

Pobreza y salud mental en las entidades federativas de México: relación basada en estadísticas de INEGI y CONEVAL



Poverty and Mental Health in Mexican states: Relationship based on statistics from INEGI and CONEVAL

Recibido: 01 de julio de 2024

Aceptado: 12 de noviembre de 2024

Pastora Melgar Manzanilla^a y Estefanía García Vega^b

^aORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8258-0138>

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Doctora en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM, correo electrónico: 861448@pcpuma.acatlan.unam.mx

^bORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6967-8075>

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Facultad de Estudios Superiores Acatlán, Universidad Nacional Autónoma de México.

Cómo citar

García, E., & Melgar Manzanilla, P. Pobreza y Salud Mental en las Entidades Federativas de México: Relación basada en Estadísticas de INEGI y CONEVAL. *Nomos: Procesalismo Estratégico*, 2(3). <https://doi.org/10.29105/nomos.v2i3.23>

RESUMEN

Este estudio examina la relación entre la pobreza y la salud mental en las entidades federativas de México, utilizando datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. A pesar de la suposición inicial de que niveles más altos de pobreza estarían correlacionados con una mayor prevalencia de problemas de salud mental, los hallazgos revelan que no existe una relación directa o consistente entre los índices de pobreza y diversas dimensiones de la salud mental, incluyendo la prevalencia de problemas y condición mental, ansiedad, depresión y tasas de suicidio. Los resultados indican que otros factores, como la urbanización, el acceso a servicios de salud mental, la cohesión social y las influencias culturales, entre otros podrían estar jugando un papel significativo en la determinación de los resultados de salud mental. Los resultados sugieren complejidad de la interacción entre las condiciones socioeconómicas y la salud mental, subrayando la necesidad de enfoques multifacéticos para abordar las disparidades en salud mental. En este sentido, las intervenciones políticas efectivas deben considerar diversos determinantes para salvaguardar mejor el derecho humano constitucional a la salud mental, enfocándose por ejemplo en mejorar los servicios de salud mental, reducir la pobreza y fortalecer las redes de apoyo social. Esta comprensión integral puede informar el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar los resultados de salud mental en diferentes regiones de México.

PALABRAS CLAVE: Pobreza, salud mental, determinantes sociales, derecho de acceso a la salud mental, factores culturales.

ABSTRACT

This study examines the relationship between poverty and mental health in Mexico's federal states, using statistical data from the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) and the National Council for the Evaluation of Social Development Policy (CONEVAL). Despite the initial assumption that higher levels of poverty would correlate with a greater prevalence of mental health issues, findings reveal no direct or consistent relationship between poverty levels and various dimensions of mental health, including the prevalence of mental conditions, anxiety, depression, and suicide rates. The results

indicate that other factors, such as urbanization, access to mental health services, social cohesion, and cultural influences, among others, may play a significant role in determining mental health outcomes. These findings suggest the complexity of the interaction between socioeconomic conditions and mental health, stressing the need for multifaceted approaches to address mental health disparities. In this context, effective policy interventions should consider diverse determinants to better safeguard the constitutional human right to mental health, focusing, for example, on improving mental health services, reducing poverty, and strengthening social support networks. This comprehensive understanding can inform the development of strategies aimed at improving mental health outcomes in different regions of Mexico.

KEYWORDS: Poverty, mental health, social determinants, right to mental health, cultural factors.

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la protección de la salud establecido constitucionalmente (CPEUM, Art. 4) incluye la salud mental y debe ser protegido integralmente (2a. LVIII/2019 (10a.)). El derecho a la protección de la salud, desde su configuración jurídica implica al menos, la obligación del Estado de crear las condiciones que aseguren a toda persona la asistencia y servicios médicos en casos de enfermedad (2a. LVIII/2019 (10a.)). Sin embargo, para que el derecho se garantice eficazmente, es necesario, no solo asegurar la prestación de servicios de salud mental o el suministro de medicamentos básicos necesarios para el tratamiento una vez que se identifique o determine que una persona tiene problemas de salud mental, sino también abordar los determinantes de la salud mental.

Los determinantes de la salud mental son factores que influyen en el estado mental y emocional de las personas y pueden ser de naturaleza biológica, psicológica, social y ambiental. Los determinantes biológicos incluyen factores genéticos y neuroquímicos que pueden predisponer a un individuo a desarrollar problemas mentales.

Los determinantes psicológicos se refieren a los factores individuales que afectan la salud mental, como las experiencias personales, los mecanismos de afrontamiento y las habilidades emocionales. Las experiencias traumáticas, como el abuso o la negligencia durante la infancia, pueden tener efectos duraderos en la salud mental (Wang & Rajwani, 2015). Así mismo, la baja autoestima, el pesimismo y la falta de habilidades para manejar el estrés pueden aumentar la vulnerabilidad a los problemas y condición mental.

Los determinantes sociales son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que moldean las condiciones de la vida diaria (OMS, 2020). Abarcan una amplia gama de factores que incluyen las condiciones socioeconómicas, el entorno familiar, la educación, el empleo y el apoyo social. La pobreza, el desempleo, la falta de acceso a la educación y la discriminación son ejemplos de determinantes sociales que pueden contribuir significativamente a problemas de salud mental. Un entorno familiar estable y el apoyo de amigos y comunidad pueden actuar como factores protectores, mitigando los efectos negativos de otros determinantes.

Los determinantes ambientales incluyen factores físicos y contextuales como el entorno de vida, la calidad de la vivienda y la exposición a violencia o desastres naturales. Vivir en un entorno seguro y saludable puede promover la salud mental, mientras que la exposición a ambientes peligrosos o caóticos pueden incrementar el riesgo de desarrollar problemas y condición mental (Solar & Irwin, 2010).

Es preciso subrayar, sin embargo, que estos determinantes no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí. Los problemas y condición mental son el resultado de la interacción entre genes, experiencias de vida y condiciones sociales entre otros (Fundación UNAM, 2019).

Respecto de los determinantes biológicos y algunos psicológicos, el acceso a servicios de salud mental y el suministro de medicamentos son cruciales para atacar gran parte del problema. Sin embargo, en el caso de los determinantes sociales, ambientales y algunos psicológicos, es necesario abordarlos para incidir de manera efectiva en el problema de salud mental.

