



## Dominios culturales relacionados con la depresión en adultos

## Cultural domains related to depression in adults

## Domínios culturais relacionados com a depressão em adultos

O.A. Palacios-Rodríguez<sup>a\*</sup>, D.M. Galarza-Tejada<sup>b</sup>,  
C.E. Vázquez-Muñiz<sup>c</sup>

### ORCID

<sup>a</sup> [0000-0002-8842-8233](https://orcid.org/0000-0002-8842-8233)

<sup>b</sup> [0000-0001-8247-8291](https://orcid.org/0000-0001-8247-8291)

<sup>c</sup> [0000-0002-0059-0763](https://orcid.org/0000-0002-0059-0763)

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Psicología, San Luis Potosí, México

Recibido: 06 enero 2020

Aceptado: 04 marzo 2020

### RESUMEN

**Introducción:** La depresión representa un problema de salud que repercute de manera importante en la estabilidad mental y calidad de vida de las personas. Estudiar los dominios culturales relacionados con esta patología es relevante para diferenciarla, pues suele confundirse con otros estados emocionales.

**Objetivo:** Analizar los dominios culturales relacionados con la depresión en mujeres y hombres adultos.

**Material y métodos:** Estudio mixto de consenso cultural realizado en San Luis Potosí, México, que incluyó a 163 participantes. La recolección de datos se efectuó por muestreo a conveniencia mediante listados libres, entrevistas estructuradas y sorteos por montones.

\*Autor para correspondencia. Correo electrónico: oscar.palacios.rdz@gmail.com

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.813>

1665-7063/© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Se identificaron 20 elementos categorizados en áreas temáticas, se organizaron en conjuntos jerárquicos para observar la distribución y dimensiones de los dominios culturales.

**Resultados:** Las personas tienen nociones en común respecto a lo que implica la depresión. Los elementos relacionados con mayor frecuencia fueron: tristeza, desánimo y soledad, a su vez, la agrupación de estos mostró dos dimensiones principales: consecuencias y atención.

**Discusión:** La literatura reporta que hay diferencias subjetivas entre la depresión y otros padecimientos, también indica que existen contrastes por sexo y que las condiciones sociales desfavorables se relacionan con malestares emocionales; sin embargo, en las dimensiones culturales no están presentes la promoción ni la prevención de esta enfermedad.

**Conclusiones:** Considerar los dominios culturales de la población adulta con respecto a la depresión posibilita la creación de programas dirigidos a promover la salud y prevenir la enfermedad, así como facilitar la práctica clínica fundamentada en el contexto social y cultural de las personas.

**Palabras clave:** Depresión; dominios culturales; adulto; salud mental; México.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression represents a health problem which has important impacts on the mental stability and quality of life. Therefore, studying the related cultural domains becomes relevant in order to differentiate this pathology from other emotional states.

**Objective:** To analyze the cultural domains related to depression in adults.

**Materials and methods:** This is a mixed study with cultural consensus carried out in the state of San Luis Potosi, Mexico, which included 163 participants. Data collection was based on sampling by convenience using free listings, structured interviews, and lots. Twenty elements related to the thematic areas were identified, and organized in hierarchical sets in order to observe the distributions and dimensions of the cultural domains.

**Results:** Participants showed common notions regarding what depression implies. The most cited related elements were sadness, discouragement, and loneliness, which were grouped in two main dimensions: consequences and attention.

**Discussion:** The literature reports the existence of subjective differences between depression and other emotional pathologies, and that these differences are influenced by sex and social conditions. Nevertheless, the related cultural dimensions are not always considered, in particular regarding the prevention of the illness.

**Conclusions:** The precise consideration of the cultural domains which are associated with adults suffering from depression can allow the design and implementation of programs aimed at promoting health and preventing illness, as well as at fostering a clinical practice based on the social and cultural context of these persons.

**Keywords:** Depression; cultural domains; adult; mental health; Mexico.

## RESUMO

**Introdução:** A depressão representa um problema de saúde que reverbera de maneira importante na estabilidade mental e qualidade de vida das pessoas; estudar os domínios culturais relacionados com esta patologia é relevante para diferenciá-la, já que geralmente confunde-se com outros estados emocionais.

**Objetivo:** Analisar os domínios culturais relacionados com a depressão em mulheres e homens adultos.

**Material e métodos:** Estudo misto de consenso cultural realizado em San Luis Potosí, México; que incluía 163 participantes, a coleta de dados efetuou-se por amostragem a conveniência mediante listados livres, entrevistas estruturadas e classificação da pilha, identificaram-se 20 elementos categorizados por áreas temáticas, organizaram-se em conjuntos hierárquicos para observar a distribuição e dimensões dos domínios culturais.

**Resultados:** As pessoas têm noções em comum ao respeito do que envolve a depressão. Os elementos relacionados com maior frequência foram: tristeza, desânimo e solidão; enquanto a agrupação deles mostrou duas dimensões principais: consequências e atenção.

**Discussão:** A literatura relata que existem diferenças subjetivas entre a depressão e outras doenças, indica também que existem contrastes por sexo e que as condições sociais desfavoráveis se relacionam ao desconforto emocional, porém, nas dimensões culturais não estão presentes a promoção nem a prevenção desta doença.

