

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIAS ECONÓMICAS, A.C.



CATEGORIZACIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO A PARTIR DE LAS DIMENSIONES
DE SALUD, SOCIOECONÓMICAS, LABORALES Y FAMILIARES

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

DANIEL LÁZARO GARCÍA

DIRECTORES DE LA TESINA:

DR. GUILLERMO CEJUDO RAMÍREZ

DR. ITZA TLALOC QUETZALCOATL CURIEL CABRAL

Agradecimientos

Quisiera agradecer primero a mis padres y a mi hermano por su apoyo desde siempre. Igualmente, a mis compañeros de la Maestría, especialmente a Ithan y a Ingrid, por todos los días que trabajamos juntos y por toda su ayuda a lo largo de este proceso.

Muchas gracias al Dr. Guillermo Cejudo por todas sus observaciones, paciencia, y el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo. Al Dr. Itza Curiel por toda su ayuda en el proceso de análisis de datos, su disposición a solucionar mis dudas y ser un gran profesor.

Agradezco al CIDE por todo el proceso de aprendizaje que significó cursar un posgrado en esa institución; fue una de las experiencias más enriquecedoras de mi vida. Por último, agradezco a mi país por darme la oportunidad de continuar con mis estudios.

Resumen

El término de bienestar subjetivo se refiere a la valoración que hacen las personas de su calidad de vida y a los sentimientos tanto positivos como negativos que experimentan en su día a día (balance afectivo). Estas mediciones, al relacionarlas con otras variables, permiten detectar problemas públicos desde la visión ciudadana y lo que consideran relevante.

Con el fin de obtener una visión integral de cómo se caracterizan los grupos con relación a su bienestar subjetivo y con ello determinar las áreas de política pública que tienen mayor potencial de impactar positivamente en su bienestar, la investigación tiene como primer objetivo establecer algunas de las características de los grupos con menor bienestar subjetivo a partir de un análisis de conglomerados. Las variables utilizadas fueron: género, entidad federativa, grupo de edad, nivel educativo, si padecía ansiedad o depresión, si contaba con su familia, la actividad principal que realizaba, si era desempleado y el grado de satisfacción socioeconómica, de salud y familiar. Los resultados señalan que el grupo con menor satisfacción en la vida y balance afectivo tienden a ser mujeres, con bajo nivel educativo, mayor propensión al desempleo y no contar con su familia, baja satisfacción socioeconómica y de salud, además de presentar problemas de ansiedad severa y depresión.

Dada la estrecha relación entre bienestar subjetivo y salud mental, y que ambas implican un estado de bienestar a nivel personal con repercusiones en la calidad de vida, el segundo objetivo de la investigación es evaluar si las tasas de consulta en salud mental tienen un impacto en el bienestar subjetivo, para tal fin se realizó un análisis de regresión lineal tanto a nivel estatal como individual, los resultados muestran que la atención a la salud mental sí tiene un impacto en el bienestar subjetivo principalmente en el balance anímico. Esto es relevante dada la insuficiente capacidad actual del Estado para atender a la demanda de los servicios de salud mental. Se propone focalizar políticas públicas encaminadas hacia los grupos con menor nivel de bienestar subjetivo, recalcando la importancia de la atención universal y de calidad de los servicios de salud mental.

Índice

Introducción.....	1
Marco teórico.....	4
Importancia del bienestar subjetivo como indicador y en la política pública.....	4
El concepto de bienestar subjetivo.....	7
Factores socioeconómicos y laborales	8
Salud	9
Relaciones familiares	10
Salud mental y bienestar subjetivo	11
Medición del bienestar subjetivo en México	14
Metodología.....	16
Datos Enbiare.....	16
Datos tasa de consulta de salud mental.....	17
Variables dependientes	17
Análisis de conglomerados y variables seleccionadas.....	19
Análisis de regresión consultas de salud mental.....	22
Resultados.....	23
Grupo 1: Grupo con menor bienestar subjetivo.....	24
Grupo 2: Principalmente mujeres con alto bienestar subjetivo	25
Grupo 3: Principalmente hombres con alto bienestar subjetivo	25
Regresiones Salud mental.....	29
Conclusiones.....	34
Referencias	39
Anexos	45

Índice de Tablas, Figuras y Gráficos

Tabla 1. Importancia de las mediciones de bienestar subjetivo	6
Figura 1. Frecuencia de respuestas para los distintos valores de satisfacción con la vida	18
Figura 2. Frecuencia de los valores del balance afectivo	19
Tabla 2. Características principales de los grupos.....	23
Tabla 3. Regresión a partir del modelo 1 para la satisfacción con la vida y el balance afectivo	26
Gráfico 1. Gráfica de caja de los diferentes grupos con relación a la satisfacción con la vida	27
Gráfico 2. Gráfica de caja de los diferentes grupos con relación al balance afectivo	28
Tabla 4. Regresiones para la satisfacción con la vida y el balance afectivo a nivel individual	30
Gráfico 3. Correlograma de las variables utilizadas en el modelo 3 a nivel estatal	31
Tabla 5. Regresión para el balance afectivo a nivel estatal	32
Gráfico 4. Porcentaje de mujeres de los diferentes grupos.....	45
Gráfico 5. Porcentaje de nivel educativo (secundaria o menor) de los diferentes grupos.....	45
Gráfico 6. Porcentaje de prevalencia de depresión de los diferentes grupos	45
Gráfico 7. Porcentaje de prevalencia de ansiedad severa de los diferentes grupos.....	45
Gráfico 8. Satisfacción en salud de los diferentes grupos	46
Gráfico 9. Satisfacción familiar de los diferentes grupos.....	46
Gráfico 10. Porcentaje de no contar con su familia ante una emergencia o urgencia de los diferentes grupos	46
Gráfico 11. Satisfacción socioeconómica de los diferentes grupos.....	46
Gráfico 12. Porcentaje de pérdida de empleo de los diferentes grupos.....	47

Introducción

Una de las responsabilidades más importantes de los gobiernos es su capacidad de generar bienestar, para ello, se han establecido una serie de indicadores que permiten dimensionar los avances o retrocesos de los estados y países. Los indicadores de bienestar objetivo se centran en evaluar las condiciones materiales y la satisfacción de las necesidades básicas de los ciudadanos, algunos ejemplos de ellos son el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita y el ingreso (Yasuko et al. 2005). Si bien estos indicadores no carecen de importancia, podrían no ser sensibles a determinados eventos que impactan en el bienestar de las personas dado que parten de una visión de *presunción* en la cual es un conjunto de expertos los que determinan cuando es que un ciudadano o Estado experimenta bienestar. En contra parte con esta visión, se encuentra la aproximación de bienestar subjetivo la cual se refiere a la evaluación que hace un ciudadano de su calidad de vida y lo que considera relevante (Cárdenas y López 2015). Esta visión parte de *abajo-hacia arriba* dado que el principal actor para determinar su bienestar y lo que es importante es el propio ciudadano.

Fue a partir del *Informe de la Comisión sobre la Medición del Desempeño Económico y el Progreso Social* elaborado en el año 2009 que las mediciones del bienestar subjetivo comenzaron a tener una mayor relevancia internacional dado que este informe señalaba la importancia de contar con mediciones de la calidad de vida desde la percepción ciudadana para medir el progreso social (Stiglitz, Sen y Fitoussi 2009). Actualmente, el indicador de satisfacción con la vida forma parte de los indicadores del Índice para una vida Mejor propuesto por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE 2022). En el caso de México periódicamente se realizan encuestas nacionales para medir el bienestar subjetivo.

El primer objetivo del presente trabajo es detectar algunas de las características de los grupos que presentan un menor nivel de bienestar subjetivo, para tal fin se realizó un análisis de conglomerados con una métrica mixta utilizando como fuente de datos la recién creada Encuesta Nacional de Bienestar Subjetivo (Enbiare) del año 2021. Se seleccionó esta técnica estadística dado que, a partir de una métrica de distancias entre las distintas observaciones, permite

clasificar grupos los cuales internamente sean lo más similares posibles y, a su vez, se diferencien sustancialmente de los otros grupos, de manera, que cada grupo cuente con ciertas características particulares que lo diferencien de los demás. La importancia de este objetivo radica en que al determinar algunas de las características de estos grupos es posible señalar las áreas de política pública que tienen mayor potencial de impactar positivamente en el bienestar de las personas a partir de su propia perspectiva. Se resalta el papel que juega la salud mental en el bienestar subjetivo dado que ambas implican un estado de bienestar a nivel personal que tiene repercusiones en el despliegue óptimo de sus capacidades. Ante el histórico rezago de las políticas de salud mental se analiza, como segundo objetivo de la presente investigación, si las tasas de consulta en salud mental a nivel estatal tienen un impacto en el bienestar subjetivo de la ciudadanía y, por ende, en su calidad de vida.

Para el análisis de conglomerados se seleccionaron variables sociodemográficas, de salud, de relaciones familiares y de condiciones socioeconómicas-laborales (género, entidad federativa, grupo de edad, nivel educativo, si padecía ansiedad o depresión, si contaba con su familia, la actividad principal que realizaba, si era desempleado y el grado de satisfacción socioeconómica, de salud y familiar). Posteriormente se evaluó si pertenecer a un determinado grupo tenía un impacto en su bienestar subjetivo específicamente en su satisfacción con la vida y su balance anímico. Los resultados señalan que el grupo 1 en promedio tiene una menor satisfacción con la vida y un menor balance afectivo, algunas de las características de este grupo es que está compuesto mayoritariamente por mujeres, cuenta con un nivel educativo bajo, la mayoría padece ansiedad severa y depresión, cuenta con una baja satisfacción socioeconómica y de salud, y son más propensos a estar desempleados. Con respecto a la dimensión familiar, fue el grupo con menor satisfacción en este ámbito, además de ser más propensos a no contar con esta red de apoyo en caso de una emergencia.