Un determinante social importante que se ha relacionado con la salud mental es la pobreza. En muchos contextos, la pobreza puede no solo limitar el acceso a recursos esenciales,

sino que también puede afectar profundamente la salud mental de los individuos. Es por ello por lo que en este estudio se partió de la suposición de que las entidades federativas con mayores índices de pobreza presentarían una mayor incidencia de problemas de salud mental.

En tal sentido, el objetivo del trabajo fue analizar la relación entre pobreza y salud mental en las entidades federativas de México, mediante el análisis de datos estadísticos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre la prevalencia de problemas o condición mental, sentimientos de preocupación y nerviosismo, sentimientos de depresión, así como defunciones por suicidios, a fin de conocer si existen patrones de problemas de salud mental entre las entidades federativas más y menos pobres. Después de revisar los datos se concluyó que no hay una relación directa entre la prevalencia de pobreza y la prevalencia de problemas de salud y condición mentales en las entidades federativas mexicanas.

Se escogieron las variables de “problemas o condición mental”, “sentimientos de preocupación y nerviosismo”, “sentimientos de depresión” y “defunciones por suicidios” porque se cuentan con esos datos por parte del INEGI. Dicho organismo también cuenta con datos sobre anorexia y bulimia, sin embargo, los casos son pocos, por ello no se estudiaron. Por otra parte, se utilizaron datos de 2017 a 2020. Cuando no existían datos más recientes, se utilizaron datos de 2017. En ocasiones había datos más actuales que los de 2020, sin embargo, se utilizaron los datos de dicho año a fin de que los diferentes datos no correspondieran a años muy distanciados entre sí.

2. SOBRE LA POBREZA Y SALUD MENTAL

2.1 Evolución y multidimensionalidad del concepto de pobreza

La pobreza es un fenómeno complejo y multidimensional que se caracteriza por la carencia o ausencia de elementos esenciales para una vida digna. Históricamente, el concepto de pobreza ha experimentado transformaciones significativas. Inicialmente, se centraba en la

“privación fisiológica”, es decir, la falta de bienes materiales básicos. Sin embargo, con el tiempo, el enfoque se amplió para incluir la “privación social”, que abarca aspectos como la autonomía y la dignidad. Este cambio refleja una comprensión más integral de la pobreza, reconociendo que no se trata únicamente de la ausencia de recursos materiales, sino también de la falta de oportunidades y capacidades esenciales para el desarrollo humano (Shaffer, 2008).

Según Valente (2023), los principales elementos que permiten conceptualizar la pobreza incluyen la necesidad, el patrón de privaciones, la limitación de recursos, el nivel de vida, la desigualdad, la posición económica, la clase social, la dependencia, la carencia de seguridad básica, la ausencia de titularidades y la exclusión.

La ampliación del marco causal fue un avance crucial en la comprensión de la pobreza. Al incluir nuevas variables explicativas, se facilita la identificación de los factores que perpetúan la pobreza y se pueden diseñar políticas más efectivas y específicas. Por ejemplo, la inclusión de la desigualdad como un factor de pobreza reconoce que una distribución desigual de la riqueza puede generar y perpetuar la pobreza, incluso si los recursos totales en una sociedad son suficientes para satisfacer las necesidades básicas de todos sus miembros. La profundización del marco causal, que se enfoca en los flujos de personas que entran y salen de la pobreza, subraya la importancia de considerar la dinámica de la pobreza y no solo su estado estático.

Mendoza (2011) destaca que las representaciones de la pobreza y las categorías para nombrarla han evolucionado significativamente debido a los cambios en el modelo de desarrollo. A finales de los años ochenta, el enfoque de desarrollo integrado de medición de la pobreza introdujo una visión más holística, reconociendo la interconexión de las causas de la pobreza y la necesidad de abordarlas de manera coordinada. Este enfoque combina indicadores y procedimientos de los métodos de Líneas de Pobreza (LP) y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), lo que permite una evaluación más completa de la pobreza (Wratten, 1995).

Diversas instituciones han definido la pobreza desde diferentes perspectivas, reflejando esta evolución conceptual. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), por ejemplo, utiliza el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que

se basa en indicadores censales para determinar si los hogares satisfacen sus necesidades principales. Por su parte, el Banco Mundial define la pobreza como la imposibilidad de alcanzar un nivel mínimo de vida en términos de servicios esenciales como salud, agua potable y educación. Esta definición resalta la importancia de los servicios públicos y la infraestructura en la reducción de la pobreza (Bazán et al., 2011).

El enfoque de Amartya Sen, que define la pobreza como la ausencia de capacidades básicas que permiten a un individuo insertarse en la sociedad, añade una dimensión crucial al debate. Este enfoque subraya la importancia de las capacidades individuales y las oportunidades disponibles para que las personas desarrollen su potencial. De manera similar, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) describe la pobreza como la negación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable, destacando la importancia de la libertad y la capacidad de elegir (Bazán et al., 2011).

Además, instituciones como la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en México han aportado definiciones que enfatizan la privación de elementos necesarios para la vida humana y la exclusión de ciertos grupos del progreso económico. Estas perspectivas destacan la necesidad de abordar la pobreza como un fenómeno estructural, originado en patrones históricos de desarrollo que excluyen a ciertos grupos sociales.

En efecto, la pobreza es un fenómeno complejo y multifacético que requiere un enfoque multidimensional para su comprensión y tratamiento. La evolución del concepto de pobreza y las definiciones institucionales reflejan un avance significativo en la manera de abordar el problema, permitiendo el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y holísticas.

2.2 Sobre la salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus habilidades, puede lidiar satisfactoriamente con los eventos estresantes cotidianos, trabaja de forma productiva y fructífera, y es capaz de realizar contribuciones dentro de su comunidad (OMS, 2004, citada por Barragán, 2023, p. 7). Esta definición subraya la importancia de un equilibrio integral que incluye no solo

la ausencia de enfermedad, sino también la presencia de factores positivos que contribuyen al bienestar general.

“La salud mental no es simplemente la ausencia de problemas, sino el mantenimiento de diversos aspectos vitales que permiten un funcionamiento adecuado. Es un proceso multidimensional y un estado dinámico que se interrelaciona estrechamente con otros tipos de salud, como la física, social y espiritual” (Barragán, 2023, p. 7). Este enfoque multidimensional reconoce que la salud mental es parte integral de la salud física, destacando el equilibrio armónico entre las diferentes dimensiones que integran al organismo humano. Según Logan y Ganster (2005), la salud mental resulta del balance energético entre lo físico, psicológico, social y espiritual, lo cual da lugar a la percepción de bienestar y salud personal.