**Conclusões:** Considerar os domínios culturais da população adulta ao respeito da depressão, possibilita a criação de programas dirigidos a promover a saúde e prevenir a doença, assim como facilitar a prática clínica fundamentada no contexto social e cultural das pessoas.

**Palavras chave:** Depressão; domínios culturais; adulto; saúde mental; México.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) afectan a todos los grupos de edad y avanzan en un tiempo prolongado, las cuales derivan de la conjunción de múltiples factores: genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Las ECNT constituyen una gran parte de las defunciones en México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2016 y 2017 fueron las principales causas de mortalidad<sup>1</sup>.

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, afectación del sueño, cambios en el apetito, disminución de la libido, sensación de cansancio y falta de concentración. Este trastorno puede ser recurrente o crónico y en su forma más grave puede conducir al suicidio. Dicha condición ocasiona que las personas permanezcan más tiempo enfermas y restringe su capacidad de realizar actividades cotidianas<sup>2</sup>.

La depresión como enfermedad crónica, representa globalmente un problema de salud pública, cifras de la Organización Mundial de la Salud destacan que afecta al 4% de la población mundial, el equivalente a más de 300 millones de personas<sup>3,4</sup>. En México se reporta que 30 de cada 100 habitantes (30.5%) han experimentado sentimientos de depresión, a pesar de los avances en el estudio y el tratamiento de la misma<sup>5</sup>. Como padecimiento recurrente representa altos costos económicos y sociales, lo cual la hace un objetivo primordial en la atención a la salud<sup>6-8</sup>.

De acuerdo con el número e intensidad de los síntomas, la depresión puede ser clasificada como leve, moderada o grave, y en el peor de los escenarios es letal<sup>4</sup>. Debido a su alto grado de discapacidad influye directamente en el funcionamiento y la calidad de vida de quienes la padecen. Puede presentarse de manera conjunta con otros trastornos mentales, además de ocasionar problemas de salud físicos. Como la mayoría de las enfermedades mentales, es una condición que suele ser estigmatizada, pues no solo repercute de manera directa en el enfermo, sino también en sus relaciones más próximas<sup>6,8</sup>.

La depresión puede confundirse con estrés y otros estados emocionales, lo que contribuye a que los afectados la consideren algo cotidiano, le resten importancia o no la reconozcan como problema de salud, en consecuencia, postergan su atención. Ante este panorama, algunos autores coinciden en la relevancia de examinar las concepciones y las representaciones que las personas le atribuyen a la depresión, esta constituye un fenómeno donde se ven involucrados la interacción de factores culturales y sociales que deben considerarse<sup>4,6,8</sup>.

Los dominios o las concepciones culturales son categorías significativas para una cultura en particular, su análisis permite identificar los elementos que conforman dichos dominios y cómo se relacionan con lo que la gente piensa y organiza respecto a un fenómeno en específico<sup>9</sup>. La teoría de consenso cultural posibilita explorar estos dominios, asimismo, determina si la variabilidad de sus elementos obedece a cuestiones culturales<sup>10</sup>.

En este sentido, el análisis de los dominios o las concepciones culturales en el campo de la salud propicia la comprensión del fenómeno desde una visión distinta a la biomédica dominante<sup>11</sup>. Estudios han explorado estos dominios o estas concepciones sobre conceptos como bienestar y salud mental, lo que ha permitido rescatar aspectos relacionados con el contexto social y cultural de las poblaciones<sup>12,13</sup>. De esta forma, el presente artículo tiene como objetivo analizar los dominios culturales acerca de la depresión en mujeres y hombres adultos.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio con base en el método de consenso cultural, el cual posibilita conceptualizar los dominios culturales y permite medir la forma en cómo se distribuyen. Dicho método contempla la realización de análisis cualitativos como cuantitativos; para esto es necesario obtener los elementos o las creencias de un dominio en particular, lo cual puede obtenerse con las respuestas o las declaraciones breves de las personas a través de su participación en entrevistas estructuradas o cuestionarios<sup>10</sup>.

La recolección de estas repuestas se llevó a cabo en dos fases sucesivas mediante un muestreo por conveniencia en la ciudad de San Luis Potosí, México. En la primera etapa se aplicó un cuestionario a manera de listado libre y en la segunda parte el cuestionario de sorteo por montones, lo que dio un total de 163 personas participantes. Según el método de consenso cultural, el tamaño de la muestra debe de contar con al menos 30 participantes<sup>14</sup>.

Durante la primera fase se aplicó un cuestionario de listado libre que consistió en solicitar a los participantes una lista de palabras o frases asociadas a un concepto en particular (en este caso fue depresión), después se les pidió que explicaran la razón por la cual eligieron cada una de las respuestas<sup>9,14</sup>. La aplicación de este cuestionario se realizó a través de internet con apoyo de los Formularios *Google* y de manera presencial.

Para la interpretación de los datos obtenidos se hizo un análisis cuantitativo de frecuencias, con el fin de identificar los elementos que los participantes mencionaron en más ocasiones, de los cuales destacaron 20 de ellos<sup>14</sup>. Posteriormente, se realizó un análisis cualitativo a partir de las explicaciones del porqué fueron relacionados estos elementos con la depresión, y se categorizaron en áreas temáticas para explorar los núcleos de sentido que integraban las razones referidas<sup>15</sup>.

