD (65 años y más) moderada a severa en Estrato Urbano	1,024	84.00%	1,399	81.05%

Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2012, 2019).

Se identifica en el cuadro 6 que la SD moderada a severa para los hombres en los años 2012 y 2018, se encuentra en un 57.26% y 67.03%, respectivamente, en zonas urbanas. Con relación al estrato socioeconómico, los sujetos ubicados entre el estrato bajo y medio son los que sufren mayor SD moderada a severa dentro de los entornos urbanos, el 79.57% específicamente. De la población total de hombres que padecen la sintomatología, más del 80% se trata de adultos mayores. En cuanto al área geográfica, la zona centro es la que mayor reporta SD moderada a severa para hombres que habitan en entornos urbanos. A esta zona centro se puede sumar el porcentaje correspondiente de la Ciudad de México, lo cual permite reconocer que el 50% de los hombres en estratos urbanos sufren más SD en la zona centro del país.

## CUADRO 7.

SD en estrato urbano por estrato socioeconómico y área geográfica, mujer: 2012-2018

	ENSANUT 2012		ENSANUT 2018-19	
	ENSANUT 2012	Porcentaje	ENSANUT 2018-19	Porcentaje
Total Mujeres con SD moderada a severa	5,658	100.00%	5,696	100.00%
Estrato Urbano con SD moderada a severa	3,637	64.28%	4,049	71.08%
Estrato Rural con SD moderada a severa	2,023	35.75%	1,649	28.95%
Muy Bajo con SD moderada a severa en Estrato Urbano	774	21.28%	271	6.69%
Bajo con SD moderada a severa en Estrato Urbano	1,087	29.89%	2,526	62.39%
Medio con SD moderada a severa en Estrato Urbano	2,078	36.73%	953	23.54%
Alto con SD moderada a severa en Estrato Urbano	435	11.96%	302	7.46%
Estrato área geográfica Norte con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	789	21.69%	967	23.88%
Estrato área geográfica Centro con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	1,808	49.71%	1,540	40.73%
Estrato área geográfica CDMX con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	85	2.34%	240	5.93%
Estrato área geográfica Sur con sintomatología depresiva moderada a severa en Estrato Urbano	958	26.34%	1,298	32.06%
Adultos mayores con SD (65 años y más) moderada a severa en Estrato Urbano	3,177	87.35%	3,296	81.40%



Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2012, 2019).

Para el caso de la mujer, cuadro 7, se precisa que en los entornos urbanos se padece mayor SD moderada a severa que en los entornos rurales, los porcentajes son 64.28% y 71.08%, respectivamente para los años 2012 y 2018-19. Es notorio que la cantidad de mujeres que padecen de SD moderada a severa es un 5% más que los hombres, en los años 2012 y 2018, para el estrato urbano. Al igual que los hombres la población de adultos mayores sufre en más de un 80% de SD moderada a severa en entornos urbanos. En cuanto al área geográfica y el estrato socioeconómico urbanos, mismo caso que los hombres, se presenta en el área centro y en los estratos bajo y medio para las mujeres.

La SD moderada a severa dentro de los estratos urbano y rural es padecida en mayor cantidad por las mujeres. Como se observa en los cuadros 6 y 7, las mujeres padecen un 45% más que los hombres, misma situación reconocida en el año 2006. En ambos géneros se encuentra que el estrato socioeconómico alto es el que presenta menor cantidad de sujetos con SD moderada a severa, lo cual está asociado no solo a las condiciones socioeconómicas de esta población, sino también al entorno en el que habitan, es decir, mejor diseño urbano, mayor cantidad de áreas verdes, mejor movilidad en comparación a los estratos marginados urbanamente. La zona geográfica centro junto con la Ciudad de México concentran más del 50% de los sujetos que padecen SD moderada a severa, lo cual puede relacionarse con la cantidad de asentamientos urbanos que existen en esa área geográfica del país.

## ÍNDICE COMPLEJO DE LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y URBANAS (ICCSU)

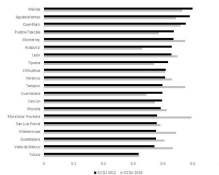
Para medir los cambios de las condiciones socioeconómicas y urbanas que afectan —teoría esbozada en la sección primera— la salud mental de los habitantes de las urbes, y que se manifiesta a través de una mayor sintomatología depresiva (SD), se elabora un índice propio utilizando datos del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO), Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), Coneval y ENSANUT 2012 y 2018-19.