Un estado de salud mental óptima no solo implica la ausencia de síntomas negativos que conducen a una psicopatología, sino también la presencia de elementos positivos como la sensación de llevar una vida significativa y con propósito, y contar con vínculos sociales de calidad (Michalec et al., 2009). De esta manera, “la salud mental se diagnostica en función del bienestar emocional, psicológico y social, evaluado en términos de afecto positivo, felicidad, satisfacción con la vida, autoaceptación, crecimiento personal, propósito, dominio del entorno, autonomía y relaciones sociales” (Barragán, 2023, p. 8).

La psicología humanista aporta una visión enriquecida de la salud mental, identificando características esenciales en personas mentalmente sanas como la apertura a la experiencia, vivir cada momento plenamente, confiar en su propio organismo y la capacidad de hacer elecciones sin restricciones. Estas personas son creativas y adaptativas conforme cambian las condiciones ambientales (Acosta, 2004) y (Schult,2002). Pacheco (2005) añade que las personas mentalmente sanas están satisfechas consigo mismas, se sienten bien con los demás y son capaces de satisfacer las demandas de la vida (citado por Mebarak et al., 2009, p. 91).

La diversidad de enfoques y modelos de salud mental reflejan también, la complejidad del concepto. El modelo biopsicosocial, por ejemplo, integra factores biológicos, psicológicos y sociales, proporcionando una visión integral del bienestar. Este modelo es complementado por el modelo salutogénico, que se enfoca en los factores que promueven la salud y el

bienestar, y el modelo de resiliencia, que destaca la capacidad de adaptarse y recuperarse de la adversidad. En el campo de la psiquiatría, la salud mental se considera como un estado de equilibrio y adaptación activa que permite al individuo interactuar con su medio de manera creativa, promoviendo su crecimiento y bienestar, así como el de su entorno social. Este enfoque busca mejorar las condiciones de vida de la población conforme a sus particularidades (Vidal y Alarcón, 1986, citados por Carranza, 2003).

En psicología, la salud mental se entiende como un estado relativamente perdurable en el cual la persona está bien adaptada, disfruta de la vida y logra su autorrealización, constituyendo un estado positivo y no simplemente la ausencia de problemas y condición mental (Davini, et.al., 1968, citados por Carranza, 2003). La salud mental también implica cómo las personas armonizan sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con las demandas de la vida. Depende de cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo se relaciona con los demás y cómo responde a las exigencias cotidianas (Carranza, 2003). Este enfoque integral resalta la interconexión entre la salud mental y las actividades diarias y muestra la importancia de un equilibrio en la vida cotidiana.

2.3 Relación entre pobreza y salud mental desde la teoría

En la literatura existen estudios que han demostrado que las personas que viven en condiciones de pobreza son más susceptibles a experimentar problemas de salud mental. Por ejemplo, Knifton y Inglis (2020) encontraron que, en Escocia, las personas que viven en las áreas más desfavorecidas reportan niveles más altos de problemas de salud mental y niveles más bajos de bienestar que aquellas que viven en las áreas más prósperas. Por otra parte, Ridley et.al. (2020) señalan que investigaciones recientes han establecido una relación causal bidireccional entre la pobreza y la enfermedad mental. Patel et.al. (1999), en un estudio que abordó 5 diferentes países, encontraron que el género femenino, la baja educación y la pobreza se asociaron fuertemente con problemas y condición mental comunes.

Por otra parte, Reiss (2013) en su revisión sistemática encontró que las desigualdades socioeconómicas están fuertemente asociadas con problemas de salud mental en niños y

adolescentes. Los menores de familias con bajos ingresos y menor nivel educativo presentan una mayor prevalencia de problemas y condición mental, incluyendo ansiedad y depresión. Este estudio acentúa la importancia de abordar las desigualdades socioeconómicas como parte de las estrategias de prevención en salud mental.

De manera similar, Dohrenwend (2000) discute cómo las condiciones adversas de vida y el estrés crónico están directamente relacionados con la aparición de psicopatologías. El estudio resalta que el estrés prolongado, derivado de condiciones como la pobreza, el desempleo y la violencia, puede llevar a problemas y condición mental graves. La investigación también sugiere que intervenciones para reducir el estrés pueden ser efectivas en la prevención de estos problemas y condición mental.

Por otra parte, el estigma asociado con la pobreza también puede jugar un papel importante en exacerbar los problemas de salud mental. Inglis et.al. (2022) señalan que varios aspectos del estigma asociado a la pobreza están relacionados con la salud mental y el bienestar. Por lo tanto, el estigma de la pobreza representa una serie de mecanismos psicosociales a través de los cuales los ingresos bajos pueden afectar la salud mental.

También, se ha estudiado sobre el impacto de la pobreza desde la infancia. La pobreza durante la infancia, incluida la exposición a experiencias adversas, es un fuerte predictor de problemas de salud mental en la adultez. Los niños de hogares con bajos ingresos tienen una mayor prevalencia de experiencias adversas, como el abuso y la disfunción familiar, lo cual aumenta significativamente el riesgo de desarrollar problemas de salud mental en la adultez (Kessler et al., 2010). La intervención temprana y el apoyo a las familias vulnerables son cruciales para mitigar estos efectos a largo plazo.

Pernalet (2015) al reflexionar sobre la interconexión entre pobreza y salud, enfatiza la importancia de políticas que aborden estas cuestiones de manera simultánea para lograr mejoras significativas en la salud mental. Así, enfatizan la necesidad de considerar el impacto del estrés y las condiciones de vida adversas en la salud mental y la importancia de intervenir de manera integral.

Para abordar las disparidades en salud mental relacionadas con la pobreza, es crucial implementar políticas públicas que reduzcan las desigualdades socioeconómicas y mejoren el acceso a servicios de salud mental. No obstante, además de la pobreza, existen otros

determinantes de la salud mental. Almeida-Filho (2020) propone un enfoque integral que considere tanto los factores socioeconómicos como los de salud para abordar las desigualdades en salud mental. De manera similar, Miranda-Ruche (2018) enfatiza la necesidad de considerar factores estructurales como la pobreza, la desigualdad y la cohesión social en las intervenciones de salud mental. Propone además, que la cohesión social puede actuar como un factor protector contra los efectos negativos de la pobreza en la salud mental, sugiriendo que fortalecer las relaciones sociales y comunitarias puede mejorar significativamente los resultados en salud mental.