En lo que respecta al segundo objetivo se evaluó si las tasas de consulta de salud mental por cada 100 mil habitantes a nivel estatal tienen un impacto en el bienestar subjetivo por lo cual se corrió una regresión de mínimos cuadrados ordinarios tanto a nivel individual como estatal. Los resultados señalan que las tasas de consultas de salud mental tienen un impacto positivo en el bienestar subjetivo principalmente en el balance afectivo, aunque la magnitud del efecto no fue tan alta en comparación con algunas de las variables de control, una posible explicación de ello

es que las variables que tienen mayor impacto en el bienestar subjetivo son aquellas que experimenta el ciudadano directamente, de manera que las tasas estatales de consultas de salud mental no generen un alto impacto en el bienestar subjetivo de la ciudadanía en comparación con otras variables como el grado educativo o la satisfacción para tomar decisiones. Finalmente, se discutieron las implicaciones de política pública de los resultados los cuales pueden servir de insumo para los tomadores de decisiones al considerar las áreas de política que tienen potencial de mejorar el bienestar, principalmente para el grupo con menor bienestar subjetivo, haciendo un especial énfasis en el área de la salud mental.

La primera parte del trabajo se enfoca en resaltar la importancia del bienestar subjetivo en las políticas públicas y la definición del término, después se analizan las dimensiones de salud, socioeconómicas-laborales y de relaciones familiares, y su relación con el bienestar subjetivo. Posteriormente se trata el tema de la salud mental y bienestar subjetivo así como algunas problemáticas que han tenido las políticas que se han implementado para la atención de la primera. En las siguientes secciones se realiza una descripción de la metodología utilizada y se presentan los resultados encontrados. Finalmente, se realiza una discusión de las implicaciones de los resultados.

Marco teórico

Importancia del bienestar subjetivo como indicador y en la política pública

¿Por qué es importante medir el bienestar subjetivo? Las mediciones del bienestar subjetivo son un complemento de las mediciones del bienestar objetivo. Los indicadores del bienestar objetivo se centran en evaluar las condiciones materiales, así como la satisfacción de las necesidades básicas de los ciudadanos (Yasuko et al. 2005). Algunas de estas mediciones incluyen, por ejemplo, la educación, el nivel socioeconómico, los ingresos o el producto interno per cápita. Estos indicadores son independientes de la percepción y valoración de la persona.

El principal indicador objetivo que se ha señalado como medida del bienestar ha sido el producto interno bruto (PIB), el cual revela la suma del valor de todos los bienes y servicios de uso final que genera ya sea un país o estado en un periodo de tiempo (INEGI a 2022). Un incremento en el PIB indica un crecimiento en la economía del país o la entidad federativa. Por su parte, el PIB per cápita indica la cantidad de dinero que le correspondería a cada habitante si el PIB generado se dividiría entre todos por igual en un país o estado (INEGI b 2022). Las mediciones del PIB per cápita, de manera general, sirven para indicar el nivel de la calidad de vida de los ciudadanos en una determinada región.

No obstante, las mediciones del PIB no son sensibles a ciertos fenómenos que pueden impactar en el bienestar de las personas, por ejemplo, la calidad de los servicios públicos, la satisfacción de las personas con su trabajo o la contaminación del aire (Stiglitz, Sen y Fitoussi 2009). De esta manera, el PIB no proporciona todos los elementos para valorar el bienestar de la ciudadanía. Para ello es necesario que se complemente con otros indicadores como el del bienestar subjetivo en el cual se evalúa la satisfacción con la vida de las personas desde su propia experiencia.

Las mediciones del bienestar subjetivo aportan una visión de *abajo-hacia arriba* del bienestar, en el que es la persona la principal autoridad para juzgar su propio bienestar y lo que es relevante para ellos (Rojas 2011). Esta visión es distinta de la tradición de presunción e imputación, de *arriba-hacia abajo*, la cual presupone en que es un grupo de expertos los que definen en qué consiste el bienestar el cual está basado en una serie de criterios designados por ellos, de manera

que si una persona tiene acceso a estos criterios se puede deducir que experimenta el bienestar (Rojas 2011).

Rojas (2011) menciona que algunos riesgos de las tradiciones de presunción son: 1) Errores de predicción al sobredimensionar o subdimensionar algunos factores, 2) De perspectiva, lo que es relevante para los expertos puede ser irrelevante para otras personas, 3) De etnocentrismo, considerar que lo que es relevante para su cultura lo es para otras, 4) De focalización, el experto puede sobredimensionar su área de estudio y dejar de lado otros aspectos, 5) De ausencia de corroboración, los criterios señalados por los expertos no se someten a criterios científicos que corroboren su impacto en el bienestar.

No se señala que los indicadores del bienestar objetivo no tengan validez o importancia, sino que basar el bienestar solamente en estos indicadores podría dejar de lado algunos aspectos que son de sumo interés para la ciudadanía. Por ende, las mediciones del bienestar subjetivo funcionan como un complemento a estos indicadores.

Fue a partir del *Informe de la Comisión sobre la Medición del Desempeño Económico y el Progreso Social* o mejor conocido como el informe Fitoussi (Stiglitz et al. 2009) en el que se le comenzó a dar un papel más relevante a las mediciones del bienestar subjetivo a nivel internacional. Este informe señala que el progreso social no únicamente se basa en el progreso material, sino que también son importantes factores como la sostenibilidad ambiental y la calidad de vida de las personas la cuál es medida a partir de indicadores tanto objetivos como subjetivos (Stiglitz et al. 2009). Actualmente, se realizan mediciones periódicas sobre el bienestar subjetivo en varios países y el indicador satisfacción con la vida forma parte del Índice para una Vida Mejor realizado por la OCDE (OCDE 2022).

La literatura ha señalado algunas variables que inciden en el bienestar subjetivo. Una de las más estudiadas ha sido el PIB per cápita, en términos generales los resultados señalan que sí existe una relación positiva entre la felicidad y el PIB (Stevenson y Wolfers 2008; Veenhoven 1989). En relación con la pobreza en el contexto mexicano, Leyva y Romo (2018) encontraron que las personas no pobres y no vulnerables en promedio tienen un mayor porcentaje de satisfacción con la vida que las personas que viven en pobreza extrema, de manera que las condiciones materiales sí inciden en la satisfacción de los ciudadanos.

¿Qué importancia tiene medir el bienestar subjetivo y encontrar las variables que inciden en el mismo? La base de la fortaleza del Estado consiste en su capacidad de generar bienestar (Castellanos 2012), de manera que conocer los factores que más afectan en el mismo permite focalizar políticas públicas encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas y, por ende, su bienestar. Aunque cabe señalar que no todas las variables que inciden en el bienestar subjetivo son susceptibles de intervenciones de política pública dado que existen algunas variables de corte más personal que están en la esfera de lo privado.

Las mediciones del bienestar subjetivo permiten a los responsables de la política pública considerar el impacto que ciertos programas sociales pueden tener en el bienestar de las personas y, a su vez, evaluar la capacidad que tienen los programas sociales existentes en generar bienestar (Rojas 2009). Ello sirve de insumo para la toma de decisiones en el que se contemple los posibles efectos que las decisiones de política pública tendrán en la calidad de vida de la ciudadanía.

Estas mediciones, igualmente, permiten reconocer posibles problemas públicos que otras mediciones podrían pasar por alto, además de resaltar las áreas de política con mayor potencial de mejorar el bienestar subjetivo y asistir en los procesos de toma de decisiones. A su vez, es posible identificar grupos vulnerables junto con los factores que más afectan en su bienestar, lo cual podría señalar implicaciones de política pública (OCDE 2013).

Por otra parte, gracias a las mediciones del bienestar subjetivo se puede obtener una mayor comprensión del comportamiento humano lo cual puede considerarse al momento que se tomen decisiones de carácter público (Castellanos 2012). Finalmente, Rojas (2011) menciona que los indicadores del bienestar subjetivo sirven como un indicativo del progreso que han tenido las sociedades a lo largo del tiempo. Un resumen de las posibles utilidades de las mediciones del bienestar subjetivo se encuentra en la tabla 1.

Tabla 1. Importancia de las mediciones de bienestar subjetivo

<i>Posibles usos de las mediciones de bienestar subjetivo</i>
1. Complemento a las mediciones de bienestar objetivo
2. Considerar el impacto que ciertas políticas y programas sociales tienen en el bienestar
3. Detectar posibles problemas públicos desde la óptica ciudadana

4. Identificación de grupos vulnerables junto con los factores que inciden en su bienestar
5. Insumo político para la toma de decisiones
6. Indicativo del progreso de las sociedades a lo largo del tiempo
7. Focalizar políticas públicas encaminadas a mejorar el bienestar de los ciudadanos

Fuente: Elaboración propia.