Para su construcción se tomaron en cuenta cuatro indicadores urbanos tomados del SNIEG: percepción de inseguridad de la población de 18 años y más en el transporte público y en espacios públicos (PI), porcentaje de la población de 18 años y más satisfecha con el servicio de parques y jardines públicos (PSPJ), así como el porcentaje de la población de 18 años y más satisfecha con el alumbrado público (PSA) y, finalmente, porcentaje de la población de 18 años y más satisfecha con el servicio de calles y avenidas (PSCA); cuatro indicadores socioeconómicos tomados del ENOE/IMCO, DENUE y Coneval: informalidad laboral (IL), salario para trabajadores de tiempo completo (S),<sup>11</sup> tasa de desempleo (TD) y desigualdad salarial (DS).<sup>12</sup>

Con los indicadores urbanos y los socioeconómicos se construyeron dos índices complejos, un índice urbano y otro socioeconómico, para finalmente construir el índice Complejo de las Condiciones Socioeconómicas y Urbanas (ICCSU).

$$ICCSU = \left[ \frac{\left( \frac{(100-PI)}{400} + \frac{PSPJ}{400} + \frac{PSA}{400} + \frac{PSCA}{400} \right) + \left( \frac{(100-IL)}{400} + \frac{S}{49.49+4} + \frac{(100-TD)}{400} + \frac{(100-DS)}{400} \right)}{2} \right]$$

El ICCSU da la misma ponderación a cada uno de los determinantes urbanos y socioeconómicos, siendo en total ocho. Se tiene que  $0 \leq ICCSU \leq 1$ ; el CCSU toma el valor de 1 en el escenario donde todas las condiciones contempladas en el índice son favorables, mientras que toma el valor de 0 en el escenario donde todas las condiciones son desfavorables. Es en este sentido que los indicadores PI en la parte urbana y los indicadores IL, TD y DS en la parte socioeconómica, al medir factores negativos o contrarios a las condiciones favorables que busca expresar el índice, no se toman en sus valores naturales, sino en sus valores complementarios.

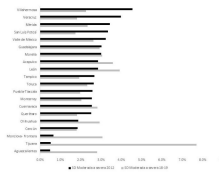


GRÁFICA 1.

Índice de Complejo de las Condiciones Socioeconómicas y Urbanas: 2012 y 2018-19

Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2012, 2019).

En la Gráfica 1 se presentan los resultados del ICCSU para el año 2012 y 2018-19<sup>13</sup> por principales ciudades del país. Se observa en Monclova una sustancial mejoría en el ICCSU, al pasar de 0.38 en 2012 a 0.49 en 2018-19, que incluso la posiciona como el mejor resultado para 2018-19. Otra ciudad con mejora considerable fue T ampico, al pasar de 0.4 en 2012 a 0.47 en 2018-19. Por otro lado, las principales ciudades que en el periodo se mantienen como las que presentan mejores condiciones son Mérida, Aguascalientes y Querétaro, mientras que, en el otro extremo, Acapulco presentó un retroceso importante en el índice, lo que se asocia indudablemente con la ola de violencia que recientemente se observa en la ciudad. Finalmente, Toluca se mantiene en ambos años como una de las ciudades con menor nivel del ICCSU.



GRÁFICA 2.

Porcentaje de población que presenta SD moderada a severa: 2012 y 2018-19

Fuente: elaboración propia con base en datos de ENSANUT (INSP, 2012, 2019).

Con base en el ENSANUT, la Gráfica 2 muestra el porcentaje de población mayor a 20 años que presentó SD de moderada a severa, por ciudad. Destaca Tijuana, donde la SD tuvo un incremento importante de 2012 a 2018-19, al pasar de 0.5% a 7.7%. La dinámica de Tijuana y el ser el paso fronterizo más importante del mundo, le hacen presentar problemas urbanos particulares, relacionados en buena medida con el tema de la migración ilegal, el cual se ha exacerbado de manera importante en los últimos años.

## UN MODELO DE PANEL DE DATOS: RESULTADOS

A fin de poder determinar con mayor rigor metodológico la relación funcional existente entre el índice ENSANUT generado a través de la metodología revisada, y el ICCSU creado, se establece un modelo de Panel de Datos que permite tener dos puntos temporales: 2012 y 2018-19, y 20 observaciones transversales correspondientes a las ciudades de México estudiadas (ecuación 1).

