



Revista Salud Pública y Nutrición

LA DEPRESIÓN, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA DE LAS MUJERES EN CHIAPAS.

DEPRESSION, A PUBLIC HEALTH PROBLEM OF WOMEN IN CHIAPAS.

Jonapá Carrillo Víctor Hugo*, Rivas Bocanegra María Georgina*; Durán García Rosa Margarita*; Ruíz Balbuena Fernando*.

* Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Citation: Jonapá Carrillo VH., Rivas Bocanegra MG., Durán García R M., Ruíz Balbuena F. (2020) La depresión, un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 19 (2), 19-25.

Editor: Esteban G. Ramos Peña, Dr. CS., Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Monterrey Nuevo León, México.

Copyright: ©2020 Jonapá Carrillo VH., et al. This is an open-access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License [CC BY 4.0], which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

DOI: <https://doi.org/10.29105/respyn19.2-3>

Recibido: 19 de febrero 2020; **Aceptado:** 22 de junio 2020

Email: georgina.rivas@unicach.mx

LA DEPRESIÓN, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA DE LAS MUJERES EN CHIAPAS.

Jonapá Carrillo Víctor Hugo*, Rivas Bocanegra María Georgina*; Durán García Rosa Margarita*; Ruíz Balbuena Fernando*.

* Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH), Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

RESUMEN

Introducción: La depresión es una patología difícil de reconocer que se ha convertido en un problema de salud pública, sobre todo en las mujeres. **Objetivo:** se determinó la prevalencia de depresión y su severidad, según variables sociodemográficas, en un grupo de mujeres en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. **Material y Método:** Mediante un diseño transversal se identificó la prevalencia de depresión y su severidad en una muestra de 113 mujeres. **Resultados:** La prevalencia fue de 33.2% (n=38) mientras que el mayor porcentaje lo ocupó la depresión grave (n=20), con el 52.63%; seguida por la depresión moderada (n=14) con el 36.84%. **Conclusiones:** la depresión es un problema de salud pública para las mujeres en Chiapas. Se requieren estudios adicionales para evaluar la magnitud de este trastorno en las diferentes regiones del estado. **Palabras Clave:** Depresión, mujeres.

ABSTRACT

Introduction: It's difficult to recognize depression; nowadays a public health problem mostly in women. **Objective:** this paper presents the prevalence of depression and its severity in a non-random sample of 113 women of Tuxtla Gutierrez, Chiapas. **Material and method:** the research was a descriptive study with a transversal design. **Results:** The prevalence of depression of the sample was 33.2% (n=38), of them 52.6% (n=20) presented serious depression, followed by 36.84% (n=14), with moderate depression. **Conclusions:** Depression is a public health issue for women in Chiapas. Additional studies are required to asses it's magnitude at different regions of Chiapas. **Key words:** Depression, women.

Introducción

La depresión, es una alteración del estado de ánimo que repercute en el sentido de la vida, y en el que predominan síntomas afectivos como sentimientos de soledad, de culpa, de desesperanza, de irritabilidad, de impotencia frente a las exigencias de la vida, de desinterés frente a situaciones que antes importaban; con presencia de síntomas cognitivos como incapacidad para concentrarse, disminución de la memoria, retardo psicomotor y pensamientos de muerte, que implican a la voluntad y que por lo tanto conllevan a la apatía frente a las labores cotidianas; además de síntomas somáticos como cefaleas, cansancio, alteraciones del sueño y del apetito, así como dolor en diversas partes del cuerpo sin una causa plenamente diagnosticada y con algún compromiso inmunológico (Secretaría de Salud, 2015). Identificar la depresión sin embargo no es tarea sencilla pues el problema pasa desapercibido para los afectados, sus familiares y aún para el mismo personal de salud.

Ya desde la información del 2000, se preveía que la depresión llegaría a ser una de las principales causas de discapacidad para el 2030 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008); y su relevancia es tal, que la salud mental y la prevención del suicidio se han incluido en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2017a).