3. RELACIÓN ENTRE POBREZA Y SALUD MENTAL SEGÚN DATOS DE CONEVAL E INEGI

3.1 Situación de pobreza en México

La situación de pobreza en México es un tema crítico que afecta a millones de personas. Datos recientes proporcionados por el CONEVAL e INEGI revelan la persistencia de la pobreza, aunque con fluctuaciones significativas en los últimos años. En particular, la medición de la pobreza muestra cambios en los porcentajes de población en situación de pobreza moderada y extrema.

Tabla 1.

Porcentaje de población en situación de pobreza en México (años ,2018, 2020 y 2022)

	2018	2020	2022
Población en situación de pobreza moderada	34.9	35.4	29.3
Población en situación de pobreza extrema	7.0	8.5	7.1
Total de población en situación de pobreza	41.9	43.9	36.3

Nota: Adaptado de *Medición de la pobreza*, por CONEVAL, https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx

Los datos de CONEVAL muestran una disminución en el porcentaje de la población en situación de pobreza moderada y extrema entre 2020 y 2022. Esta reducción podría indicar una mejora en las condiciones económicas y sociales, posiblemente atribuible a políticas de desarrollo social o recuperación económica postpandemia. Sin embargo, la disminución en la pobreza extrema es menos pronunciada, lo que sugiere que los sectores más vulnerables continúan enfrentando desafíos significativos para salir de la pobreza severa. La variabilidad en estos porcentajes también puede reflejar fluctuaciones económicas y la eficacia de las intervenciones gubernamentales. Datos de CONEVAL también muestran el porcentaje de población en México con carencias específicas en acceso a servicios de salud y seguridad social.

Tabla 2.

Carencia por acceso a servicios de salud y a la seguridad social (años 2018, 2020, 2022)

	2018	2020	2022
Carencia por acceso a servicios de salud	16.2	28.2	39.1
Carencia por acceso a seguridad social	53.5	52.0	50.2

Nota: Adaptado de *Medición de la pobreza*, por CONEVAL, https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx

El notable aumento en la carencia por acceso a servicios de salud de 2018 a 2022 es alarmante, incrementando de 16.2% a 39.1%. Este incremento podría estar relacionado con la crisis sanitaria global provocada por la pandemia de COVID-19, que exacerbó las limitaciones en los servicios de salud. La ligera disminución en la carencia por acceso a seguridad social puede reflejar algunos esfuerzos para mejorar el acceso a beneficios sociales, pero el porcentaje sigue siendo alto, indicando que una gran parte de la población aún no tiene una protección social adecuada.

3.2. Diferencias en prevalencia de pobreza entre entidades federativas

La pobreza en México es un fenómeno que varía considerablemente entre las diferentes entidades federativas. Estas disparidades reflejan no solo las diferencias económicas

regionales, sino posiblemente también una variedad de factores históricos, sociales y políticos que han influido en el desarrollo y distribución de los recursos en el país. Mientras algunas entidades federativas han logrado avances significativos en la reducción de la pobreza, otras continúan enfrentando altos niveles de carencias.

Tabla 3.
Porcentaje de población en situación de pobreza (moderada y extrema)
por entidad federativa 2018

Entidad Federativa	Porcentaje de pobreza
Nuevo León	14.5
Baja California Sur	18.1
Coahuila	22.5
Baja California	23.3
Aguascalientes	26.2
Chihuahua	26.3
Quintana Roo	27.6
Querétaro	27.6
Sonora	28.2
Jalisco	28.4
Ciudad de México	30.6
Colima	30.9
Sinaloa	30.9
Nayarit	34.8
Tamaulipas	35.1
Durango	37.3
Yucatán	40.8
Estado de México	42.7
San Luis Potosí	43.4
Guanajuato	43.4
Hidalgo	43.8
Michoacán	46.0

Campeche	46.2
Zacatecas	46.8
Tlaxcala	48.4
Morelos	50.8
Tabasco	53.6
Puebla	58.9
Veracruz	61.8
Oaxaca	66.4
Guerrero	66.5
Chiapas	76.4
Estados Unidos Mexicanos	41.9

Nota: Adaptado de *Medición de la pobreza*, (2018), por CONEVAL, [https://](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx)

www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx

La disparidad en los porcentajes de pobreza entre las entidades federativas es notable. Estados como Nuevo León y Baja California Sur presentan los niveles más bajos de pobreza por debajo del 20%, mientras que estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca muestran los niveles más altos, superando el 60%. Esta desigualdad regional sugiere la existencia de factores estructurales y económicos que afectan de manera diferenciada a las regiones.

3.3 Pobreza y Salud mental en México: problemas o condición mental, sentimientos de preocupación y nerviosismo, sentimientos de depresión y suicidios

Para medir la salud mental de las personas mexicanas se utilizaron las dimensiones problemas o condición mental, sentimientos de preocupación y nerviosismo, sentimientos de depresión y suicidios, por entidad federativa. Se utilizaron datos del INEGI.

3.3.1. Problemas o condición mental en México por entidad federativa y pobreza

Los problemas o desórdenes mentales se refieren a cualquier condición caracterizada por disturbios cognitivos y emocionales, comportamientos anormales, o dificultades en el funcionamiento diario. Estas condiciones pueden incluir una combinación de factores fisiológicos, genéticos, químicos, sociales, y otros que no pueden ser explicados únicamente por circunstancias ambientales (APA Dictionary of Psychology, n.d. a)

El INEGI mide los problemas y condición mental a través de diversas encuestas nacionales, principalmente la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP). Estas encuestas recopilan información sobre la prevalencia de problemas y condición mental y otros problemas de salud mental en la población mexicana. Para el INEGI, los problemas o condiciones mentales se definen como un estado alterado de salud mental que puede ser congénito, resultado de una enfermedad, comportamiento, lesión o envejecimiento. Este estado afecta la capacidad de la persona para participar en actividades sociales y para interactuar adecuadamente en su contexto social. Se incluyen condiciones como el autismo, síndrome de Down, esquizofrenia y retraso mental (leve o grave), entre otros (INEGI, 2020).