La segunda fase fue realizada de manera presencial, se utilizó el cuestionario de sorteo por montones, el cual implicó elaborar una tarjeta para representar cada uno de los 20 elementos destacados. Se generaron grupos de tarjetas de acuerdo con el número de participantes y se les solicitó que con ellas formaran conjuntos o montones acumulando los elementos que consideraban

más parecidos o similares. Enseguida se les pidió que etiquetaran los conglomerados de tarjetas semejantes con una palabra que los identificara o con la razón del por qué las agruparon<sup>9,14</sup>.

Con los datos obtenidos en el sorteo por montones se realizaron análisis cuantitativos mediante escalas multidimensionales y clústeres jerárquicos, con el objetivo de observar la distribución y las dimensiones de los dominios culturales<sup>14</sup>. Asimismo, se realizó un análisis de consenso para conocer la competencia cultural, la cual permite definir si se muestra un acuerdo respecto a la organización y la distribución de los dominios culturales; es decir, si el concepto de depresión es percibido de manera similar por los participantes<sup>10</sup>.

La presente investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con el número de registro 213 037 2019. Se consideró como un estudio de riesgo mínimo, pues no se buscó la modificación de variables relacionadas con la salud de las personas participantes<sup>16</sup>. Al momento de realizar las entrevistas se solicitó el consentimiento informado de las personas, en el cual se explicaron los objetivos del estudio, los riesgos y los beneficios, además de garantizar que la información sería confidencial, anónima y con fines de investigación. Al finalizar las entrevistas se proporcionó a las personas participantes información sobre algunos datos generales de la depresión y centros donde podían acudir a solicitar ayuda u orientación.

## RESULTADOS

Se entrevistaron a un total de 163 personas, cuyo promedio de edad fue de 31.9 y una desviación estándar de  $\pm 14$  años, con un valor mínimo y máximo de 18 y 71 años respectivamente. Participaron un total de 100 mujeres (61.4%) y 63 varones (38.6%), quienes en su mayoría se encontraban solteras (60.7%) y contaban con preparatoria o bachillerato (42.3%). Esta información puede consultarse en la tabla 1.

La tabla 2 presenta el comportamiento de las preguntas detonadoras relacionadas al tema de estudio. El 88.3% de las personas refirió conocer a alguien que ha tenido depresión, con el mismo porcentaje expresaron sentir en algún momento de su vida depresión; 36.2% han experimentado alguna vez al año depresión. No obstante, solo un 39.3% ha solicitado ayuda profesional, el 60.7% de la muestra participante nunca ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de las personas participantes**

| Edad (años)                 | N   | %    |
|-----------------------------|-----|------|
| <19                         | 37  | 22.7 |
| 20 – 29                     | 39  | 23.9 |
| 30 – 39                     | 41  | 25.2 |
| 40 – 49                     | 25  | 15.3 |
| 50 – 59                     | 14  | 8.6  |
| ≥60                         | 7   | 4.3  |
| Sexo                        | N   | %    |
| Hombre                      | 63  | 38.6 |
| Mujer                       | 100 | 61.4 |
| Estado civil                | N   | %    |
| Casada                      | 44  | 27.0 |
| Comprometida                | 1   | 0.6  |
| Divorciada                  | 9   | 5.5  |
| Soltera                     | 99  | 60.7 |
| Unión libre                 | 9   | 5.5  |
| Viuda                       | 1   | 0.6  |
| Escolaridad                 | N   | %    |
| Primaria                    | 3   | 1.8  |
| Secundaria                  | 14  | 8.6  |
| Preparatoria o bachillerato | 69  | 42.3 |
| Licenciatura                | 68  | 41.8 |
| Posgrado                    | 9   | 5.5  |

N total de 163 participantes

**Tabla 2. Comportamiento del estado depresivo en las personas participantes**

| ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido depresión?      | N   | %    |
|-----------------------------------------------------------|-----|------|
| Si                                                        | 144 | 88.3 |
| No                                                        | 19  | 11.7 |
| ¿Se ha sentido deprimido en algún momento de su vida?     | N   | %    |
| Si                                                        | 144 | 83.4 |
| No                                                        | 19  | 11.7 |
| ¿Frecuencia con la que se ha sentido deprimido?           | N   | %    |
| Nunca se ha sentido así                                   | 27  | 16.6 |
| Sólo en una ocasión                                       | 38  | 23.3 |
| En más de una ocasión en su vida                          | 6   | 3.6  |
| Algunas veces al año                                      | 59  | 36.2 |
| Mensualmente                                              | 13  | 8.0  |
| Semanalmente                                              | 8   | 4.9  |
| Diariamente                                               | 12  | 7.4  |
| ¿Ha solicitado ayuda profesional a causa de la depresión? | N   | %    |
| Sí                                                        | 64  | 39.3 |
| No                                                        | 99  | 60.7 |
| ¿Ha recibido tratamiento a causa de la depresión?         | N   | %    |
| No, nunca ha recibido tratamiento                         | 99  | 60.7 |
| Sí, ha recibido tratamiento psicológico                   | 45  | 27.6 |
| Sí, ha recibido tratamiento psiquiátrico                  | 3   | 1.9  |
| Sí, ha recibido ambos tratamientos                        | 16  | 9.8  |

N total de 163 participantes

Las 20 palabras con mayor frecuencia a depresión en los listados libres se muestran en la tabla 3. Las palabras evocadas en un mayor número de ocasiones fueron tristeza, desánimo y soledad; las de menor frecuencia fueron pensamientos negativos, atención psicológica y miedo. Al diferenciarse por sexo, en la muestra de participantes mujeres se observó tristeza, soledad y desánimo como los elementos más mencionados; miedo, ansiedad y desesperación reportaron las menores frecuencias. En participantes hombres los elementos mayormente referidos fueron tristeza, desánimo y soledad; los menos mencionados fueron atención psicológica, dolor y miedo.