De acuerdo con el documento acerca de la Carga de los Trastornos Mentales en la Región de Las Américas, 2018, de la OPS y la OMS (2018), “a nivel mundial, en el 2015, las enfermedades no transmisibles representaron el 60% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), de los cuales 12% correspondieron a los trastornos mentales, trastornos neurológicos específicos y por consumo de sustancias, así como al suicidio” (p. 5).

En la región de las Américas, las enfermedades no transmisibles representaron hasta un 78% del total de AVAD y dentro de éste porcentaje los trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias y el suicidio, representaron el 19%; distribuyéndose el 59% restante en enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteomusculares y otras enfermedades crónicas. A las enfermedades transmisibles y materno infantiles les correspondió

una cifra menor, 12% y a las lesiones 10%. Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio, con casi una quinta parte, constituyeron el subgrupo más grande en el total de los AVAD, indicador que incluye a la mortalidad y a la discapacidad. La depresión fue la principal entidad en dicho subgrupo que incluye 18 patologías (OMS y OPS, 2018).

De acuerdo sólo con el indicador APD que no incluye a la mortalidad pero que da cuenta de la magnitud de la discapacidad, los trastornos mencionados representaron el 34% en la región de las Américas; y en México la cifra del 33.5% (Brasil 36.5% y Haití 28.2%), siendo la depresión el principal problema (OMS y OPS, 2018).

En nuestro país según “Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados, por Entidad Federativa, Casos Seleccionados, Período y Sexo”, del INEGI, el trastorno depresivo ha aumentado progresivamente con una tasa de 58.13 en 2014, 79.77 en el 2015, 84.76 en el 2016 y 99.69 en el 2017. Entidades con contextos de violencia como Chihuahua, Durango y Ciudad de México la aumentaron en el período del 2014 al 2017, de 135.71 a 268.82, de 135.22 a 250.26 y de 148.91 a 203.51, en los años respectivos. En el estado de Chiapas, las tasas para casos nuevos de depresión también fueron en ascenso, si bien en niveles mucho menores: 27.4 en el 2014; 22.5 en el 2015, 24.44 en el 2016 y de 32.59 en el 2017 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019a), lo que parecería sugerir que la depresión no sería un problema prioritario en esta entidad del sureste.

Sin embargo, son las mujeres en el mundo quienes más viven con depresión en todas las regiones del mundo y en todas las edades (OMS y OPS, 2017b). Así se constata también en México, de acuerdo con la “Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados por Entidad Federativa, Casos Seleccionados, Período y sexo”, exclusivamente para dicho trastorno, pues la tasa fue de 27.12 en los hombres y de 87.71 en las mujeres en el 2014, de 38.98 en los hombres frente a 118.63 en las mujeres en el 2015, de 42.4 en los hombres frente a 125.1 de las mujeres en el 2016 y 53.42 en los hombres hasta 143.73 en las mujeres en el 2017, que muestra a nivel

nacional, a lo largo del período señalado, el incremento del problema para ellas (INEGI, 2019a)

Lo anterior se repite para todos los estados, tengan altos o bajos niveles con respecto a esta patología, como es el caso de Chiapas, que según la información de “Integrantes del hogar de 7 años y más por Entidad Federativa, Período, Sexo y Condición de sentimientos de depresión” entre sexos registra: 27.8% hombres y 33.8% mujeres en el 2014, 18.6% hombres y 24.4% mujeres en el 2015 y finalmente 22.8% hombres y 30.1% mujeres en el 2017 (INEGI, 2018). En esta entidad se registró una tasa de 8.42 en los hombres frente a una tasa de 45.65 en las mujeres en 2014, de 8.47 en los hombres frente a 35.5 en las mujeres en el 2015, de 12.52 en los hombres frente a 37.84 en las mujeres en el 2016 y de 17.31 en los hombres frente a 47.23 en las mujeres en el 2017, (INEGI, 2019a); lo que muestra en todos los años como el problema va en aumento y que son éstas quienes se ven más aquejadas. Dicho trastorno puede ser sumamente discapacitante y aún llevar al suicidio (OPS y OMS 2018), solución terminal que en México paradójicamente es más frecuente en los hombres, de acuerdo con datos del INEGI cuando se evalúa la serie del 2010 al 2017 (INEGI, 2019b).