El concepto de bienestar subjetivo

La felicidad y la manera de alcanzarla ha sido uno de los temas que más ha inquietado a la humanidad a lo largo de su historia. Aristóteles señalaba que la felicidad, *eudaimonia*, a diferencia de la *hedonia* o búsqueda de placer, es el resultado que se obtiene de tener una vida virtuosa y constituye el más grande bien al que se puede aspirar (Lomas et al. 2021). Si bien a lo largo de la historia los debates sobre la felicidad pertenecían al campo de la religión y la filosofía fue a partir del trabajo de Jeremy Bentham (1789) cuando a la felicidad se le asocio con el concepto económico de utilidad experimentada (Daniel Kahneman, Wakker y Sarin 1997). Durante el siglo XX, surgieron cada vez más estudios sobre la felicidad, desde el campo de la psicología hasta la posterior construcción de indicadores de felicidad que midieran el progreso de las sociedades (Castellanos 2012).

El termino de bienestar subjetivo y el concepto de felicidad se han utilizado como términos equivalentes, aunque es necesario realizar algunas precisiones sobre su significado. Steptoe et al. (2015) señalan que el bienestar subjetivo puede tener tres connotaciones:

- 1) Bienestar evaluativo: la satisfacción con la vida que tiene una persona.
- 2) Bienestar hedónico: los sentimientos de felicidad, angustia, tristeza, estrés y dolor que experimenta una persona.
- 3) Bienestar eudemónico: el sentido y significado que una persona le asigna a su vida.

Por su parte la OCDE (2013, p.29) señala que el bienestar subjetivo consiste en “buenos estados mentales, incluyendo todas las diversas evaluaciones positivas y negativas que las personas hacen de su vida, y las reacciones afectivas de las personas ante sus experiencias”. A su vez, Cárdenas y López (2015) mencionan que el bienestar subjetivo se refiere a la evaluación que

una persona hace de la calidad de su vida, la evaluación puede incluir la calidad de sus experiencias cotidianas o la valoración global de su vida en general.

A partir de estas definiciones y al encontrar los puntos en común, en términos generales podemos referirnos al concepto de bienestar subjetivo como *las valoraciones que hacen las personas de su calidad de vida y a las sensaciones tanto positivas como negativas que experimentan cotidianamente.*

A continuación se señalan algunas dimensiones que la literatura ha señalado que tienen un impacto significativo en el bienestar subjetivo:

Factores socioeconómicos y laborales

Existen diferentes dominios de vida los cuales tienen una incidencia en el bienestar de los ciudadanos, uno de ellos son los factores socioeconómicos y laborales. La literatura señala que existe una fuerte relación entre la satisfacción económica, las condiciones materiales y la satisfacción con la vida (Gordon, Murillo y Hernández 2018). No obstante, cabe señalar que esta relación no es lineal, es decir que entre mayor sea el ingreso mayor será la felicidad. Por ejemplo, si bien esta relación es más fuerte en los países en desarrollo y en las comunidades más pobres, en el caso de los países más ricos el efecto de un mayor ingreso tiene un menor impacto en el bienestar subjetivo (Heald et al. 2021).

El ingreso es importante porque permite satisfacer necesidades materiales como la alimentación y vivienda además de promover la autonomía, así, al cubrir estas necesidades se tiene un impacto positivo en el bienestar. De esta manera, un aumento en el ingreso en las comunidades más desfavorecidas tendría un impacto positivo en las personas. Sin embargo, una vez que se tienen cubiertas estas necesidades materiales el valor del ingreso podría tener un menor impacto en el bienestar subjetivo como lo que ocurre en los países desarrollados. Igualmente, es importante señalar el papel que tiene el ingreso relativo en el bienestar subjetivo, es decir, no sólo influye el ingreso *per se* sino también la comparación social que se da con otros grupos de referencia, de manera que si un grupo tiene un mayor ingreso ello afectaría negativamente en el bienestar de la persona debido a factores como la identidad o el estatus social (Chang 2013).

En general los países más ricos tienden a mostrar un mayor bienestar subjetivo que los países más pobres (Stevenson y Wolfers 2008), sin embargo, ello no significa que las personas ricas siempre sean más felices o que las personas pobres no lo sean. De hecho, Kahneman y Daeton (2010) mencionan que, si bien un mayor ingreso sí está correlacionado con una mayor satisfacción en la vida, la cual implica una evaluación del tipo reflexivo, no ocurre lo mismo en el caso del bienestar del tipo hedónico el cual se refiere a la experiencia emocional del día a día, ello debido de que a partir de una determinada cantidad de ingresos ya no se obtiene una mejora en este tipo de bienestar.

Con respecto a la situación laboral, cabe señalar que el empleo es una de las actividades a la que las personas dedican una gran cantidad de tiempo a lo largo de sus vidas de forma que la satisfacción o insatisfacción en esta dimensión puede impactar en su bienestar subjetivo. Temkin (2016) señala que existe una asociación positiva entre la satisfacción con el trabajo y la satisfacción con la vida. A su vez, se ha documentado que existe una relación inversa entre el bienestar y el desempleo (Ansa 2016; Tejeda and Burgos 2020).

Binder y Blankenberg (2021) señalan que ser autoempleado está relacionado con una mayor satisfacción con su trabajo, pero no necesariamente con una mayor satisfacción con la vida. En cambio, Temkim y Martínez (2018) mencionan que la informalidad laboral tiene un efecto negativo en la satisfacción con la vida en el contexto mexicano. La satisfacción con la vida igualmente puede variar dependiendo del tipo de empleo, por ejemplo, los empleadores o patrones y los trabajadores de instituciones públicas en promedio tienen una mayor satisfacción con la vida en comparación con los trabajadores por cuenta propia, de instituciones privadas y los trabajadores que no reciben pago, estos últimos presentan el promedio más bajo de satisfacción con la vida (Temkim y Martínez 2018). Las carencias materiales y el desempleo tienen un efecto negativo en el bienestar subjetivo, de manera que la pandemia y el aumento en el desempleo que ello implicó, podrían tener un impacto negativo en el bienestar experimentado por los mexicanos.

Salud

Si bien numerosas variables pueden influir en el bienestar de las personas, la salud es una de las más relevantes. Contar con un buen estado de salud impacta en la capacidad que tienen las

personas en valerse por sí mismas y disfrutar de su autonomía, factores que inciden positivamente en el bienestar, en cambio, las enfermedades llegan a tener un impacto negativo (Diener, Oishi y Tay 2018).

No obstante, es necesario diferenciar entre la salud objetiva y subjetiva. La salud objetiva es aquella que se basa en valoraciones médicas y la opinión de expertos que realizan un diagnóstico mientras que la salud subjetiva es aquella que es valorada por la propia persona a través de auto reportes (Cross et al. 2018). Así, una persona puede reportar una buena salud, aunque ello difiera de la percepción experta, además la relación entre salud-enfermedad (salud objetiva) y bienestar no es directa dado que factores como la adaptación a la enfermedad influyen en la evaluación de su calidad de vida (Kahneman 2011). Experimentar una mala salud no necesariamente significa un bajo bienestar o tener una buena salud (objetiva) tampoco implica un alto bienestar dado que la interpretación y la habituación a la enfermedad influyen en la percepción que se tiene de la calidad de vida.

En el caso de Latinoamérica, Florenzano y Dussailant (2011) encontraron que una persona que reporta muy mala salud tiene una probabilidad de casi 30 puntos porcentuales menor de ser feliz que alguien que reporta muy buena salud. A su vez, Gerstenbluth, Rossi y Triunfo (2008) señalan que reportar un buen estado de salud resulta en la principal variable determinante de la felicidad en una muestra tomada en Argentina y Uruguay.

Aunque se ha mencionado que la salud incide en el bienestar subjetivo, la relación también ocurre en la dirección opuesta, es decir el bienestar subjetivo puede impactar en la salud. Las personas con altos puntajes en bienestar subjetivo tienden a vivir más y presentar una mejor salud (Lyubomirsky, King y Diener 2005), una posible explicación de ello es que estas personas tienden a tener hábitos más saludables como alimentarse sanamente o realizar ejercicio (Diener et al. 2018). Así, si mejora el bienestar de la ciudadanía ello podría tener beneficios en su salud y calidad de vida.

Relaciones familiares

En el caso de Latinoamérica la dimensión familiar es uno de los principales predictores del bienestar subjetivo (Rojas y Martínez 2012). Factores como la cohesión, las redes de apoyo y la

comunicación familiar influyen en la satisfacción con la vida (Bolaños et al. 2018). Así, relaciones familiares optimas influirán positivamente en el bienestar de los mexicanos. En cambio, la falta de redes de apoyo y relaciones familiares negativas tendrán un impacto desfavorable en la satisfacción de su calidad de vida.

En México se encontró que la dimensión familiar era la dimensión que tiene mayor impacto en el bienestar por encima de la dimensión económica, laboral y de salud. En otro estudio Gordon et al. (2018) señalan que la vida familiar es una de las variables que tienen mayor peso en explicar la satisfacción con la vida.

Los mexicanos tienden a mostrar una alta satisfacción con su vida familiar por encima de otros aspectos como la seguridad ciudadana o la satisfacción con los servicios públicos (INEGI a 2021). Con respecto a la confianza, el rubro en el que los mexicanos muestran mayor confianza es hacia las personas conocidas por encima de instituciones estatales como la policía municipal, partidos políticos y los funcionarios públicos (INEGI a 2021). Las relaciones familiares tienden a ser una red apoyo ante carencias materiales o la insatisfacción con las instituciones estatales, de manera que fungen como un punto de apoyo ante un posible contexto desfavorable. En lo que respecta a las relaciones de pareja las personas casadas tienden a tener una mayor satisfacción con la vida que los solteros, separados y viudos (Florenzano y Dussailant 2011; Mastekaasa 1993).