A su vez, dichos elementos fueron categorizados de acuerdo con las razones expresadas por las que se asociaron al concepto de depresión. Estos se agruparon en cinco áreas temáticas: sentimientos y emociones, manifestaciones, consecuencias, tratamiento y causas.

1. Sentimientos y emociones: en este grupo se encuentran aquellos sentimientos y/o emociones que las personas relacionan con mayor frecuencia a la palabra depresión. Por ejemplo, una mujer mencionó al asociar tristeza: “[...] *no sentía nada de amor cuando yo tuve depresión, todos los días eran iguales para mí, oscuros*”; mientras que un hombre refirió al asociar

soledad: “en la depresión es común que los sujetos se sientan solos aun estando acompañados o con personas que aman a su alrededor”.

2. Manifestaciones: en esta área se enlistan las formas en cómo puede manifestarse u observarse la depresión en las personas. De este modo, una mujer comentó al referirse a desánimo: “cuando una persona está triste no tiene ganas de hacer nada”. Por su parte, al aludir al aislamiento otra persona dijo: “el estar deprimido ocasiona que nos aislemos de las personas y actividades que antes solíamos disfrutar”.
3. Consecuencias: en este conjunto se muestra en lo que podría llegar a terminar la depresión. Al referirse al suicidio, un hombre explicó que: “[...] muchos recurren a eso ya que no encuentran a una persona que los ayude”; de igual manera, una mujer comentó al asociar descuido: “[...] quienes padecen depresión dejan de procurarse a sí mismos”.

**Tabla 3. Palabras obtenidas en los listados libres y agrupadas de acuerdo al área temática**

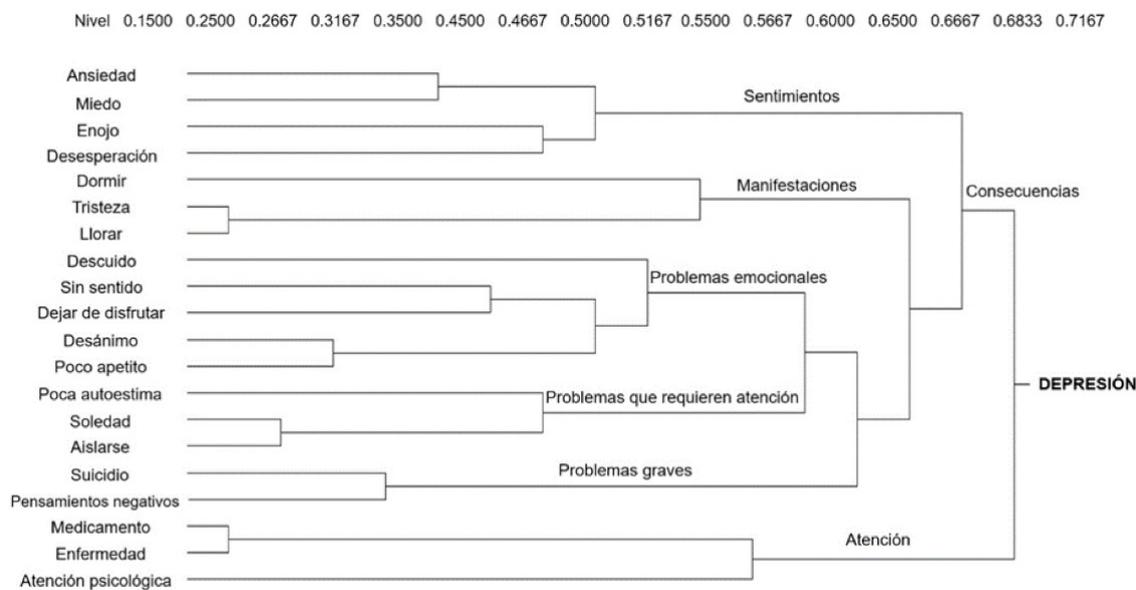
| Área temática            | Palabras               | Muestra de participantes mujeres | Muestra de participantes hombres |
|--------------------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                          |                        | N                                | N                                |
| Sentimientos y emociones | Tristeza               | 82.9                             | 78.8                             |
|                          | Soledad                | 27.1                             | 30.3                             |
|                          | Sin sentido            | 24.3                             | 6.1                              |
|                          | Enojo                  | 14.3                             | 15.2                             |
|                          | Poca autoestima        | 10                               | 18.2                             |
|                          | Ansiedad               | 8.6                              | 12.1                             |
|                          | Miedo                  | 8.6                              | 3.0                              |
|                          | Desesperación          | 7.1                              | 9.1                              |
|                          | Dolor                  |                                  | 6.1                              |
| Manifestaciones          | Desánimo               | 24.3                             | 36.4                             |
|                          | Aislarse               | 22.9                             | 24.2                             |
|                          | Dormir                 | 15.7                             | 12.1                             |
|                          | Llorar                 | 11.4                             | 12.1                             |
|                          | Pensamientos negativos | 11.4                             | 6.1                              |
|                          | Dejar de disfrutar     | 24.3                             |                                  |
|                          | Poco apetito           | 11.4                             |                                  |
| Consecuencias            | Suicidio               | 11.4                             | 12.1                             |
|                          | Enfermedad             | 15.7                             | 9.1                              |
|                          | Descuido               | 11.4                             |                                  |
| Tratamiento              | Medicamento            | 15.7                             | 6.1                              |
|                          | Atención psicológica   | 10                               | 6.1                              |
| Causas                   | No tener apoyo         |                                  | 24.2                             |
|                          | Presión                |                                  | 15.2                             |