La forma funcional es:

$$Y_{it} = a + \beta_1 X_{1it} + e_{it}$$

[Ec.1]

Donde:

$$Y_{it} = ENSANUT$$

$$\beta_1 = \text{Parámetro de } X_{it}$$

$$X_{it} = ICSSU$$

i= Ciudades  
t= Años 2012 y 2018  
 $e_{it}$  = Término de error

Para poder establecer el modelo óptimo entre el de efectos fijos y el de efectos aleatorios, se aplicó la prueba de Hausmann, eligiéndose el modelo de efectos aleatorios, el cual indica que la heterogeneidad inobservable no tiene relación con la variable explicativa. Los resultados se muestran en el Cuadro 8.

CUADRO 8.  
Resultados de la regresión

	R <sup>2</sup>	0.045775
Parámetros		
$\alpha$		0.048233
$\beta_1$		-0.052331

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la regresión.

Ambos parámetros de las variables independientes son estadísticamente significativos. La r cuadrada indica que solo el 4.57% de las variaciones entre el índice del ENSANUT se pueden demostrar en el modelo. El coeficiente negativo del parámetro beta indica la relación negativa existente entre el ICSSU y el ENSANUT. Por cada aumento en un punto porcentual en el ICSSU hay una disminución de 0.052 puntos en el ENSANUT. Las mejores condiciones socioeconómicas y urbanas tienen un leve impacto sobre la disminución de la sintomatología depresiva.

## CONCLUSIONES

Si bien la COVID-19 ralentizó el crecimiento demográfico urbano por la migración que hubo hacia las áreas consideradas rurales<sup>14</sup> por sus ventajas; hoy en día, las ciudades siguen creciendo demográfica y territorialmente debido a que, históricamente, son los espacios físicos, inmateriales y virtuales donde existen las mejores oportunidades económicas, laborales, culturales, educativas, financieras, de conectividad, de vivienda y de modernización. Sin embargo, se descubre que la asociación de las condiciones socioeconómicas y del entorno urbano en malas condiciones provoca una incidencia significativa sobre la susceptibilidad de padecer SD moderada a severa por vivir en ciudades.

El padecimiento de SD o enfermedades relacionadas con la psique ha tomado relevancia recientemente por los impactos económicos que generan por su mantenimiento, es decir, los gastos por la atención médica, los centros especializados y la generación de políticas públicas de salud mental necesarias para los habitantes urbanos, así como su efecto sobre la disminución de la productividad, que se estima en un 5% (Chisholm *et al.*, 2016). Si bien, la SD comparada con otras enfermedades físicas de alto mantenimiento, por ejemplo, la diabetes, la cardiopatía que cobra más vidas en el mundo,<sup>15</sup> son de menor importancia para la atención a la salud pública por la baja cantidad de pacientes y por los bajos costos de mantenimiento. Sus efectos se observan en las licencias por agotamiento, soledad o depresión que se piden cada vez más en los empleos; por la necesidad constante de cambio de trabajo derivado del estrés laboral y emocional de aquellos que se trasladan horas en el transporte público masivo y que no tienen contacto con la naturaleza para su relajación mental; por las crisis de pánico o nervios que se suscitan en personas que transitan diariamente la ciudad con

miedo a sufrir un delito; o en un caso más extremo, la idea colectiva de que el suicidio está asociado a la vida citadina por la falta de áreas que incentiven la interacción social.

La presentación del modelo del Índice Complejo de las Condiciones Socioeconómicas y Urbanas (ICCSU) que se construyó recapitula las condiciones urbanas mínimas necesarias de acuerdo con la metodología de Mind the GAPS y los determinantes socioeconómicos mínimos requeridos para la mejora de la SD moderada a severa en entornos urbanos (caso mexicano), específicamente en las veinte ciudades más importantes de México que se consideran como las de mayor importancia por tamaño poblacional, territorial y su función socioeconómica. Se encontró que los problemas urbanos, económicos y sociales asociados a la vida en las grandes ciudades son causantes significantes de SD moderada a severa en grandes grupos poblacionales a comparación de entornos no urbanos. Sin embargo, como se muestra en el modelo de datos panel, por cada mejora en 1% de las condiciones urbanas y socioeconómicas contempladas por el ICCSU, solo hay una mejora en la ENSANUT del 0.052%. Ello se debe probablemente a la cercanía en los puntos temporales del modelo, acotado por la disponibilidad de datos.