Tabla 4.
Porcentaje de población con algún problemas o condición mental por entidad federativa (2020)

Entidad Federativa	Porcentaje
Nuevo León	1.19
Baja California Sur	1.30
Coahuila	1.11
Baja California	1.39
Aguascalientes	1.41
Chihuahua	1.31
Quintana Roo	1.09

Querétaro	1.22
Sonora	1.36
Jalisco	1.31
Ciudad de México	1.57
Colima	1.37
Sinaloa	1.35
Nayarit	1.34
Tamaulipas	1.31
Durango	1.22
Yucatán	1.46
Estado de México	1.20
San Luis Potosí	1.37
Guanajuato	1.20
Hidalgo	1.25
Michoacán	1.20
Campeche	1.32
Zacatecas	1.18
Tlaxcala	0.97
Morelos	1.24
Tabasco	1.26
Puebla	1.06
Veracruz	1.30
Oaxaca	1.18
Guerrero	1.32
Chiapas	0.96

Nota: Adaptado de *Población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental, por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 2020*, por INEGI, https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_01_29827fe7-b1cd-4bd2-81d6-9d08bda47df8&idrt=151&opc=t

Las entidades federativas con mayor prevalencia de problemas o condición mental son: Ciudad de México (1.57%); Yucatán (1.46%); Aguascalientes (1.41%); Baja California (1.39%), y Sinaloa (1.35%). Por otra parte, las entidades federativas con menor prevalencia de problemas o condición mental son: Chiapas (0.96%); Tlaxcala (0.97%); Puebla (1.06%); Quintana Roo (1.09%), y (Coahuila (1.11%).

No se advierte una relación clara y directa entre la pobreza y problemas o condición mentales en las entidades federativas de México. Por ejemplo, Chiapas, que tiene el mayor porcentaje de pobreza (76.4%), presenta una de las menores prevalencias de problemas de salud mental (0.96%). Por otro lado, la Ciudad de México, con un porcentaje de pobreza relativamente bajo (30.6%), tiene la mayor prevalencia de problemas y condición mental (1.57%).

Además, estados como Yucatán y Aguascalientes, que no están entre los más pobres, tienen una alta prevalencia de problemas o condición mental. En contraste, estados como Tlaxcala y Puebla, con porcentajes de pobreza relativamente altos, tienen bajas prevalencias de problemas y condición mental reportados. Los datos sugieren que la relación entre pobreza y prevalencia de problemas y condición mental no es lineal ni directa.

3.3.2. Sentimientos de preocupación y nerviosismo en México por entidad federativa y pobreza

La preocupación consiste en una serie de pensamientos recurrentes que no llegan a una solución satisfactoria y generan sensaciones de ansiedad. Ante una situación que provoca una emoción desagradable, surge un pensamiento negativo que desencadena una serie de pensamientos adicionales anticipando posibles consecuencias negativas (Centro Santiago Cid, 2021). Por otra parte, el nerviosismo es una reacción emocional ante situaciones que nos hacen sentir inseguros o bajo presión. Los síntomas del nerviosismo pueden incluir aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, temblores, sequedad bucal y sensación de incomodidad o malestar general. También puede haber síntomas cognitivos como dificultad para concentrarse o pensamientos acelerados. Generalmente, los síntomas son temporales y desaparecen una vez que la situación estresante ha pasado. No obstante, si el

nerviosismo se vuelve intenso o persistente, puede comenzar a afectar la calidad de vida de la persona (Psychiatrist, 2023).

INEGI captura los sentimientos de preocupación y nerviosismo a través de encuestas nacionales de salud (Encuesta Nacional de Hogares) que preguntan a los participantes sobre la frecuencia e intensidad de estos sentimientos.

Tabla 5.
Sentimientos de preocupación y nerviosismo por entidad federativa en integrantes del hogar de 7 años y más, 2017

Entidad Federativa	Sentimientos de Nerviosismo y preocupación
Nuevo León	21.5
Baja California Sur	46.8
Coahuila	59.4
Baja California	51.6
Aguascalientes	39.5
Chihuahua	59.6
Quintana Roo	53.8
Querétaro	13.9
Sonora	64.8
Jalisco	67.7
Ciudad de México	65.4
Colima	34.3
Sinaloa	56.7
Nayarit	27.5
Tamaulipas	60.7
Durango	49.0
Yucatán	-
Estado de México	58.5
San Luis Potosí	21.9
Guanajuato	63.8

Hidalgo	57.2
Michoacán	37.2
Campeche	47.4
Zacatecas	-
Tlaxcala	-
Morelos	57.9
Tabasco	59.9
Puebla	48.1
Veracruz	-
Oaxaca	31
Guerrero	47.5
Chiapas	39

Nota: Adaptado de *Integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa según sexo y sentimientos de preocupación o nerviosismo, 2014, 2015 y 2017* por INEGI, <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=75e81a14-8cfe-4660-8550-8b1f96ea5ead&idrt=148&opc=t>

No se cuentan con datos sobre sentimientos de preocupación y nerviosismo de las siguientes entidades federativas: Yucatán, Zacatecas, Tlaxcala y Veracruz. Las entidades federativas con mayor prevalencia de sentimientos de preocupación y nerviosismo son: Jalisco (67.7%); Ciudad de México (65.4%); Sonora (64.8%); Guanajuato (63.8%), y Tamaulipas (60.7%). Por otra parte, las entidades federativas con menor prevalencia de sentimientos de preocupación y nerviosismo son: Querétaro (13.9%); Nuevo León (21.5%); San Luis Potosí (21.9%); Nayarit (27.5%) y Colima (34.3%).

No se advierte una relación clara y directa entre la pobreza y la prevalencia de sentimientos de preocupación y nerviosismo en las entidades federativas de México. Por ejemplo, Jalisco, que tiene la mayor prevalencia de sentimientos de preocupación y nerviosismo (67.7%), no se encuentra entre las entidades con los más altos niveles de pobreza. En cambio, Chiapas, que es la entidad con el mayor porcentaje de pobreza (76.4%), tiene una de las menores prevalencias de preocupación y nerviosismo (39.0%). La Ciudad de México, por ejemplo, tiene una alta prevalencia de preocupación y

nerviosismo (65.4%) a pesar de no ser una de las entidades más pobres, lo que podría atribuirse a factores urbanos como el estrés relacionado con el ritmo de vida acelerado y la alta densidad poblacional. Por otro lado, Querétaro, con el menor porcentaje de sentimientos de preocupación y nerviosismo (13.9%), no se encuentra entre las entidades más ricas ni las más pobres, lo que indica que otros factores además de la pobreza pueden estar influyendo en los niveles de estrés y ansiedad en esta región.