4. Tratamiento: en esta área se encuentran las alternativas para dar atención y tratar la depresión según los participantes. Un hombre comentó al relacionar medicamentos: “[...] algunas personas con depresión necesitan recurrir a medicamentos”; asimismo, otro hombre mencionó al relacionar atención psicológica: “[...] los profesionales de la psicología son quienes deberían de proponer soluciones para la atención de este tipo de situaciones”.

5. Causas: en este grupo que solo aparece en los hombres, se mencionan algunas de las razones por las cuáles se puede desarrollar depresión. Un hombre comentó lo siguiente sobre no tener apoyo: “porque la falta de apoyo en general siento que es un factor importante para que una persona tenga depresión”; mientras que otro participante mencionó al referirse a presión: “uno no tiene descanso, trabajo todo el tiempo”.

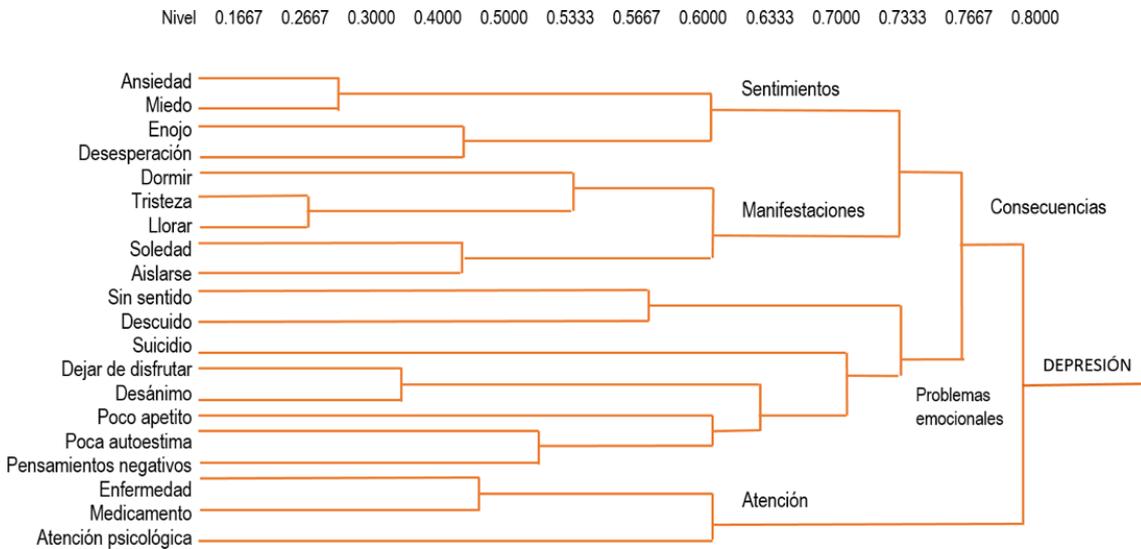
Por su parte, en las siguientes figuras se muestran las agrupaciones realizadas por las personas participantes a partir de los datos obtenidos en los sorteos por montones y el análisis de clústeres jerárquicos realizado a los mismos. En la Figura 1 se presenta la forma en cómo fueron organizados los elementos por las personas participantes en general. Se pueden observar dos dimensiones principales: consecuencias y atención. Dentro de la primera dimensión se muestra la agrupación de sentimientos que define los síntomas de una persona con depresión; mientras que en la agrupación de manifestaciones se enlistan los signos que pueden observarse en la depresión. Asimismo, se presentan tres agrupaciones que hablan de los problemas asociados a la depresión, los cuales son definidos como problemas emocionales, problemas que requieren atención y problemas graves. En la segunda dimensión se enlistan las formas de recibir apoyo profesional y dar atención ante la enfermedad.