Salud mental y bienestar subjetivo

La salud mental consiste en un estado de bienestar resultado de un buen funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual que permite el despliegue óptimo de las capacidades del individuo en la sociedad (Secretaría de Salud a 2022); es decir la salud mental implica más que la mera ausencia de la enfermedad. Incluso, la Ley General de Salud en su artículo 72 establece a la salud mental como un eje prioritario de las políticas de salud donde el Estado debe garantizar el acceso universal de su atención.

La literatura señala que existe una relación positiva entre bienestar subjetivo y salud mental, Lombardo et al.(2018), por ejemplo, mencionan que la salud mental auto reportada es un fuerte predictor de la satisfacción con la vida y sería un recurso valioso para fomentar la felicidad de

la ciudadanía, mientras que Kokkinos, Tsouloupas y Voulgaridou (2022) afirman que existe una correlación positiva entre la salud mental y bienestar subjetivo. A su vez, Martínez, Estrada y Prada (2019) mencionan que una baja satisfacción con la vida es un factor de riesgo para experimentar angustia mental.

Estos hallazgos están en sincronía con la idea de que la salud mental implica un estado de bienestar y por ende si el individuo presenta un alto nivel de satisfacción con la vida y la prevalencia de estados positivos en su día a día, medidas de bienestar subjetivo, esto se relacione positivamente con su estado de salud mental. Por ende, cabría esperar que si el individuo reporta altos niveles de bienestar subjetivo igualmente reporte un alto grado de salud mental. Caso contrario ocurrirá, cuando la persona presente trastornos del estado de ánimo como lo es la ansiedad y la depresión.

Tanto la ansiedad como la depresión han tenido un aumento global, siendo la depresión la principal causa de discapacidad en el mundo y un factor que impacta en la prevalencia del suicidio (OMS 2021). En el caso de México, ha existido un aumento de la depresión desde el año 2018 afectando principalmente a mujeres y a las personas con menor nivel socioeconómico (Teruel et al. 2021). Además, se ha reportado que existe una relación inversa entre los síntomas de depresión y ansiedad con la satisfacción con la vida y el balance afectivo (INEGI 2021 a; Malone y Wachholtz 2018). Los trastornos del estado de ánimo afectan en la valoración que se tiene de la vida, pero también, influyen negativamente en los sentimientos positivos que experimentan cotidianamente dado que la depresión se caracteriza por una tristeza continua, pérdida de energía y falta de interés mientras que la ansiedad por una preocupación constante e intranquilidad (OMS 2021).

El tema de la salud mental es un problema público que afecta la calidad de vida de la ciudadanía y que demanda, por lo tanto, acciones por parte del Estado. En el caso de México, la atención a la salud mental no ha sido históricamente prioridad dentro de las políticas de salud, desde su escaso presupuesto, alrededor del 2% del presupuesto en salud, y que el 80% del mismo sea destinado principalmente en gastos operativos de los hospitales psiquiátricos hasta la insuficiente cantidad de personal capacitado y la desigual distribución de los centros de atención (Secretaría de Salud a 2022). Si bien, actualmente, se ha buscado un cambio de enfoque hacia

uno que priorice el autocuidado, la atención comunitaria e integrar a la salud mental dentro del marco de la atención primaria a la salud todavía existen varios obstáculos por afrontar.

Se estima que alrededor de 24.8 millones de mexicanos presentará algún problema de salud mental al año, siendo la depresión la que tiene mayor prevalencia (5.4% de la población), no obstante, solamente el 18.6% de las personas recibe la atención adecuada ante un trastorno mental (Secretaría de Salud b 2022). A esto habrá que añadirse que sólo el 2.7% de los establecimientos de salud brinda atención a la salud mental y adicciones, además que a partir de la pandemia ha existido una reducción en las consultas de salud mental y que solamente el 1.9% del total de las consultas de salud, a nivel federal y estatal, atienden temas relacionados a la salud mental o adicciones (Secretaría de Salud b 2022).

La insuficiente atención que se le ha dado a la salud mental por parte del Estado puede incidir en el bienestar subjetivo de los ciudadanos, aunque cabe mencionar que a pesar de su limitada atención existen diferencias entre las entidades federativas, así estados como Colima, Guanajuato y Chiapas presentan la tasas más altas de consultas de salud mental por cada 100 mil habitantes mientras que Baja California, Chihuahua y CDMX las más bajas (Sistema de Información de la Secretaría de Salud 2021). De manera que se esperaría que aquellos estados con mayores tasas de consultas de salud mental tiendan a presentar mayores niveles de bienestar subjetivo.

La revisión de las diferentes dimensiones junto con sus variables relacionadas señala que el bienestar subjetivo es inherentemente multicausal; la felicidad de los individuos depende de una multiplicidad de factores en los que algunos tienen más peso que otros. Así, cabe esperar que algunos grupos experimentarán ya sea un mayor o un menor nivel de bienestar subjetivo. Si bien normalmente existe la concepción de que los mexicanos son felices, esta idea podría dejar de lado la problemática de que pueden existir grupos que experimentarían poca satisfacción con la vida y un menor balance anímico.

Una de las tareas del Estado es promover el bienestar de su ciudadanía, de manera que identificar algunas de las características de estos grupos resulta relevante para el desarrollo y mejora de

políticas públicas porque permitiría encontrar las áreas que tienen mayor potencial de impactar positivamente en el bienestar de las personas a partir de la visión ciudadana y sus intereses (de abajo hacia arriba). Más que evaluar si una determinada variable u otra incide en el bienestar subjetivo, el primer objetivo de la investigación es obtener una visión integral de cómo se caracterizan los grupos con menor nivel bienestar subjetivo. Particularmente relevante resulta el tema de la salud mental, en el que las mediciones de bienestar objetivo no serían del todo adecuadas para detectar problemas en la misma, así pueden existir individuos con alto nivel de ingresos y acceso a servicios sin que ello necesariamente signifique una elevada calidad de vida. Dado el histórico rezago que se ha tenido en la atención a la salud mental resulta importante evaluar si las tasas de consultas de salud mental a nivel estatal efectivamente inciden en el bienestar subjetivo de la ciudadanía, segundo objetivo del presente trabajo, y si los trastornos del estado de ánimo, en específico la ansiedad y la depresión forman parte de las características de los grupos con menor nivel de bienestar subjetivo.

Medición del bienestar subjetivo en México

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) es la instancia encargada de realizar las mediciones sobre el bienestar subjetivo a nivel nacional. Desde el año 2013, por recomendaciones de la OCDE, el INEGI trimestralmente en la Encuesta Nacional del Consumidor (ENCO) levanta información sobre el bienestar subjetivo de la ciudadanía a través del Módulo BIARE (Bienestar auto reportado) Básico. En ella se obtiene información a nivel urbano de la satisfacción con la vida de los mexicanos junto con su satisfacción en otros dominios, eudemonía (sentido o propósito que se tiene de la vida) y balance anímico. El propósito de esta encuesta es obtener de manera regular información básica sobre la evolución del bienestar subjetivo a nivel nacional aunque no profundiza sobre las distintas dimensiones o eventos que tienen impacto en el bienestar de los ciudadanos ni es representativo por entidad federativa.

En el año 2014, se realizó la encuesta BIARE Ampliado, la cual al ser levantada en conjunto con la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares permitió obtener información sobre las condiciones socioeconómicas de los encuestados con información relevante como el nivel de ingresos. En el BIARE Ampliado se amplió la cobertura de viviendas encuestadas y se

obtuvieron datos representativos por entidad federativa, además que se registró información sobre eventos positivos y negativos que le han sucedido al encuestado en función de su entorno familiar, social y material lo que permitió obtener una visión más a profundidad sobre las percepciones de las personas y la valoración de su vida (INEGI b 2021). Así, el propósito de esta encuesta fue obtener un análisis más estructural sobre el bienestar subjetivo y los eventos contextuales que inciden en el mismo.

Finalmente, para el año 2021 se levantó la Encuesta Nacional de Bienestar Auto reportado (Enbiare) la cual tiene representatividad a nivel nacional y por entidad federativa. La encuesta tiene por objetivo actualizar y ampliar la información sobre las distintas dimensiones de la medición del bienestar y recopilar información sobre las circunstancias y eventos que pueden impactar ya sea positiva o negativamente en el bienestar de las personas, todo ello conforme a los lineamientos establecidos por la OCDE (INEGI a 2021).

Algunos de los resultados generales encontrados a partir del levantamiento de las encuestas de BIARE Básico y Ampliado han sido que en su mayoría los mexicanos tienden a presentar niveles altos de bienestar subjetivo y que existe una tendencia ascendente a reportar una mayor satisfacción con la vida. También que las condiciones materiales están estrechamente relacionadas con el bienestar subjetivo, así, las personas con menores ingresos y mayor número de carencias en promedio tienden a presentar una menor satisfacción con la vida (Leyva y Romo 2018). Además, el dominio en el que los mexicanos tienden a reportar mayor grado de satisfacción es el referente a su vida familiar la cual constituye un pilar fundamental de su bienestar mientras que los dominios referentes al país, ciudad y seguridad pública son los que presentan reiteradamente el menor grado de satisfacción.