3.3.3. Sentimientos de depresión en México por entidad federativa y pobreza

La depresión es cualquiera de los problemas y condición mental del estado de ánimo que se caracteriza por una persistente sensación de tristeza, el vacío o el estado de ánimo irritable (APA Dictionary of Psychology, n.d. b).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mide los sentimientos de depresión a través de encuestas nacionales de salud mental (Encuesta Nacional de Hogares). Estas encuestas evalúan la prevalencia de síntomas depresivos en la población mediante cuestionarios que preguntan sobre la frecuencia y duración de estos sentimientos. Para el INEGI, los sentimientos de depresión comprenden los episodios depresivos moderados, graves sin síntomas psicóticos y no especificados. El Instituto toma como base las enfermedades correspondientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª. Revisión (CIE-10).

Tabla 6.
Sentimientos de depresión por entidad federativa en integrantes del hogar de 7 años y más, 2017

Entidad Federativa	Sentimientos Depresión
Nuevo León	33.4
Baja California Sur	21.2
Coahuila	22.9
Baja California	21.2
Aguascalientes	20.2
Chihuahua	22.9

Quintana Roo	12.0
Querétaro	22.5
Sonora	36.2
Jalisco	22.5
Ciudad de México	35.1
Colima	30.1
Sinaloa	25.1
Nayarit	24.2
Tamaulipas	33.3
Durango	41.8
Yucatán	28.0
Estado de México	24.7
San Luis Potosí	36.2
Guanajuato	20.8
Hidalgo	36.1
Michoacán	43.9
Campeche	31.3
Zacatecas	31.6
Tlaxcala	44.5
Morelos	33.9
Tabasco	19.3
Puebla	35.7
Veracruz	43
Oaxaca	29
Guerrero	40.8
Chiapas	26.6

Nota: Adaptado de *Integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa según sexo y sentimientos de preocupación o nerviosismo, 2014, 2015 y 2017* por INEGI, <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=75e81a14-8cfe-4660-8550-8b1f96ea5ead&idrt=148&opc=t>

Las entidades federativas con mayor prevalencia de depresión son: Tlaxcala (44.5%); Michoacán (43.9%); Veracruz (43.0%); Durango (41.8%), y Guerrero (40.8%). Por otra parte, las entidades federativas con menor prevalencia de depresión son: Quintana Roo (12.0%); Tabasco (19.3%); Aguascalientes (20.2%); Baja California (21.2%), y Baja California Sur (21.2%).

Las entidades federativas con mayor prevalencia de sentimientos de depresión no necesariamente coinciden con las entidades más pobres. Por ejemplo, Tlaxcala, que tiene la mayor prevalencia de sentimientos de depresión (44.5%), no está entre las entidades con los más altos niveles de pobreza. Similarmente, Michoacán, con una alta prevalencia de depresión (43.9%), tiene un nivel de pobreza elevado (46.0%).

Por otro lado, Quintana Roo, que tiene la menor prevalencia de sentimientos de depresión (12.0%), no es una de las entidades más ricas ni más pobres. Esta situación sugiere que factores adicionales a la pobreza pueden estar influyendo en los niveles de depresión en estas regiones.

Es interesante notar que algunos estados con alta prevalencia de sentimientos de depresión, como Michoacán y Veracruz, también tienen altos niveles de pobreza. Sin embargo, esta relación no es consistente en todas las entidades. Por ejemplo, Durango y Guerrero también tienen altos niveles de depresión, pero no se encuentran entre los estados más pobres de México.

3.3.4. Defunciones por suicidio y pobreza

El suicidio es la muerte causada por autolesiones intencionales. Es un comportamiento complejo influenciado por múltiples factores, incluidos los problemas y condición mental, el abuso de sustancias, situaciones de crisis y problemas de salud física (APA Dictionary of Psychology, n.d. c).

En México, las defunciones por suicidio se registran en las estadísticas vitales de INEGI basadas en los certificados de defunción, donde se clasifica la causa de muerte como autoinfligida intencionalmente. INEGI recopila y publica estos datos anualmente, proporcionando información sobre la distribución por edad, sexo y entidad federativa.

Tabla 7.
Suicidios por 10000 habitantes por entidad federativa (2020)

Entidad Federativa	Defunciones por suicidio	Suicidios por 10000 habitantes
Nuevo León	251	0.61
Baja California Sur	67	0.84
Coahuila	273	0.07
Baja California	97	0.26
Aguascalientes	181	1.27
Chihuahua	541	1.45
Quintana Roo	176	0.95
Querétaro	200	0.84
Sonora	304	1.03
Jalisco	655	0.78
Ciudad de México	450	0.49
Colima	50	0.68
Sinaloa	115	0.38
Nayarit	91	0.74
Tamaulipas	164	0.46
Durango	115	0.63
Yucatán	243	1.05
Estado de México	832	0.49
San Luis Potosí	256	0.91
Guanajuato	501	0.81
Hidalgo	132	0.43
Michoacán	375	0.79
Campeche	70	0.75
Zacatecas	126	0.78
Tlaxcala	52	0.39
Morelos	106	0.54

Tabasco	115	0.48
Puebla	336	0.51
Veracruz	289	0.36
Oaxaca	214	0.52
Guerrero	47	0.13
Chiapas	203	0.37

Nota: Adaptado de *Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2022*, por INEGI, https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_07_f6061818-d620-4269-adbb-d4376cc22c0d y *Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, serie de años censales de 1990 a 2020*, por INEGI, https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b

Las entidades federativas con mayor prevalencia de suicidios por 10,000 habitantes son: Chihuahua (1.45); Aguascalientes (1.27); Yucatán (1.05); Sonora (1.03), y Quintana Roo (0.95). Por otra parte, las entidades federativas con menor prevalencia de suicidios (por 10,000 habitantes) son: Guerrero (0.13); Baja California (0.26); Veracruz (0.36); Chiapas (0.37); Tlaxcala (0.39).