El objetivo de este trabajo fue, por lo tanto, visibilizar la magnitud de la depresión y su severidad, en un grupo particular de mujeres en la capital del estado de Chiapas; problema que afecta la calidad de vida de quienes lo sufren, con posibles repercusiones en su salud general.

Material y Método

Se realizó un estudio de diseño transversal, la población objeto de estudio estuvo conformada por 700 mujeres integrantes de una asociación civil, que facilita microcréditos a persona emprendedoras en diversas sedes de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Mediante técnica de muestreo por conveniencia, fueron incluidas en el estudio 113 mujeres que provenían de diversas zonas de la ciudad, atendidas en una brigada para profilaxis dental, integrada por estudiantes de la Facultad de Ciencias odontológicas y Salud pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Se elaboró un primer instrumento para la recolección de las variables sociodemográficas de interés (edad, condición de unión, alfabetismo, escolaridad y ocupación) y un segundo, para identificar la depresión y su grado de severidad. Este último, se elaboró a partir de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto, actualizada al 2015, de la Secretaría de Salud (2015), con preguntas que recogen la evidencia de la revisión sistemática de la literatura de guías internacionales, meta análisis, ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales y con criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS); que también, toma en cuenta el Inventario de Depresión de Beck.

Ambos instrumentos, previa validación y una vez obtenido el consentimiento informado por escrito de las mujeres participantes, fueron aplicados por el autor principal de la investigación y estudiantes del décimo semestre de odontología (previa capacitación para homogenizar los criterios de la recolección de la información). El segundo instrumento se aplicó en dos partes; la primera, para identificar la presencia de depresión y la segunda, para evaluar el grado de severidad de quienes la presentaban. La recolección de la información, se realizó en el periodo de tiempo comprendido del 23 de marzo al 16 de noviembre de 2019.

Una vez recolectada la información, se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 23; inicialmente se realizó un análisis descriptivo univariado, calculándose porcentajes, intervalos de confianza al 95% (IC 95%), promedios y desviación estándar (DE). Posteriormente se realizó un análisis bivariado, utilizando el estadístico chi-cuadrado (χ^2), con el objetivo de medir el grado de relación entre las variables cualitativas (variables sociodemográficas y la presencia de depresión).

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 113 mujeres de 15 a 70 años de edad, el promedio de edad fue de 40 años \pm 12.9 (DE); el grupo etario más numeroso estuvo representado por las mujeres de 15 a 40 años, 62 (54.9%). Respecto a las características sociodemográficas, 98 sabían leer y escribir (86.7%), 68 tenían educación básica (60.2%), 81 refirieron tener pareja (71.7%) y 58, se dedicaban a las actividades del hogar (51.3%); ver tabla 1.

Asimismo, de las 113 mujeres estudiadas, 38 presentaron depresión, representando una prevalencia del 33.6% (IC 95%; 24.9-42.3). Por otra parte, al analizar el grado de relación entre la presencia de este problema de salud y diversas variables sociodemográficas, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ellas; cabe destacar, que la depresión se presentó en un porcentaje ligeramente mayor, en las mujeres de 15 a 40 años (35.5%; valor $p=0.645$); en aquellas que tenían educación media y superior (35.1%; valor $p=0.858$); en las que dijeron vivir con una pareja (35.8%; valor $p=0.436$) y en las que refirieron tener una actividad remunerada fuera de casa (36.4%; valor $p=0.549$); ver tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de depresión, según variables sociodemográficas