**Figura 1. Agrupaciones del concepto de depresión a partir de conglomerados jerárquicos en las personas participantes**

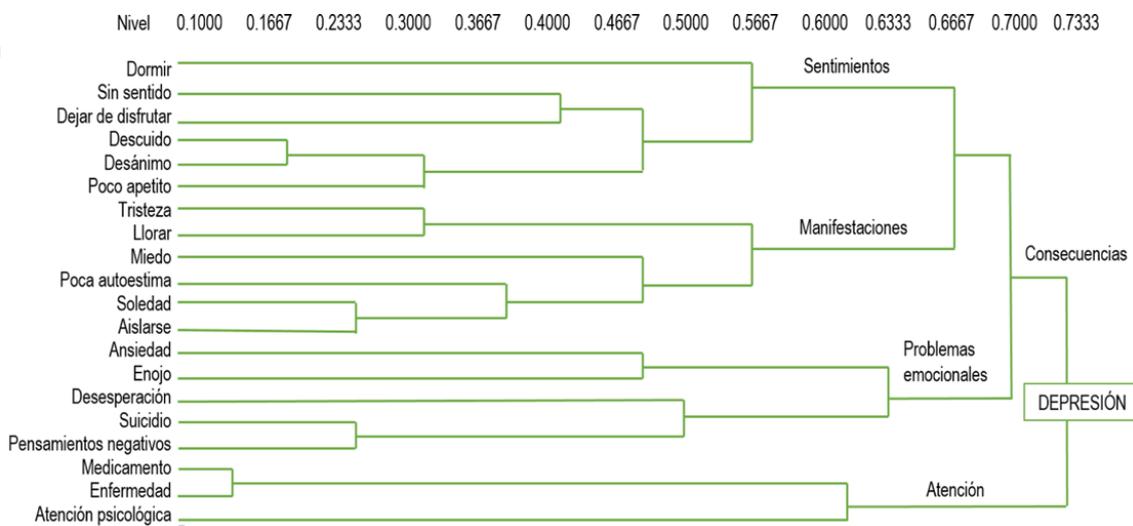


Nota. En las Figuras 1, 2 y 3 las palabras al final de las ramificaciones son las que presentaron mayor frecuencia en los listados libres. Las palabras al inicio de las ramificaciones son las etiquetas mencionadas por los participantes durante el sorteo por montones. El nivel indica la frecuencia de agrupación de las palabras.

**Figura 2. Agrupaciones del concepto de depresión a partir de conglomerados jerárquicos en las mujeres participantes**



**Figura 3. Agrupaciones del concepto de depresión a partir de conglomerados jerárquicos en los hombres participantes**



La Figura 2 presenta la organización de los elementos a partir de las mujeres participantes, y la Figura 3 muestra la generada por los hombres participantes. Ambas figuras exponen una organización de los elementos similar al caso anterior, ya que también se presentan dos dimensiones principales: consecuencias y atención, que a su vez se dividen en otros grupos de elementos.

Finalmente, en la Tabla 4 se presentan los valores resultantes del análisis de consenso a partir del sorteo por montones. Un adecuado consenso se cumple cuando la proporción entre el primer y el segundo valor es de al menos tres, lo cual se determina a partir de una regla empírica establecida en el método de consenso<sup>8</sup>. Al respecto, se puede observar que el total de las personas participantes y

**Tabla 4. Análisis de consenso sobre el concepto de depresión**

| Análisis de consenso                    |         |         |         |
|-----------------------------------------|---------|---------|---------|
| Valores                                 | General | Hombres | Mujeres |
| 1er valor propio                        | 22.993  | 11.358  | 11.546  |
| 2do valor propio                        | 6.964   | 2.754   | 4.249   |
| Proporción entre el 1er y el 2do valor* | 3.302   | 4.124   | 2.717   |

\*Si la proporción entre el primero y el segundo valor es de al menos tres, se valida el consenso

los hombres presentan un buen consenso; sin embargo, en el caso de las mujeres este no se cumple. Cabe mencionar que los participantes hombres mostraron el mayor valor de consenso en comparación con las demás personas participantes.

## DISCUSIÓN

Con base en los resultados se encontró que los elementos referidos con mayor frecuencia por las personas participantes respecto a la depresión fueron: tristeza, desánimo y soledad. De manera similar, en un estudio previo de Fierro et al.<sup>17</sup>, con el objetivo de buscar diferencias subjetivas entre la depresión unipolar y bipolar, se encontró que la depresión unipolar es referida por las personas como un estado de ánimo similar a la tristeza, al corporeizarlo, lo describen como pereza, pues prefieren no realizar actividades o si las hacen afirman cansarse rápidamente, las personas perciben el mundo menos interesante y menos atractivo. Asimismo, en dicho estudio se encontraron otros elementos similares a los identificados en esta investigación, como el llanto y la desesperación.

De acuerdo con los elementos referidos, hay algunas diferencias por sexo que vale destacar. Por una parte, lo más notable en los hombres, a diferencia de las mujeres, aparece un área temática más, las causas, donde se incorporan aspectos laborales y de falta de apoyo. Al respecto, Bolaños<sup>18</sup> encontró la falta de empleo y la mala economía personal o familiar son aspectos relacionados al malestar emocional que pueden llegar a presentar los hombres. Sol-Pastorino et al.<sup>19</sup> atribuyen los elementos descuido y ansiedad son referidos por las mujeres, pero no por los hombres; en contraste, ellos refirieron la palabra dolor e indicaron angustia.

Es interesante profundizar sobre el papel que tienen particularmente estos dominios, dado que las diferencias de sexo y los distintos roles de género influyen en el cuidado y la atención de la salud mental. Las inequidades de género exponen a las mujeres a una mayor vulnerabilidad ante los factores sociales y el riesgo de presentar cuadros afectivos más graves en comparación con los hombres. No obstante, en el estudio de Ramos-Lira<sup>20</sup>, estos últimos suelen postergar la búsqueda de apoyo en lo relacionado con la salud mental dadas las preconcepciones tradicionales de la masculinidad.