Al analizar los datos de suicidios por 10,000 habitantes en 2020, se observa que las entidades con los mayores índices de suicidios no coinciden necesariamente con las entidades más pobres. En una comparación con los niveles de pobreza de las entidades federativas se encontró que:

- Chihuahua, con el mayor índice de suicidios (1.45 por 10,000 habitantes), no se encuentra entre las entidades más pobres de México. Su nivel de pobreza es relativamente alto, pero no el más extremo.
- Aguascalientes y Yucatán, con índices de suicidio de 1.27 y 1.05 por 10,000 habitantes respectivamente, tampoco están entre las entidades más pobres. Esto indica que factores adicionales a la pobreza están influyendo en los niveles de suicidio.
- En contraste, Chiapas, que tiene el mayor porcentaje de pobreza (76.4%), tiene uno de los menores índices de suicidio (0.37 por 10,000 habitantes).

Estos datos sugieren que la pobreza no es el único factor determinante en la prevalencia de suicidios. También destacan los siguientes ejemplos:

- Guerrero, con el índice de suicidio más bajo (0.13 por 10,000 habitantes), es una de las entidades con altos niveles de pobreza (66.5%). Esto podría sugerir un fuerte apoyo comunitario o diferencias culturales en la percepción y reporte de suicidios.
- Ciudad de México y Estado de México, con índices moderados de suicidio (0.49 por 10,000 habitantes cada uno), presentan una combinación de urbanización, estrés urbano y servicios de salud mental variados.

Los datos indican que no hay una correlación directa y consistente entre los niveles de pobreza y la prevalencia de suicidios en las entidades federativas de México.

4. COMPLEJIDAD DE LA RELACIÓN ENTRE POBREZA Y SALUD MENTAL EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DE MÉXICO

El análisis de los datos de INEGI sugiere que no existe una relación directa entre la pobreza y la salud mental en México, o con algunas de las distintas dimensiones (problemas y condición mental, sentimientos de preocupación y nerviosismo, depresión y defunciones por suicidio). En ningún caso, las entidades federativas con mayores índices de pobreza muestran consistentemente mayores prevalencias de problemas de salud mental, lo que indica la influencia de otros factores que van más allá de la pobreza.

En el caso de los problemas y condición mental, se observa que la Ciudad de México, una de las entidades con mejor infraestructura de salud y mayor conciencia sobre los problemas de salud mental, presenta una alta prevalencia de estos problemas y condición mental. Esto sugiere que la urbanización y la disponibilidad de servicios de salud mental pueden llevar a una mayor visibilidad y diagnóstico de estas condiciones. Por otro lado, estados como Yucatán y Aguascalientes, que no están entre los más pobres, también muestran altas prevalencias de problemas y condición mental, lo que podría deberse a factores específicos locales o culturales que afectan la salud mental.

Los sentimientos de depresión tampoco muestran una correlación directa con los niveles de pobreza. Por ejemplo, Yucatán, con una prevalencia del 28.0% de sentimientos de depresión, no está entre las entidades más pobres, mientras que Chiapas, que tiene el mayor porcentaje de pobreza (76.4%), muestra una menor prevalencia de sentimientos de depresión (26.6%). Esto indica que otros factores, como el acceso a servicios de salud mental, la cohesión social y factores culturales, pueden desempeñar un papel significativo en la prevalencia de depresión.

Los sentimientos de preocupación y nerviosismo presentan un patrón similar. Estados como Jalisco y Ciudad de México, con altas prevalencias de estos sentimientos, no se encuentran entre los más pobres, lo que sugiere que la urbanización y el estrés relacionado con el ritmo de vida acelerado y la alta densidad poblacional pueden influir significativamente en la prevalencia de estos sentimientos. En contraste, Querétaro, con el menor porcentaje de sentimientos de preocupación y nerviosismo, no se encuentra entre las entidades más ricas ni las más pobres, lo que subraya la influencia de otros factores además de la pobreza.

En cuanto a las defunciones por suicidio, el análisis revela patrones complejos y variados. Chihuahua, con una alta prevalencia de suicidios, no se encuentra entre las entidades más pobres, mientras que Guerrero, una de las entidades más pobres, muestra una de las tasas de suicidio más bajas. Estos resultados sugieren que factores adicionales como el acceso a servicios de salud mental, la cohesión social y factores culturales pueden influir significativamente en las tasas de suicidio.

Los resultados implican que para abordar eficazmente los problemas de salud mental y prevenir el suicidio, es crucial considerar una variedad de factores más allá de la pobreza. El acceso a servicios de salud mental es fundamental; con ello el Estado cumple su obligación constitucional, al menos desde la perspectiva del contenido mínimo del derecho humano establecido en la Constitución. En tal sentido, las entidades con mejor infraestructura y servicios pueden detectar y tratar problemas antes de que se agraven.

Pero, para una protección eficaz de la salud mental de las personas en México, es importante identificar y atacar todos los determinantes que contribuyen al deterioro de la salud mental, mismos que pueden diferir regionalmente.

La pobreza es un factor importante, por tanto, disminuir la pobreza contribuye a mejorar la salud mental. No obstante, otros factores como, la urbanización y el estilo de vida en las zonas urbanas, con su ritmo acelerado y mayor estrés, podrían estar contribuyendo a mayores tasas de problemas de salud mental. Así mismo, la cohesión social también juega un papel crucial. Las comunidades con fuertes redes de apoyo pueden tener menores tasas de suicidio, incluso si son más pobres.

Esta cohesión social puede actuar como un factor protector, mitigando los efectos negativos de la pobreza en la salud mental. Thoits (2011) analiza cómo los lazos y el apoyo sociales están vinculados a la salud física y mental. El estudio muestra que las redes de apoyo social pueden actuar como un amortiguador contra el estrés y reducir el riesgo de problemas y condición mental. Además, se destaca la importancia de las relaciones interpersonales positivas para el bienestar emocional y psicológico.

Por último, los factores culturales y regionales influyen significativamente en la salud mental. Las actitudes hacia la salud mental y el estigma asociado varían entre regiones, afectando la prevalencia de suicidios y otros problemas de salud mental.

5. CONCLUSIÓN

Este trabajo que para su desarrollo ha abordado conceptos complejos como la salud, su derivación en salud mental y la pobreza, permite comprender que se está en presencia de conceptos que no pueden ser interpretados o comprendidos a partir de una sola y única definición. Sin embargo, dada la evolución que han tenido en su definición y el hecho de poder reflejarse en diversos aspectos en torno a la vida humana, son coincidentes en la multidimensionalidad como característica atribuible a dichos conceptos.