Metodología

Datos Enbiare

Con el fin de obtener los datos se utilizó la Encuesta Nacional de Bienestar Auto reportado (Enbiare) la cual fue levantada en los meses de junio y julio del año 2021 por parte del INEGI. Cabe mencionar que la Enbiare pertenece a las encuestas denominadas de percepción ciudadana. En comparación con el BIARE Básico, la Enbiare recopila una mayor cantidad de preguntas sobre los diferentes dominios relacionados con el bienestar subjetivo. El diseño de la encuesta está alineado bajo los estándares establecidos por la OCDE, y permite cubrir con los indicadores sociales propuestos por la *Iniciativa Para una Vida Mejor: Midiendo el Bienestar y Progreso* (OCDE) en el cual uno de estos es la satisfacción con la vida.

La Enbiare se divide en dos partes, el cuestionario del hogar y cuestionario BIARE. El primero está dividido en cuatro secciones: 1) Características de la vivienda, 2) Identificación de hogares, 3) Servicio doméstico y 4) Las características de los hogares. Este cuestionario permite dimensionar las características de los integrantes de la familia, así como las condiciones materiales del hogar. Por su parte, el cuestionario BIARE se enfoca en las secciones relacionadas con el bienestar subjetivo y las dimensiones que inciden en el mismo.

En el caso de la sección del bienestar subjetivo se realizan preguntas relacionadas con el grado de satisfacción con la vida y en qué escalón de su vida se ubica actualmente, ambas preguntas aluden a que el encuestado realice una valoración cognitiva de su propia vida. Las otras preguntas de esta sección versan sobre los estados positivos y negativos experimentados un día anterior, a partir de estas respuestas se obtiene la medición del *balance afectivo* la cual es una aproximación del bienestar de la persona desde una aproximación de tipo hedónico. Las otras secciones del cuestionario tratan sobre temas relacionados con la satisfacción en aspectos específicos de la vida, la confianza y redes de apoyo, uso del tiempo libre, la salud, el trabajo, la ocurrencia de eventos positivos y negativos, participación comunitaria, aspectos biográficos, movilidad intergeneracional y estratificación. Cuando el encuestado tenía que responder conforme a una escala de números, se le presentaban tarjetas de respuesta con diferentes

tonalidades de un color con el fin de facilitar la distinción y el sentido de la escala dependiendo de su tonalidad.

El tamaño de la muestra fue originalmente de 37 000 mil viviendas distribuidas homogéneamente entre los estados, aunque el número total de observaciones registradas en la base fue de 31 116. La encuesta era contestada por una persona adulta de 18 años o más que supiera leer y escribir en español la cual era seleccionada aleatoriamente en cada uno de los hogares.

Datos tasa de consulta de salud mental

Los datos se obtuvieron del Sistema de Información de la Secretaría de Salud, en el apartado de “*Total de consultas de salud mental en unidades de Consulta externa y hospitalización*” para el año 2020. Los datos están desagregados a nivel estatal e incluyen la suma de las consultas externas de primera vez junto con las consultas subsecuentes. También en el Sistema se encuentra el “*Total de consultas de salud mental en unidades especializadas en Psiquiatría y Salud Mental*”, sin embargo, no se utilizaron estos datos dado que los estados de Tlaxcala, Quintana Roo, CDMX, Jalisco y Baja California señalaron no haber otorgado ninguna consulta de este tipo.

El total de consultas de salud mental se dividió entre el número total de habitantes por estado dividido entre 100 mil (INEGI 2020; Cortés 2022). De tal manera que se obtuvo la tasa de consultas de salud mental a nivel estatal por cada cien mil habitantes.

Variables dependientes

Para evaluar la variable dependiente de satisfacción con la vida se utilizó la pregunta de “*Podría decirme, en esa escala de 0 a 10, ¿qué tan satisfecha(o) se encuentra actualmente con su vida?*” en la cual el encuestado respondía con un valor entre el 0 y el 10. Esta pregunta supone una valoración de tipo reflexivo de cómo la persona evalúa su propia vida en su totalidad (INEGI b 2021). A diferencia de preguntar por el grado de felicidad del encuestado, preguntar por la satisfacción de la vida conlleva una mayor carga cognitiva por lo que se espera una mayor estabilidad en las respuestas (Rojas 2011). Otra manera de evaluar la satisfacción con la vida ha

vido con la escala de vida de la escalera de Cantril, en la cual el encuestado señala en qué escalón de su vida se ubica actualmente siendo el escalón más alto la mejor vida posible y el escalón más bajo la peor vida posible. El promedio nacional de satisfacción con la vida es de 8.42 con una mediana de 9, en general las personas tienden a mostrar niveles altos de satisfacción en la vida como se muestra en la figura 1.

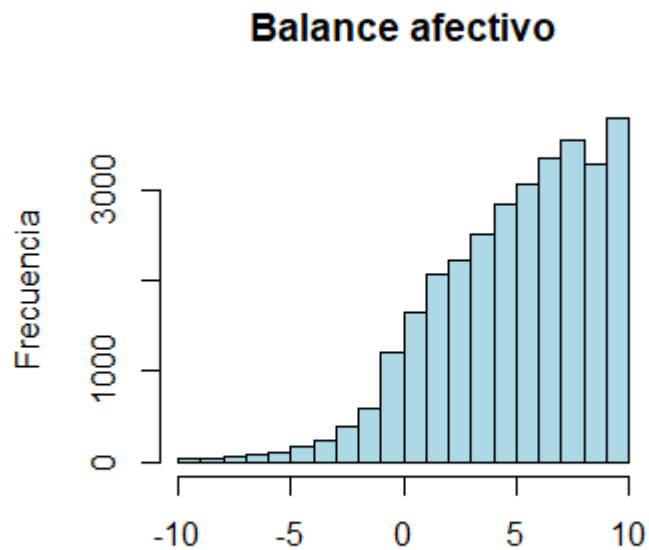
Figura 1. Frecuencia de respuestas para los distintos valores de satisfacción con la vida



Fuente: Elaboración propia a partir de la Enbiare 2021.

La otra variable dependiente fue el balance afectivo, la cual es una variable compuesta a partir de los estados tanto positivos como negativos que experimentaron los entrevistados un día anterior. El balance afectivo está conformado por 10 diez preguntas, 5 referentes a estados positivos (buen humor, tranquilo, con energía, concentrado y alegre) y 5 referentes a estados negativos (mal humor, preocupado, cansado, aburrido y triste). Las preguntas eran *¿Cuánta parte del día de ayer se sintió... (estado afectivo particular)?* Las respuestas podían tener valores del -10 al 10. Para calcular el balance anímico se restaban los valores promedios de los estados anímicos negativos con los positivos. De manera que entre menor sea el valor del balance anímico, del -10 a 10, significa que tienden a prevalecer los estados negativos en su día a día. En este caso la media fue de 5 y la mediana de 5.6, de forma que en promedio tienden a prevalecer los estados positivos (ver figura 2).

Figura 2. Frecuencia de los valores del balance afectivo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Enbiare 2021.

Análisis de conglomerados y variables seleccionadas

Se realizó un análisis de conglomerados con una submuestra aleatoria de 1500 observaciones. Se utilizó esta técnica estadística debido a que permite agrupar las observaciones, a partir de una métrica de distancias, de modo que cada grupo internamente presente una alta similitud y, a su vez, se diferencié de los otros grupos, de esta manera cada uno de los grupos cuenta con ciertas características particulares (Bridges 1966). El agrupamiento de las observaciones en diferentes grupos se realizó a partir de sus características sociodemográficas y variables relacionadas a las dimensiones de salud, salud mental, condiciones socioeconómicas-laborales y familiares. Así, este análisis permite obtener un panorama general de los diferentes tipos de poblaciones según sus valores en las diferentes variables. No obstante, algunos de los límites del análisis de conglomerados es que no permite establecer relaciones causales entre las variables seleccionadas, además que es una técnica totalmente descriptiva y atórica, y que el número de grupos formados depende de las variables utilizadas de manera que el número de estos podría variar (Rousseeuw 1987).

Se seleccionaron 12 variables las cuales se describen a continuación:

- Género: Variable *dummy* en la que 1 significa hombre y el 2 mujer
- Entidad federativa: Variable categórica para los 32 estados de la república
- Grupo de edad: Variable categórica para los distintos rangos de edad los encuestados (Mayor de 60 años, entre 45 a 59 años, entre 30 y 44 años y de 18 a 29 años).
- Nivel educativo: Variable categórica para los distintos niveles educativos (Primaria o menos, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura y Posgrado).
- Satisfacción salud: Variable formada a partir de la pregunta *¿Qué tan satisfecho está con su salud?* En la que 0 es “totalmente insatisfecho y 10 es “totalmente satisfecho”.
- Ansiedad: Variable que se etiqueta como “no padece ansiedad”, “ansiedad mínima” y “ansiedad severa”. La variable se construye a partir de dos preguntas referentes a que si en las últimas dos semanas ha sentido molestias por sentirse nervioso o por no dejar de preocuparse. Las respuestas van de 0 a 3 donde 0 significa nunca y 3 significa todo el día. Si la persona sumaba en sus dos respuestas 3 o más se etiqueta como “ansiedad severa”, si la suma está entre 1 o 2 es “ansiedad mínima” y si la suma es igual a 0 se etiqueta como “no padece ansiedad”.
- Depresión: Variable categórica que se etiqueta como “padece” o “no padece”. La variable se construye a partir de siete preguntas que señalan que si durante la última semana sentía como si no pudiera quitarse la tristeza de encima (1), le costaba concentrarse (2), se sintió deprimido (3), todo lo que hacía era un esfuerzo (4), no durmió bien (5), disfruto la vida (6) y se sintió triste (7). Las respuestas van del 0 a 3 donde 0 es rara vez o nunca y 3 es todo el tiempo. Si la suma de todas las respuestas es mayor o igual a 9 se etiqueta como “padece”, si es menor a 9 se etiqueta “no padece”. En el caso de la pregunta 6 los valores se cambian (3=0, 2=1, 1=2 y 0=3).
- Satisfacción familiar: Variable formada a partir de la pregunta *¿Qué tan satisfecho está con su vida familiar?* En la que 0 es “totalmente insatisfecho y 10 es “totalmente satisfecho”.
- Contar con su familia: Variable formada a partir de la pregunta si consideraba que contaba con su familia ante una emergencia o necesidad. Las respuestas posibles eran *sí, no o no tiene familia*.