Variables	* n (%)	Depresión	
		NO n (%)	SI n (%)
Grupo de edad			
15-40 años	62 (54.9)	40 (64.5)	22 (35.5)
41-70 años	51 (45.1)	35 (68.6)	16 (31.4)
Sabe leer y escribir			
Si	98 (86.7)	65 (66.32)	33 (33.67)
No	15 (13.3)	10 (66.66)	5 (33.33)
Escolaridad			
Sin escolaridad	8 (7.1)	6 (75.0)	2 (25.0)
Educación básica	68 (60.2)	45 (66.2)	23 (33.8)
Educación media y superior	37 (32.7)	24 (64.9)	13 (35.1)
Vida en pareja			
Sin pareja	32 (28.3)	23 (71.9)	9 (28.1)
Con pareja	81 (71.7)	52 (64.2)	29 (35.8)
Ocupación			
Ama de casa	58 (51.3)	40 (69.0)	18 (31.0)
Comercio y otros	55 (48.7)	35 (63.6)	20 (36.4)

*n=113

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la evaluación de la severidad de la depresión, la mayor parte de las mujeres, cursaban con una depresión severa, 20 (52.6%), seguida por las que presentaban depresión moderada, 14 (36.8%) y únicamente 4, se les evaluó como depresión leve (10.5%).

Por otro lado, se evaluó el grado de severidad de la depresión, según las diferentes variables sociodemográficas; en este sentido, se constató que presentaban depresión severa: el 54.5% de las mujeres de 15 a 40 años, el 86.7% de aquellas que refirieron no saber leer y escribir, el 65.2% de las

mujeres que cursaban con educación básica, el 66.7% de las que vivían con una pareja y el 61.1% que refirió dedicarse a las actividades del hogar (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual del grado de severidad de la depresión según de las mujeres variables sociodemográficas

Variables	*n	Depresión		
		Leve n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)
Grupo de edad				
15-40 años	22	2 (9.1)	8 (36.4)	
41-70 años	16	2 (12.5)	6 (37.5)	8 (50.0)
Sabe leer y escribir				
Si	33	4 (12.1)	13 (39.4)	16 (48.5)
No	15	0	2 (13.3)	13 (86.7)
Escolaridad				
Sin escolaridad	2	1 (50.0)	0	1 (50.0)
Educación básica	23	1 (4.3)	7 (30.4)	15 (65.2)
Educación media y superior	13	2 (15.4)	7 (53.8)	4 (30.8)
Vida en pareja				
Sin pareja	9	1 (11.1)	2 (22.2)	6 (66.7)
Con pareja	29	3 (10.3)	12 (41.4)	14 (48.3)
Ocupación				
Ama de casa	18	2 (11.1)	5 (27.8)	11 (61.1)
Comercio y otros	20	2 (10.0)	9 (45.0)	9 (45.0)

*n=38

Fuente: elaboración propia

Discusión

En este estudio en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se identificó una prevalencia del trastorno depresivo de 33.6%; similar a la cifra para las mujeres en Chiapas de acuerdo con la base de datos "Integrantes del hogar de 7 años y más por Entidad Federativa, Período, Sexo y Condición de sentimiento de depresión" (INEGI, 2018), que la sitúa en 33.8% en el 2014 y en 30.1% en el 2017. En nuestra búsqueda no encontramos casi estudios poblacionales publicados acerca del problema en este estado; una investigación realizada en 1998 acerca de la salud mental de las mujeres rurales en Chiapas, con una muestra de 300 campesinas en 6 comunidades mestizas en dos municipios fronterizos con Guatemala y utilizando el Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25), evidenciaba una proporción del 50% de depresión (Nazar y Zapata, 2014). Por otro lado, en una muestra de 450 mujeres en la zona mixteca de alta marginación, en la confluencia de Puebla, Guerrero y Oaxaca, se encontró una prevalencia de depresión menor, de

22.3% y 24.5% entre las edades de 15 a 49 años, utilizando el cuestionario Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Bojorquez y Salgado 2009). En el norte de México, en una muestra de 118 mujeres, con el Inventario de Depresión de Beck, se evidenció una prevalencia de 12.7% de depresión, la cual fue severa y moderada (Gaytán, et al., 2019). En nuestro trabajo con el instrumento empleado, se identificó depresión grave seguida de la moderada, similar a lo registrado por Nazar y Zapata (2014) quienes también detectaron un importante grado de severidad y casos con intentos de suicidio, problema de salud que no tenía sin embargo visibilidad.