Los indicadores de percepción de inseguridad de la población de 18 años y más en el transporte público y en espacios públicos, porcentaje de la población de 18 años y más satisfecha con el servicio de parques y jardines públicos, porcentaje de la población de 18 años más, satisfecha con el alumbrado público y porcentaje de la población de 18 años y más satisfecha con el servicio de calles y avenidas; que se utilizaron para la construcción del ICCSU exhibieron que mejor alumbrado público, percepción positiva de seguridad en el transporte y en espacios públicos, sentimiento de satisfacción con el servicio de parques y jardines públicos y sentimiento de satisfacción con el servicio de calles y avenidas disminuyen significativamente la susceptibilidad de padecer SD moderada a severa.

Entonces las Políticas Públicas Urbanas (PPU) deben replantear la atención de la infraestructura pública como una necesidad de salud pública para la atención de la salud mental, sobre todo para las clases media y baja que son las que sufren más SD moderada a severa y las que más utilizan el transporte público, transitan las calles peatonalmente y disfrutan los parques y áreas verdes de las ciudades. Asimismo, se debe atender el sentimiento de seguridad para las mujeres que habitan en ciudades, ya que ellas son quienes padecen mayor SD moderada a severa en comparación con los hombres.

Por otro lado, el determinismo socioeconómico brinda evidencia de que los impactos generados por problemas económicos y sociales incrementan el padecimiento de SD moderada a severa. Para mitigarlo se deben tomar en cuenta la inclusión, la reducción del desempleo, la disminución de la brecha entre la desigualdad, alcanzar la equidad económica entre géneros y la disminución de la marginación urbana como puntos de atención prioritaria.

Es importante señalar que los datos con los que se realizó el ICSSU son escasos debido a que en México no existe información estadística de gran escala para la problemática que se atiende. Sin embargo, se espera que en años posteriores existan más datos, por lo que se podrá evidenciar de forma más clara la relación entre las condiciones socioeconómica, urbanas y la SD moderada a severa.

Se concluye que a mejores condiciones socioeconómicas y urbanas se logra una disminución significativa de la SD moderada a severa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Mundial, (2022). Panorama general. Tomado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevelopment/overview#1>
- Brenner, H. (1973). *Mental Illness and the Economy*, Harvard Press, Cambridge.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., & Anderson, E. (2011). The health effects of economic decline. *National Institute of Health*, 32, 1-25.

- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 840–850. <https://doi.org/10.21149/11558>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 415-424. <http://dx.doi.org/10.1016/>
- CONAPO (2018). *Sistema Urbano Nacional (SUN) 2018*.
- Espino, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404. <https://doi:10.4321/S0211-57352014000200010>
- Estey, J. (1948). *Tratado sobre los ciclos económicos*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Estramiana, J. L. Á., Luque, A. G., & Gallo, I. S. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333–348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>
- Evans, G. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536–555.
- Feldman, S. (1985). Enfermedad mental y economía. *Bol Of Sanit Panam* 98(3).
- Gruebner, O., Sykora, M., Lowe, S. R., Shankardass, K., Galea, S., & Subramanian, S. v. (2017). Big data opportunities for social behavioral and mental health research. In *Social Science and Medicine* (Vol. 189). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.018>
- Halpern, D. (2013). *Mental Health and The Built Environment. More than bricks and mortar?* Routledge.
- INEGI (2019). *Tabulados interactivos del Sistema Automatizado de Información Censal (SAIC)*.
- INEGI (2020a). *Censo de Población y Vivienda 2020*.
- INEGI (2020b). *Marco Geoestadístico 2020*
- INSP (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuestionario Individual: Adultos de 20 o más años de edad.
- INSP (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Cuestionario individual: Adultos de 20 o más años de edad.
- INSP (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2019*. Cuestionario de Salud de Adultos (20 años o más)
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185–202.
- Martínez-Soto, J., Montero y López-Lena, M., & de la Roca Chiapas, J. M. (2016). Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(2), 204–2014. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28447010004>
- Marx, K. (2008). *Contribución a la crítica de la economía política*, siglo XXI editores, México.
- McCay, L. (2015). *We should think more about the link between urban design and mental health*. City Monitor. <https://citymonitor.ai/community/public-health/we-should-think-more-about-link-between-urban-design-and-mental-health-1321>
- Novas Paciencia, S. K. (2021). *Ciudades Conscientes: Análisis del impacto en la salud mental*.
- Oliva, J., González, B., Barber, P., Peña, L., Urbanos, R., & Zozaya, N. (2020). El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*, 34(S1), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.009>
- OMS (2022). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- ONU-Hábitat y OMS. (2021). *Integrar la salud en la planificación urbana y territorial: manual de consulta [Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook]*. Ginebra: ONU-Hábitat y Organización Mundial de la Salud; 2021.
- OPS y OMS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales*.