- Satisfacción socioeconómica: Variable formada a partir de la pregunta *¿Qué tan satisfecho está con su nivel de vida (socioeconómico)?* En la que 0 es “totalmente insatisfecho y 10 es “totalmente satisfecho”.
- Desempleo: Variable categórica formada a partir de la pregunta de si en los últimos doce meses se quedó sin empleo o tuvo que cerrar un negocio propio, donde 1 significa “Sí”, 2 “Sí aunque ya lo recuperó” y 3 “No”. Si la respuesta era “Sí” se consideraba como desempleo.
- Actividad que realiza: Variable categórica formada a partir de la pregunta de *“Hablemos de su situación laboral ¿tiene actualmente...”* donde 1 es igual “empleo”, 2 igual a “negocio”, 3 a “ocupación por su cuenta” y 4 “ninguna de las anteriores”.

Después de realizar el análisis de conglomerados con variables que inciden en el bienestar subjetivo, se agregó la variable de clasificación de grupo a cada observación de la base. Con esta información se realizó un análisis de regresión cuya variable independiente era la categorización de los diferentes grupos formados a partir del análisis:

$$BS_i = \beta_0 + \beta_1(Grupo_i) + \varepsilon_i \quad (1)$$

Donde BS_i son las variables dependientes de satisfacción con la vida y balance afectivo para la persona i , β_0 es el intercepto del modelo, $Grupo_i$ es el grupo al que pertenece la persona i y β_1 es el coeficiente de interés y ε_i es el término de los errores. Dado que la variable grupo es del tipo categórica, el objetivo del análisis es encontrar si existen diferencias significativas entre los grupos en su bienestar subjetivo. De tal forma que pertenecer a un determinado grupo podría tener un impacto estadísticamente significativo ya sea positivo o negativo en el bienestar subjetivo.

Conforme a este análisis, más que verificar si una variable específica incide o no en la satisfacción con la vida, el objetivo es obtener un panorama general de las características de los grupos de la población mexicana y su relación con el bienestar subjetivo.

Análisis de regresión consultas de salud mental

Con el fin de evaluar si las tasas de consultas en salud mental a nivel estatal tenían un impacto en el bienestar subjetivo, se realizó un análisis de regresión a nivel individual:

$$BS_{il} = \beta_0 + \beta_1 * T.Salud.mental_l + \sum_{i=2}^5 \beta_i X_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

Donde $T.Salud.mental_l$ se refiere a la tasa de consultas en salud mental por cada 100 mil habitantes a nivel estatal, β_1 es el coeficiente de interés que mide el impacto que tiene en las variables dependientes de satisfacción con la vida y balance afectivo (BS_{il}) a nivel individual. β_0 indica el intercepto del modelo y ε_i el término de los errores. Mientras que $\sum_{i=2}^5 \beta_i X_i$ indica la sumatoria de las variables de control, que en este caso fueron el nivel educativo, si es mujer, la edad la cual era una variable numérica que podía tener valores desde los 18 años hasta los 95, si se encontraba casado o no; variable categórica donde 0 significa “No” y 1 significa “Sí” y el grado de satisfacción para tomar decisiones que es una variable numérica cuyos valores podían ir del 0 al 10 donde 0 es “totalmente insatisfecho y 10 es “totalmente satisfecho”.

El tercer modelo se evaluó el impacto que tienen las consultas de salud mental en el bienestar subjetivo pero a nivel estatal:

$$BS_l = \beta_0 + \beta_1 * T.Salud.mental_l + \sum_{i=2}^3 \beta_i X_l + \varepsilon_l \quad (3)$$

Donde las variables dependientes son los valores de satisfacción en la vida y balance afectivo a nivel estatal (BS_l), β_0 es el valor del intercepto, $T.Salud.mental_l$ es la tasa de consultas de salud mental a nivel estatal, β_1 es el valor del parámetro de interés y ε_l se refiere a los errores a nivel estatal. $\sum_{i=2}^3 \beta_i X_l$ es la sumatoria de las variables de control las cuales fueron los promedios de depresión y ansiedad a nivel estatal. Cabe resaltar que los datos correspondientes a las tasas de consultas de salud mental se refieren al año 2020 y la encuesta Enbiare fue levantada en el año 2021 de modo que se evalúa si las tasas de consultas de salud mental tuvieron un efecto positivo en el bienestar subjetivo en el futuro.

Resultados

Para la selección del número de grupos, se utilizó el método del codo y el análisis de silueta. El método del codo permite seleccionar el número de grupos a partir de graficar el porcentaje de variación en función del número de *clusters*, cuando el ángulo de esta gráfica se vuelve más pequeño, formando punto de inflexión, señala que adherir más grupos no contribuirá significativamente y a partir de ese punto se obtiene el número de grupos óptimo (Marutho et al. 2018). El otro método de selección fue el análisis de silueta el cual establece qué tan cerca está cada observación de cada *cluster* en comparación con los otros grupos (Rousseeuw 1987). Los resultados de ambos análisis señalaron que el número óptimo de grupos era de 3 ($k=3$).

A continuación se presenta las características y porcentajes de cada uno de los grupos (revisar anexos para gráficos de algunas características):

Tabla 2. Características principales de los grupos

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Número de observaciones	273 (18%)	557 (37%)	670(44%)
<i>V. sociodemográficas</i>			
Género			
Mujer	194 (71%)	505(90%)	130 (19%)
Hombre	79 (28%)	52(9%)	540 (80%)
Grupo de Edad			
60 o más años	62 (22%)	129(23%)	108 (16%)
45 a 59 años	72 (26%)	154(27%)	152(22%)
30 a 44 años	65 (23%)	147(26%)	256 (38%)
18 a 29 años	74 (27%)	127(22%)	154(22%)
Entidad Federativa			
Los tres estados con mayor número de casos de cada grupo	Tabasco: 18 (6%) Guerrero: 17(6%) Puebla: 13 (4%)	Puebla: 29 (5%) N. León: 25 (4%) S. Luis Potosí: 24 (4%)	N. León: 34 (5%) Colima: 29(4%) CDMX: 29 (4%)
Nivel educativo			
Primaria o menos	109(39%)	165 (29%)	121(18%)
Secundaria	83 (30%)	185 (33%)	176(26%)
Preparatoria	53 (19%)	102 (18%)	158 (23%)
Licenciatura	28 (10%)	90 (16%)	189(28%)
Posgrado	0 (0%)	15 (2%)	26(3%)

<i>V. Salud</i>			
Satisfacción Salud (media)	6.9	8.2	8.8
Depresión			
Padece	241(88%)	52(9%)	6 (0%)
No padece	32(11%)	505(90%)	664(99%)
Ansiedad			
No padece	6 (0%)	193(34%)	488 (66%)
Ansiedad Mínima	54 (19%)	325(58%)	154(22%)
Ansiedad Severa	213(80%)	39(7%)	288(4%)
<i>V. Familiar</i>			
Satisfacción familiar (media)	8	9.2	9.3
Contar con su familia			
Sí	228(83%)	539(96%)	644(96%)
No	43 (15%)	17(3%)	24 (3%)
No tiene familia	2(0%)	1(0%)	2(0%)
<i>V. socioeconómicas-Laboral</i>			
S. socioeconómica (media)	6.1	7.61	8.0
Desempleo/pérdida de un negocio			
Sí	61 (22%)	63(11%)	81 (12%)
Sí pero ya lo recuperó	34 (12%)	29(5%)	38 (5%)
No	178(65%)	465(83%)	551(82%)
Actividad laboral			
Empleo	113 (41%)	112(20%)	438 (65%)
Negocio	25(9%)	37(6%)	55(8%)
Actividad por su cuenta	33(12%)	73(13%)	108(16%)
Ninguna de las anteriores	102(37%)	335(60%)	69 (10%)

Fuente: Elaboración propia.

Grupo 1: Grupo con menor bienestar subjetivo

En el grupo 1 prevalecen más las mujeres (71%), no se caracteriza por pertenecer mayoritariamente a un cierto grupo de edad. Es el grupo con un menor nivel educativo, el 69% cuenta con secundaria o menos. Con respecto a su salud es el grupo con menor satisfacción, en promedio 6.9, mientras que en lo concerniente a la depresión y la ansiedad es el grupo con la mayor propensión a padecer depresión (88%) al igual que a padecer ansiedad severa (80%).