Nuestros resultados no fueron significativos para ninguna de las variables sociodemográficas de interés. Sin embargo, es importante continuar visibilizando el trastorno depresivo como un importante problema de salud pública, que afecta sobre todo a las mujeres, sobre las cuales recae la principal responsabilidad como cuidadoras de su familia, así como de los ancianos y los discapacitados, lo cual genera una importante carga de trabajo, con su consecuencia de ansiedad y depresión (Rodríguez, et al., 2017; López, Frías y Del Pino, 2019). Más de la mitad de las mujeres entrevistadas eran amas de casa y con seguridad las mujeres que trabajaban fuera de su hogar también se ocupaban de las labores domésticas. Se sabe que tanto el trabajo doméstico en el hogar como el trabajo informal son fuente de depresión, sobre todo si se trata de jefas de familia (Lara, 2014). Su mayor involucramiento en las relaciones interpersonales de tipo afectivo con la pareja y los hijos, las vuelve especialmente vulnerables para esa patología (Burin, 1996; Lara, 2014; Secretaría de Salud, 2015). La pobreza duplica el riesgo de depresión y más de la mitad de las personas que viven en pobreza son mujeres (Lara, 2014; Secretaría de Salud, 2015). No se indagó sobre violencia doméstica, sin embargo, el problema es relativamente frecuente, existiendo evidencia en la literatura de la relación entre violencia y trastorno depresivo (Lara, 2014; Secretaría de Salud, 2015).

Si bien es abundante la evidencia de que el trastorno depresivo ocurre más en mujeres, una limitante de nuestro estudio, fue no haber contado con población de ambos sexos, puesto que la asociación civil a la que tuvimos acceso en la capital de Tuxtla Gutiérrez,

solo atiende a aquellas. Al tratarse de una muestra por conveniencia no fue posible extrapolar los resultados a las mujeres de la ciudad. Otra limitante fue su tamaño, que no permitió encontrar significación estadística en relación con las variables sociodemográficas. Finalmente, el instrumento usado en nuestro estudio, fue el que las Instituciones de la Secretaría de Salud deben aplicar para el diagnóstico del trastorno depresivo, basado en una guía de práctica clínica actualizada y fundamentada en una revisión amplia de la literatura; se trató por lo tanto de una herramienta práctica no simplemente de tamizaje para detección del problema en poblaciones, la cual nos facilitó devolver los resultados a la asociación civil, con la confianza de que se había identificado el trastorno depresivo en sus afiliadas. Tanto en México como en otros países se han utilizado cuestionarios de tamizaje para depresión, los cuales son escalas de cribado que hacen una identificación presuntiva de la enfermedad, las cuales sin embargo no son pruebas diagnósticas y por lo consiguiente no son útiles en la atención a la salud, así que los individuos que dan positivo en dichas escalas deben someterse a exámenes de diagnóstico para confirmar el trastorno depresivo (Sánchez, et al., 2014; Tejada, Jaramillo, Sánchez y Sharma, 2014).

Este estudio nos plantea preguntas que merecerían ser exploradas posteriormente. Entre ellas si la prevalencia del trastorno aumenta en Tuxtla Gutiérrez, a través de los años, como parece corroborarlo los porcentajes y tasas para depresión según entidad federativa y por lo tanto para Chiapas, que presenta el INEGI, en muestras más grandes y representativas; el grado de severidad del trastorno depresivo, así como la relación entre éste y la convivencia con una pareja por la probable relación con la violencia y su tipo.

Conclusiones

La depresión es sin duda un problema de salud pública para las mujeres en México y en Chiapas, como lo es en el resto del mundo. Se requieren estudios transversales con muestras probabilísticas en las diferentes regiones del estado con el fin evidenciar la magnitud del problema. Su severidad sugiere la presencia de condiciones de vida estresantes y probablemente de falta de oportunidades para salir adelante, en uno de los estados del país con más alta marginación. Sus

causas deberían explorarse desde la determinación social de la salud con una perspectiva de género.