Los resultados de este estudio permitieron alcanzar el objetivo planteado al analizar la relación entre pobreza y salud mental en las entidades federativas de México. Al revisar los datos de INEGI y CONEVAL, se pudo concluir que no existe una relación directa y consistente entre los índices de pobreza y las diferentes dimensiones de salud mental analizadas: prevalencia de problemas y condición mental, sentimientos de preocupación y nerviosismo, sentimientos de depresión y defunciones por suicidio.

Esta conclusión indica que, aunque la pobreza es un factor significativo, no es el único determinante de la salud mental en las distintas regiones del país, quizá tampoco la más importante.

Respecto a la hipótesis inicial de que las entidades federativas con mayores índices de pobreza presentarían una mayor incidencia de problemas de salud mental, los resultados no la respaldan de manera uniforme. Por ejemplo, entidades como Chiapas, con altos niveles de pobreza, no muestran una prevalencia proporcionalmente alta de problemas de salud mental. Al contrario, algunas entidades menos pobres como la Ciudad de México presentan altas prevalencias de problemas mentales. Esto sugiere que otros factores, como el acceso a servicios de salud, la urbanización, la cohesión social y los factores culturales, desempeñan un papel crucial en la determinación de la salud mental. De ahí que la hipótesis no se confirmara plenamente, pues los datos revelan una relación más compleja y no lineal entre pobreza y salud mental.

Finalmente, para mejorar la salud mental en México, es esencial abordar no solo la pobreza, sino también otros determinantes sociales y ambientales que influyen en el bienestar mental de la población. Esta comprensión más profunda permitirá diseñar políticas e intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de cada región y, en tal sentido, poder proteger y garantizar de mejor manera el derecho humano a la salud en su vertiente de salud mental.

TRABAJOS CITADOS:

Acosta, O. (2004). Salud mental y psicología. *Informes psicológicos*, 6, 57-63.

Almeida-Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751. <https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2751/>

American Psychological Association. (n.d.). Depressive disorder.. En *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/depressive-disorder>

American Psychological Association. (n.d.). Mental disorder. En *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/mental-disorder>

- American Psychological Association. (n.d.). Suicide. En *APA Dictionary of Psychology*.
<https://dictionary.apa.org/suicide>
- Barragán, A. R. (2023). Bienestar, salud mental óptima y florecimiento: esclareciendo y diferenciando conceptos complejos. *Liberabit*, 29(2), e680. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272023000200001
- Bazán Ojeda, A., Quintero Soto, M. L., & Hernández Espitia, A. L. (2011). EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE POBREZA Y EL ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL PARA SU ESTUDIO. *Quivera. Revista de Estudios Territoriales*, 13(1), 207-219.
- Carrazana, Valeria. (2003). EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 1(1), 1-19. Recuperado en 19 de junio de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es.
- Centro Santiago Cid. (2021). “¿Qué son las preocupaciones? ¿Cómo dejar de preocuparse por todo?”.
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.130407>
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 1-19. <https://doi.org/10.2307/2676357>
- Fundación UNAM. (2019). ¿Qué factores afectan la salud mental? <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/que-factores-afectan-la-salud-mental/>
- INEGI. Tabulados Interactivos-Genéricos, https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_05_101eeb31-ab5d-4238-899b-47a8d85786cc
- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_01_29827fe7-b1cd-4bd2-81d6-9d08bda47df8&idrt=151&opc=t
- Inglis, G., Jenkins, P., McHardy, F., Sosu, E., & Wilson, C. (2022). Poverty stigma, mental health, and well-being: A rapid review and synthesis of quantitative and qualitative

- research. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. <https://doi.org/10.1002/casp.2677>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(5), 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Knifton, L., & Inglis, G. (2020). Poverty and mental health: Policy, practice and research implications. *BJPsych Bulletin*, *44*(5), 193-196. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.78>
- Logan, M. S., & Ganster, D. C. (2005). An Experimental Evaluation of a Control Intervention to Alleviate Job- Related Stress. *Journal of Management*, *31*(1), 90-107. <https://doi.org/10.1177/0149206304271383>
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. D., & Quintero, M. F. (2009). SALUD MENTAL: UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. *Psicología desde el Caribe*, *(23)*, 83-112.
- Mendoza Enríquez, H. (2011). El concepto de pobreza y su evolución en la política social del gobierno mexicano. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, *19*(37), 221-251. Recuperado en 19 de junio de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572011000100009&lng=es&tlng=es
- Michalec, B., Keyes, C. L. M, & Nalkur, S. (2009). Flourishing. En S. J. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 391-394). Wiley Blackwell.
- Miranda-Ruche, X. (2018). Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, *8*(14), 108–124. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.6377>
- Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, *49*(11), 1461-1471. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00208-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00208-7)
- Pernaletе, R. M. E. (2015). Una reflexión acerca de la pobreza y la salud. *Salud de los Trabajadores*, *23*(1), 59-61.

- Psychiatrist. (2023). “Nerviosismo vs. Ansiedad: ¿Cuál es la diferencia?” <https://mypsychiatrist.com/es/blog/nervousness-vs-anxiety-whats-the-difference/>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522). <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Schultz, D. & Schultz, S. (2002). Teorías de la personalidad. (7a. ed). México: Thomson Editores
- Shaffer, P. (2008). New thinking on poverty: implications for globalization and poverty reduction strategies. (Working paper n° 65). Nueva York: ONU-Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Solar, O., & Irwin. A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization https://www.who.int/sdhconference/resources/Conceptual-frameworkforactiononSDH_eng.pdf
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Valente, X. (2023). La Pobreza en Venezuela: Conceptos, Medidas Y Políticas De Los Enfoques Tradicionales. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 29(1), 09-42.
- Wang, V., & Rajwani, J. (2015). Determinants of mental health. In *MonWHO Theme Guide 2015 Mental Health* (pp. 31-34). https://www.researchgate.net/publication/282399773_Determinants_of_Mental_Health
- WHO. (2022). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11).

- Woodward, A., & Blakely, T. (2001). Poverty, inequality and health: An international perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 685. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/268384>
- World Health Organization. (2020). Social determinants of health. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Wratten, E. (1995) Conceptualizing urban poverty. Sage publications. United Kingdom.