En lo referente, a su satisfacción familiar tiene una media de 8; la menor de los tres grupos. Además de ser el grupo con mayor probabilidad de no contar con su familia ante una emergencia (15%). La media de su satisfacción socioeconómica, 6.1, es la menor de los tres grupos, con respecto al desempleo es el grupo con mayor porcentaje de este (22%) y también en lo concerniente a la pérdida del trabajo aunque después lo hayan recuperado (12%). En su situación laboral la mayoría tienden a ser empleados (41%). Tabasco, Guerrero y Puebla son los estados que tienen el mayor porcentaje de este grupo.

Grupo 2: Principalmente mujeres con alto bienestar subjetivo

El grupo 2 está compuesto en su mayoría por mujeres (90%), no prevalece algún grupo de edad en específico. Su nivel educativo en su mayoría es de secundaria o menor (62%). Es el grupo intermedio en la satisfacción con su salud (media de 8.2), únicamente el 9% padece depresión y sólo el 7% padece ansiedad severa aunque un 58% sí sufre de ansiedad mínima.

La media de su satisfacción familiar es de 9.2 y sólo el 3% expresó no contar con su familia ante una emergencia. Su media en la satisfacción socioeconómica fue de 7.6, el cual es valor intermedio de los tres grupos. El 83% señaló no haber perdido un empleo o negocio en los últimos doce meses, lo cual es un porcentaje similar a la del grupo 3 (82%), mientras en lo que respecta a su actividad laboral la mayoría (60%) señaló no tener empleo, negocio o alguna actividad por su cuenta. Los tres estados con mayor prevalencia de este tipo de grupo fueron Puebla, Nuevo León y San Luis Potosí.

Grupo 3: Principalmente hombres con alto bienestar subjetivo

El 80% del grupo 3 está conformado por hombres, el grupo de edad mayoritario es de 30 a 44 años (38%) mientras que el menor es de 60 o más años (16%). Es el grupo con mayor nivel educativo donde un 31% cuenta ya sea con estudios de licenciatura o posgrado. La media de su satisfacción con su salud es de 8.8, la cifra más alta de los tres grupos. El porcentaje de quienes padecen depresión no llega al 1%; solamente la reportaron 6 personas de las 670. La mayoría no padece ansiedad (66%) y un 22% padece ansiedad pero mínima.

Muestran una alta satisfacción familiar, el promedio fue de 9.3, aunque el 3% señaló no contar con su familia en caso de una emergencia. Cuenta con el valor más alto de los tres grupos en el promedio de su satisfacción socioeconómica (8). El 12% reportó haber perdido su empleo o negocio en los últimos doce meses, el 65% son empleados mientras que alrededor del 90% de este grupo cuenta ya sea con un empleo, negocio o realizan alguna actividad por su cuenta. Al igual que con el grupo 1, la mayoría tienden a ser empleados y un menor porcentaje cuenta con un negocio (8%) o realizan una actividad por su cuenta (16%). Nuevo León, Colima y Ciudad de México son los estados que cuentan con la mayor prevalencia de este grupo.

Los resultados del primer modelo a partir de la clasificación de los grupos fueron los siguientes:

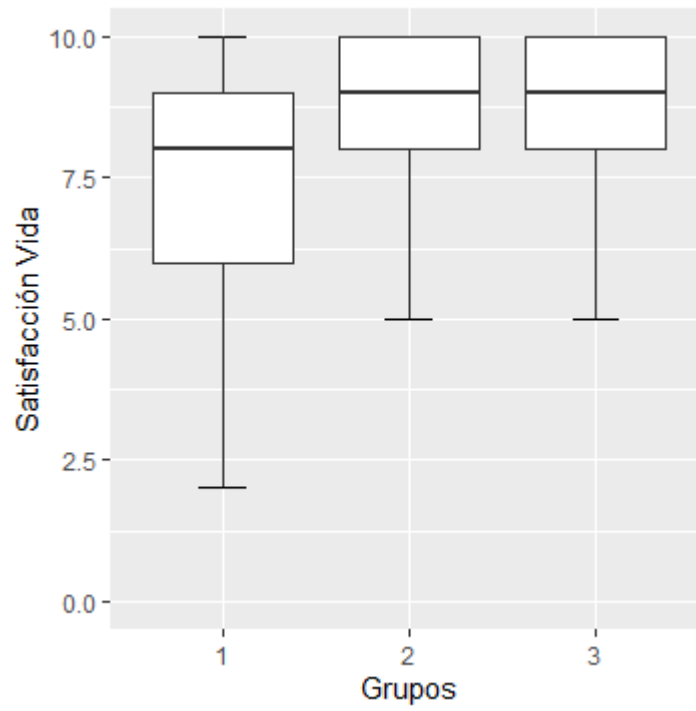
Tabla 3. Regresión a partir del modelo 1 para la satisfacción con la vida y el balance afectivo

	Mod. Satisfacción con la vida	Mod. Balance Afectivo
Intercepto (Grupo 1)	7.113*** (0.102)	1.728*** (0.190)
Grupo 2	1.559*** (0.124)	3.768*** (.232)
Grupo 3	1.616*** (0.121)	4.479*** (0.225)

***p<.01 **p<.05. Fuente: Elaboración propia.

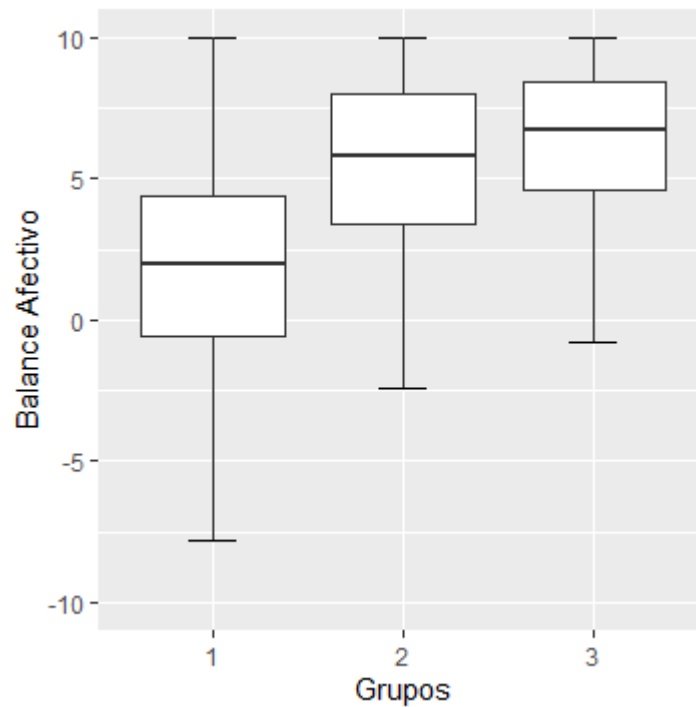
El grupo 1 es el grupo con menor promedio de satisfacción con la vida (7.11) en comparación con el grupo 2 (8.66), el grupo 3 (8.72) y la media nacional (8.42). Por otra parte, con respecto al balance afectivo el grupo 1 igualmente fue el grupo con menor promedio (1.72) si se compara con el grupo 2 (5.48), el grupo 3 (6.19) y el promedio nacional (5.6). Los datos señalan que en ambas mediciones del bienestar subjetivo, satisfacción con la vida y balance anímico, las personas pertenecientes al grupo 1 tienden a mostrar niveles inferiores que los demás grupos. (ver figura 1 y figura 2).

Gráfico 1. Gráfica de caja de los diferentes grupos con relación a la satisfacción con la vida



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Gráfica de caja de los diferentes grupos con relación al balance afectivo



Fuente: Elaboración propia.

En general se observa que el grupo 1 es el que en promedio tiende a reportar los valores más bajos en las dimensiones socioeconómicas-laborales, familiares y de salud incluyendo la salud mental. Se obtiene un panorama global de un posible círculo vicioso en el que la menor satisfacción en las diferentes dimensiones, la inestabilidad laboral, el menor nivel educativo y la mayor propensión a no contar con su familia estén relacionados a padecer algún trastorno del estado de ánimo como lo es la depresión y la ansiedad severa y, a su vez, padecer alguno de estos trastornos podría contribuir a una mayor inestabilidad laboral y a una menor satisfacción ya sea familiar, de salud, y socioeconómica. Así, el conjunto de todos estos factores que caracterizan al grupo 1 tiene un impacto negativo en la satisfacción con la vida (7.11) y en el balance anímico (1.72). Si bien la mayoría de la muestra pertenece ya sea al grupo 2 y 3 (81%), el 18% pertenece al grupo 1, el cual presenta el menor bienestar subjetivo.

En el caso del grupo 2 tiende a reportar valores más altos en las diferentes dimensiones en comparación con el grupo 1 aunque menores que el grupo 3, cabe resaltar que su satisfacción con la vida es mayor que la media nacional aunque no ocurre lo mismo en su balance afectivo. El grupo 2 en su mayoría está conformado por mujeres (90%), y una de sus características

principales es que es el grupo con el porcentaje más alto de ansiedad mínima (52%) lo que señala que este tipo de trastorno afecta más a las mujeres si se compara con el grupo 3 donde el 80% está conformado por hombres del cual sólo el 26% padece algún tipo de ansiedad ya sea mínima o grave. Con respecto a los grados de satisfacción en los diferentes dominios, el grupo 2 cuenta con niveles de satisfacción socioeconómica, de salud y familiares similares a la media nacional (7.6/7.5, 8.2/8.3, 9.2/9.0, respectivamente). En términos generales, este grupo se caracteriza por conformarse principalmente por mujeres y contar con valores cercanos a la media nacional en los diferentes dominios, aunque sí presenta una fuerte prevalencia de ansiedad mínima, no obstante, sus valores de satisfacción con la vida (8.66) y balance anímico (5.48) no son particularmente bajos.