Con respecto a las agrupaciones resultantes de los dominios culturales sobre la depresión, se observaron dos principales dimensiones: consecuencias y atención, las cuales se presentaron tanto en mujeres como en hombres. Dentro de la primera dimensión, consecuencias, se pudo apreciar que la forma en cómo se siente y las emociones provocadas por la depresión son referidas por sentimientos; mientras que aspectos observables o capaces de percibirse son definidos como manifestaciones. Desde la perspectiva profesional, estos elementos son definidos por síntomas y

signos que, si bien son términos clínicos, las personas las tienen presentes desde su competencia cultural.

Ahora bien, al ver esta misma dimensión diferenciada por mujeres y hombres, la forma en cómo se clasifican los problemas muestra una menor complejidad al comparar la manera en cómo se presenta en las personas en general. Sobre estas últimas, se destaca que agrupan los problemas de manera gradual con base en su gravedad o importancia, lo que puede interpretarse como una clasificación a manera de semáforo: a) los problemas emocionales como verde, en los cuales se consideran consecuencias leves que son manejables para la persona; b) problemas que requieren atención como amarillo, en donde se enlistan aspectos que alertan sobre la gravedad de la condición; y c) problemas graves como rojo, en los que se contemplan cuestiones alarmantes que pueden conllevar a consecuencia fatales. Por lo tanto, Fierro et al.<sup>17</sup> exhortan a considerar estas cuestiones, ya que posibilitan abordar los signos y los síntomas en la práctica clínica desde los dominios particulares de las personas, los cuales reflejan parte de su cultura y su cotidianidad.

En contraste, dentro de las dimensiones culturales sobre la depresión no figuran aspectos relacionados a la promoción de la salud ni la prevención de la enfermedad, a pesar de que las personas contemplan elementos para dar atención a la misma. Se muestra una perspectiva centrada en la atención en la que se omiten acciones o estrategias para el control y el mantenimiento de la salud mental. Por consiguiente, la creación, así como la implementación de programas que hagan énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de riesgos se muestra como una alternativa para el reconocimiento temprano tanto de la depresión como su tratamiento; además de ser una oportunidad para el abordaje adecuado de los recursos y las consecuencias financieras a causa de la transición epidemiológica en el país<sup>7</sup>.

Es preciso señalar que, si bien se encuentran diferencias puntuales por sexo respecto a lo referido a la depresión, la participación de las mujeres fue mayor en comparación con los hombres; sin embargo, en el caso de estos últimos se muestra consenso y en las mujeres no. De acuerdo con el modelo de consenso cultural de Borgatti et al.<sup>10</sup>, esto puede atribuirse a que las mujeres participantes pertenecen a distintos grupos sociales que influyen en la forma en cómo es concebida culturalmente la depresión. Por lo tanto, un aspecto a considerar en la variabilidad cultural mostrada en las mujeres participantes puede ser el rango de edad tan amplio que se incluyó en el estudio. Al respecto, Hernández et al.<sup>21</sup> identificaron que los factores de riesgo para desarrollar depresión en mujeres varían de acuerdo a la edad. Asimismo, se debe tener en cuenta que la depresión es una de las principales causas de discapacidad en las mujeres durante gran parte de su vida<sup>2</sup>, lo que lleva a pensar en los distintos aspectos biológicos, psicológicos y sociales implicados en cada etapa y su relación con la depresión.

Cabe destacar que prácticamente nueve de cada diez personas entrevistadas (88.34%), conocen a alguien que haya tenido o tiene depresión; mientras que ocho de cada diez participantes (83.34%), han experimentado sentimientos de depresión en algún momento de su vida, porcentaje que contrasta de manera considerable con lo mostrado por el INEGI<sup>5</sup> donde se reportó que tres de cada diez personas (30.5%), han experimentado sentimientos de depresión. Quienes se han sentido de esta forma (36.20%), afirman experimentarlo alguna vez al año.

Conforme al porcentaje sobre quienes han experimentado sentimientos de depresión, se observa que el mismo se muestra por encima de la prevalencia encontrada en otras poblaciones particulares como lo son estudiantes de licenciatura, adultos mayores y mujeres con hijos<sup>22-25</sup>. Cabe destacar que, a

pesar de la gran cantidad de personas que se han sentido deprimidas, sólo 39.26% ha solicitado ayuda profesional a causa de la depresión; no obstante, ha habido un avance en comparación con lo reportado en años anteriores en otros estudios de Medina-Mora et al.<sup>26</sup>, en los cuales, el porcentaje fue de 20% aproximadamente.

## CONCLUSIONES

Los dominios culturales que las personas adultas refieren sobre la depresión se definen a partir de tres elementos: la tristeza, el desánimo y la soledad. En cuanto a la forma en cómo las personas agruparon estos elementos, demuestra que tienen nociones de lo que es la depresión, cómo se siente, cómo se manifiesta y cómo atenderla; sin embargo, hay una carencia de aspectos relacionados a la promoción de la salud mental y a la prevención de riesgos.

En este sentido, la depresión, a partir de los dominios culturales de las personas, puede definirse como una enfermedad caracterizada por diversos sentimientos. De igual forma, puede manifestarse a través de la tristeza, el llanto y el dormir mucho, lo que puede desencadenar problemas leves hasta graves, que requieren ser atendidos por profesionales de la salud mental.