- Pabayo, R., Kawachi I., Gilman, S. (2014). Income inequality among American states and the incidence of major depression, *J Epidemiol Community Health*, 68, 110–115. <https://doi:10.1136/jech-2013-203093>
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, M. Ma., Franco-Núñez, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública de México*, 55(3), 267-274.
- Sepúlveda, M. (2014). *De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina*.
- UDMH. (2022, November 6). *Mind the GAPS Framework: The Impact of Urban Design and Mental Health and Wellbeing*. <https://www.urbandesignmentalhealth.com/mind-the-gaps-framework.html>

## NOTAS

- 3 Para el año 2050, siete de cada diez personas vivirán en ciudades (Banco Mundial, 2022).
- 4 De acuerdo con la campaña “Hablemos de Depresión”, la depresión es la principal causa de problemas de salud mental y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015.
- 5 La ecología social es una disciplina que estudia las relaciones entre las personas y su entorno, y la influencia que existe sobre ellas.
- 6 Es un concepto de las ciencias políticas, sociales y económicas en el cual se propone una política o un modelo general para proveer el cumplimiento de los derechos humanos primordiales de la población de un territorio (Sepúlveda, 2014).
- 7 Término acuñado por Paul Krugman, para señalar a la crisis económica de los créditos subprimes, haciendo referencia a la Gran Depresión de 1929.
- 8 La DSM-5 es una guía ampliamente utilizada en Estados Unidos para el diagnóstico de los trastornos de salud mental, tanto en adultos como en niños.
- 9 La CIE-11 es una herramienta para registrar, informar y agrupar condiciones y factores que influyen en la salud. Contiene categorías de enfermedades, afecciones relacionadas con la salud y causas externas de enfermedad o muerte.
- 10 Es importante resaltar que los datos presentados en la ENSANUT cumplen con el rigor estadístico para considerar la muestra como estadísticamente significativa.
- 11 Con base en la línea de pobreza establecida por el Coneval, se calculó el valor mensual de la canasta necesaria para cuatro personas, que es el número de personas promedio que dependen de un trabajador. A partir de este valor, se determinó la cantidad necesaria que un trabajador debe percibir por hora para poder adquirir la canasta, ubicándose en 49.49 pesos.
- 12 Expresada a través del Coeficiente de Gini salarial.
- 13 Dentro de los indicadores urbanos, el de Percepción de inseguridad de la población de 18 años y más en el transporte y en espacios públicos corresponde a 2018, mientras que los tres indicadores restantes se levantaron en 2019.
- 14 El informe de Naciones Unidas *World Cities Report 2022*, indica que la tendencia de rápida urbanización global fue temporalmente ralentizada por la pandemia de COVID-19, lo cual se explica debido a que en las primeras fases de la pandemia hubo migración en gran escala desde las principales ciudades hacia el campo o pueblos pequeños, ya que eran percibidos como más seguros. Sin embargo, esta fue una respuesta de corto plazo que no altera el curso de la urbanización mundial.
- 15 Las enfermedades cardiovasculares representan la mayor parte de la mortalidad por enfermedades no transmisibles, es decir, 17,9 millones de personas al año, seguidas de los cánceres (9,3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones) y la diabetes (2,0 millones, incluidas las muertes por enfermedad renal causadas por la diabetes). Estos cuatro grupos de enfermedades representan más del 80% de todas las muertes prematuras, además que conllevan los gastos más altos por mantenimiento (OMS, 2022).

## ENLACE ALTERNATIVO

<https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/decumanus/article/view/5918> (html)