Notas:

⁻¹ Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es un indicador que proporciona una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad, acerca de un determinado daño a la salud; útil en un contexto de multimorbilidad y sobrevivencia con discapacidad y muerte prematura.

¹ Los años de vida perdidos (AVP) es un indicador acerca de la mortalidad por causas específicas ponderada en función de la esperanza de vida en el momento de la muerte. Los años perdidos por discapacidad (APD) es un indicador de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante (OPS 2018,1 y 4).

Bibliografía

- Bojorquez, I., y Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32 (4), 299-307.
- Burin, M (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En: Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar (comp.). *Género, psicoanálisis y subjetividad* (pp. 61-99). Argentina: Editorial Paidós.
- Gaytán, E., García, G., Gaytán, D., Rosales, M., Reyes, H., Sánchez, O., y Calderón, J. (2019). Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta Universitaria* 29, e2063. Doi:<http://doi.org/10.15174.au.2019.2063>
- INEGI. (2018). *Integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa según sexo y sentimientos de depresión, 2014, 2015 y 2017. Tabulados. Salud Mental*. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=INEGI.+Integrantes+del+hogar+de+7+a%C3%B1os+y+m%C3%A1s+por+entidad+federativa+seg%C3%BAAn+sexo+y+sentimientos+de+depresi%C3%B3n%2C+2014%2C+2015+y+2017>
- INEGI. (2019a). *Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento, seleccionados por entidad federativa, casos seleccionados, periodo y sexo. Depresión. Tabulados. Salud mental*. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=INEGI.+Tasa+de+casos+nuevos+de+enfermedades+sobre+trastornos+mentales+y+del+comportamiento%2C+seleccionados+por+entidad+federativa%2C+casos+seleccionados%2C+periodo+y+sexo.+Depresi%C3%B3n>
- INEGI. (2019b). *Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa. Suicidios registrados. Salud Mental*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_07&bd=Salud
- Lara, M. A. (2014). *El problema de la depresión en las mujeres. Situación en México*. Seminario Permanente de Género y Salud. Depto. de Salud Pública. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México.
- López, C., Frías, A., y Del Pino, R. (2019). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión, en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria* 33 (2), 185-190.
- Nazar, A., y Zapata, E. (2012). Género, pobreza y salud mental. *Ecofronteras*, (15), 14-17.
- OMS. (2008). *Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. mhGAP, Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental*. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjvgNrZ7-nhAhUCRa0KHwa8D3QQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmental_health%2Fmhgap%2Fmhgap_spanish.pdf%3Fua%3D1&usg=AOvVaw10kmfEzrY4nbj_lj5M3r1A

- OPS y OMS. (2017a). *Información Regional de la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de Las Américas*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13355:agenda-2030-sustainable-development&Itemid=39529&lang=es
- OPS y OMS. (2017b). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=OPS%2C+OMS+%282017%29.+Estimaciones+mundiales+y+regionales+de+prevalencia.+En%3A+Depresi%C3%B3n+y+otros+trastornos+mentales+comunes.+Estimaciones+sanitarias+mundiales>
- OPS y OMS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=la+carga+de+los+trastornos+mentales+en+la+regi%C3%B3n+de+las+am%C3%A9ricas+2018>
- Rodríguez, A. M., Rodríguez, E., Duarte, A., Díaz, E., Barbosa, Á., Clavería, A., y Grupo Zarit. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49 (3), 156-165.
- Sánchez, S., García, A., García, C., Gutiérrez, L., Narváez, L., y Juárez, T. (2014). Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D), en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias*, 2 (4), 137-150.
- Secretaría de Salud. (2015). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Guía de práctica clínica. Actualización 2015*. Recuperado de www.cenetedifusion.com/CMGPC/IMSS-161-09/ER.pdf
- Tejada, P., Jaramillo, L. E., Sánchez-Pedraza, R., y Sharma, M. (2014). Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Rev. Fac. Med*, 62 (1), 101-110.