Cabe subrayar que los dominios culturales entre mujeres y hombres se muestran distintos, lo que implica considerar las diferencias de sexo y género para las estrategias de atención a la depresión. Los presentes hallazgos representan una oportunidad de entender y atender el fenómeno de la depresión desde una perspectiva distinta a la clínica y la profesional. Considerar los dominios culturales de la población adulta posibilita la creación de programas dirigidos a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la práctica clínica con fundamentos en el contexto social y cultural de las personas. Sin embargo, cabe reflexionar que estos dominios obedecen a un grupo de personas con una cultura en particular, por lo que habría que considerar las semejanzas y las diferencias con otras poblaciones y contextos.

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**Protección de personas y animales.** Se afirma no haber realizado ningún tipo de experimento o intervención con las personas participantes.

**Confidencialidad.** Se asegura no haber proporcionado datos que puedan identificar a las personas participantes.

**Conflicto de intereses.** Se declara no existir conflicto de intereses.

**Financiamiento.** Se afirma no haber recibido algún tipo de financiamiento.

## REFERENCIAS

1. Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles. Mortalidad por enfermedades no transmisibles en México. Ciudad de México, México: OMENT; c2019 <https://bit.ly/3kRgGqM>
2. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Género y salud en cifras. 2017; 15(2): 38-41. <https://bit.ly/392lDLh>
3. Organización Panamericana de la Salud. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Washington, D.C.: c2017. <https://bit.ly/3kRp2Pa>
4. World Health Organization. Geneva: Depression; c2019. <https://bit.ly/3lHejZ5>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) 2017. Documentación, presentación de resultados. 2017. <https://bit.ly/3pALYG5>

6. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment.* 2012; 35(1): 3–11. <https://bit.ly/2UyCaoT>
7. Arredondo A, Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Arredondo P, Recaman AL. Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(1): e00165816. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00165816>
8. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex.* 2013; 55(1): 74–80. <https://bit.ly/3f8oKzi>
9. Russel-Bernard H. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*, 8th ed. Lanham, Maryland, EE. UU.: Rowman and Littlefield Publishers; 2017.
10. Borgatti SP, Halgin DS. Consensus Analysis. In: Kronenfeld DB, Bernardo G, de Munck VC, Fischer MD, editors. *A Companion to Cognitive Anthropology*. Oxford: Willey Blackwell; 2011. p. 171–90.
11. Torres-López TM, Reynaldos-Quinteros C, Lozano-González AF, Munguía-Cortés JA. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(5): 820-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000500007>
12. Torres-López TM, Munguía-Cortés JA, Aranda-Beltrán C. Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Hacia promoc. salud.* 2015; 20(1): 96-110. <https://bit.ly/3huvQV3>
13. Torres-López TM, Munguía-Cortés JA, Aranda-Beltrán C, Salazar-Estrada JG. Concepciones culturales sobre la salud mental de personas que asisten a procesos terapéuticos psicológicos. *Act. Psi.* 2015; 29(118): 35-46. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v29i118.15932>
14. Borgatti SP. Elicitation techniques for cultural domain analysis. In: Schensul JJ, LeCompte MD, Nastasi BK, Borgatti SP, eds. *Enhanced ethnographic methods: audiovisual techniques, focused group interviews, and elicitation techniques (ethnographer's toolkit)*. Vol.3 2 th . Walnut Creek, CA: AltaMira Press; 2016. p. 80-116.
15. De Souza-Minayo MC. Técnicas de análisis del material cualitativo. En: De Souza- Minayo, Ed. *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. 14ª ed. Sao Paulo, Brasil: Hucitec Editora; 2014. p. 189 - 225.
16. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1987. México: Diario Oficial de la Federación; última reforma publicada 2014. <https://bit.ly/38UhiXu>
17. Fierro M, Bustos A, Molina C. Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016; 45(3): 162–9. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.006>
18. Bolaños-Ceballos F. Malestar psicológico determinado socialmente y abuso expresivo en varones. *Salud Ment.* 2014; 37(4): 321–27. <https://bit.ly/335wIHL>
19. Sol-Pastorino M, Vanegas-López J, Florenzano-Urzúa R. Salud mental con perspectiva de género. *Salud Publica Mex.* 2017; 59(6): 601–2. <https://doi.org/10.21149/8508>
20. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Ment.* 2014; 37(4): 275–81. <https://bit.ly/3kNGpjZ>
21. Gil-Hernández Y, Haro AME, Hernández-Barba, Quiñones-Montelongo C. Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo.* 2019; 20(2): 52-6. <https://bit.ly/3923ZY8>

22. Almonte-Becerril M, Parra-Torres NM, Baltazar-Pedro MF. Prevalencia de signos de depresión y su relación con el desempeño académico en alumnos de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla, México. *Holopraxis*. 2019; 3(1): 140-55. <https://bit.ly/2IRewKC>
23. Pérez Cruz E, Lizarraga Sanchez DC, Martínez-Esteves MR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutr Hosp*. 2014; 29(4): 901-6. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7228>
24. De-Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Publica Mex*. 2015; 57(2): 144-54. <https://bit.ly/36TXoxx>
25. Gaytán-Jiménez E, García-Vargas G, Gaytán-Hernández D, Rosales González M, Reyes-Hernández H, Sánchez-Armáss CO, et al. Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta Univ*. 2019; 29:(e2063). <https://bit.ly/3yj6hw8>
26. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 2005; 35(12): 1773-83. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005672>