En comparación con los grupos 1 y 2, el grupo 3 es el que cuenta con los valores más altos en todos los dominios. Principalmente conformado por hombres (80%), dentro de sus características cabe resaltar su alta satisfacción socioeconómica (8) y la poca prevalencia de trastornos del estado de ánimo, sólo el 4% padece ansiedad severa y menos del 1% padece depresión. Además, es el grupo con el más alto nivel educativo en el que el 31% cuenta con estudios de licenciatura o de posgrado comparado con el grupo 1 (10%) y el grupo 2 (18%), al igual que presenta una baja tasa de desempleo (12%) y una alta satisfacción familiar (9.3). A diferencia del grupo 1, el conjunto de estos factores podría señalar la existencia de un círculo virtuoso en el que un mayor grado educativo, mayor satisfacción en los dominios socioeconómicos, familiares y de salud, y una menor propensión al desempleo contribuirían a disminuir la prevalencia de trastornos del estado de ánimo y, a su vez, no presentar estos trastornos ayudaría a mantener los altos valores en las diferentes dimensiones. Como resultado, el grupo 3 presenta el nivel más alto de bienestar subjetivo: satisfacción con la vida (8.72) y balance anímico (6.19).

Regresiones Salud mental

Los resultados del segundo modelo fueron los siguientes:

Tabla 4. Regresiones para la satisfacción con la vida y el balance afectivo a nivel individual

	Mod. S. Vida	Mod. Balance afectivo
Tasa consulta Salud Mental 100 mil habitantes (÷100)	0.001** (0.000)	0.008*** (0.001)
Secundaria °	0.111*** (0.027)	0.135*** (0.054)
Preparatoria °	0.151*** (0.030)	0.369*** (0.060)
Licenciatura °	0.331*** (0.030)	0.631*** (0.061)
Posgrado °	0.476*** (0.074)	0.843*** (0.147)
Edad	-0.006*** (0.000)	0.018*** (0.001)
Mujer	-0.092*** (0.019)	-0.698*** (0.038)
Casado	0.331*** (0.020)	0.095** (0.040)
S. Tomar decisiones	0.365*** (0.005)	0.629*** (0.011)
Intercepto	5.25*** (0.065)	-1.278*** (0.129)

***p<.01 **p<.05 ° El grupo base fue el grado educativo de primaria o menor. Fuente: Elaboración propia.

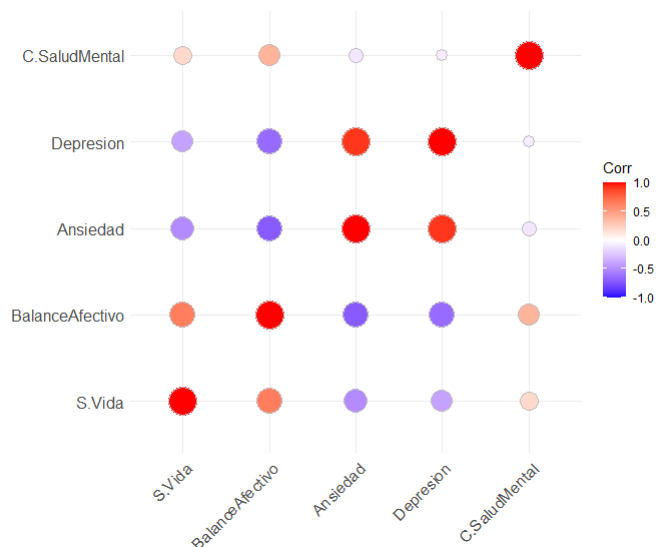
Las tasas de consultas en salud mental a nivel estatal tienen un impacto positivo en la satisfacción con la vida y el balance afectivo, aunque el efecto fue mayor y más significativo para el balance afectivo. Por cada mil consultas en salud mental que se incrementen a nivel estatal se tiene un impacto de .001 en la satisfacción con la vida, en una escala de 1 al 10 y un impacto de .008 en el balance afectivo, en una escala de -10 a 10, por lo cual los resultados señalan que el principal efecto que tienen las consultas de salud mental radica en el bienestar que experimentan los ciudadanos en su día a día más que en la valoración cognitiva que tienen en su satisfacción ante la vida. Si bien el impacto sería pequeño, cabe mencionar que las variables que tienen mayor peso en el bienestar subjetivo son aquellos eventos que le ocurren directamente al ciudadano, por lo cual se espera que el impacto de la tasa de consultas a nivel estatal sea menor que aquellas variables relacionadas directamente con el ciudadano.

De acuerdo con las variables de control, se encuentra que entre mayor sea el grado educativo se obtiene un impacto positivo en el bienestar subjetivo, su impacto es más fuerte en los grados de

licenciatura y posgrado. Conforme a la edad, esta tiene un impacto negativo en la satisfacción con la vida pero un impacto positivo en el balance anímico, resultado que señala que entre mayor sea la edad, las personas tenderían evaluar más negativamente su satisfacción con la vida pero experimentarían mayores estados positivos en su día a día. Ser mujer tiene un impacto negativo en ambas mediciones de bienestar subjetivo, aunque su principal efecto resulta en el balance afectivo, lo cual señala que tienden a experimentar mayores sentimientos negativos a lo largo del día. En el caso de estar casado, si bien tiene un efecto positivo en ambas mediciones, su principal efecto radica en la satisfacción con la vida, medida del tipo reflexivo, más que en su balance afectivo. Por último, la satisfacción para tomar decisiones (escala del 0 al 10) tiene un impacto positivo tanto con la satisfacción con la vida como con el balance afectivo.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión a nivel estatal, tercer modelo, para medir el impacto de las consultas de salud mental. Primero, se muestra un correlograma (ver figura 1) donde se señala que las consultas de salud mental están relacionadas positivamente con el bienestar subjetivo, principalmente con el balance afectivo. Además, que la ansiedad y la depresión se correlacionan negativamente tanto con la satisfacción con la vida como con el balance afectivo. Sin embargo, la correlación entre la tasa de consultas de salud mental a nivel estatal y la depresión y la ansiedad no resultó ser alta.

Gráfico 3. Correlograma de las variables utilizadas en el modelo 3 a nivel estatal



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados del tercer modelo fueron los siguientes:

Tabla 5. Regresión para el balance afectivo a nivel estatal

	Mod. Balance Afectivo	Mod. Satisfacción con la vida
Tasa consulta Salud Mental 100 mil habitantes ($\div 100$)	0.008** (0.003)	0.002 (.304)
Ansiedad	-1.907** (0.756)	-1.163 (.572)
Depresión	0.055 (0.228)	0.152 (0.172)
Intercepto	7.078*** (0.402)	9.15*** (0.304)

***p<.01 **p<.05. Fuente: Elaboración propia.

En este modelo se encuentra que las tasas de consulta de salud mental tienen un efecto positivo tanto en el balance afectivo y la satisfacción con la vida, sin embargo, únicamente fue estadísticamente significativo para el balance afectivo, de manera que por cada aumento de mil consultas de salud mental se tiene un aumento de .008 en el balance afectivo. Con respecto a los promedios de ansiedad y depresión a nivel estatal, la ansiedad resultó tener un efecto negativo en ambas mediciones, no obstante, únicamente resultó significativo para el balance afectivo, un aumento en una unidad de ansiedad tiene un efecto de -1.907 en el balance afectivo, en una escala de -10 a 10. En el caso de los promedios estatales de depresión se encuentra tendría un efecto positivo, sin embargo, no resultó estadísticamente significativo en ninguna de las dos mediciones de bienestar subjetivo. De esta manera, a nivel estatal, la ansiedad es el trastorno del estado de ánimo que mayor impacto negativo tiene en el bienestar subjetivo, específicamente en el balance afectivo.

A diferencia del modelo a nivel individual donde las tasas de consulta de salud mental fueron significativas para ambas mediciones de bienestar subjetivo, en el caso del modelo a nivel estatal únicamente fue significativo para el balance afectivo, aunque cabe señalar que el valor del intercepto de la satisfacción con la vida fue de 9.15, un valor alto si se considera que la escala es del 0 al 10. Tanto en el modelo individual como en el estatal el principal efecto de las consultas de salud mental fue en el balance afectivo, en ambas de .008, más del doble del efecto que tuvieron las consultas en la satisfacción general con la vida. Estos datos señalan que la tasa

de consultas de salud mental principalmente tiene un impacto en la prevalencia de estados positivos experimentados a lo largo del día, como lo es estar de buen humor, concentrado, alegre, tranquilo y con vitalidad, y no tanto en la evaluación reflexiva y consciente que hacen los individuos al evaluar su satisfacción con la vida.

Dado que en el cuestionario de la Enbiare no existe una pregunta específica si actualmente se encuentra asistiendo a consultas de salud mental no fue posible evaluar directamente el efecto de acudir a consulta. Sin embargo, dichos resultados podrían llegar a ser variables debido a un tema de temporalidad donde, por ejemplo, las personas con menor bienestar subjetivo sean las más propensas a acudir a este tipo de consultas y que, por lo tanto, los resultados podrían señalar que acudir a terapia de salud mental tiene un efecto negativo en el bienestar subjetivo.

Conclusiones

Las mediciones del bienestar subjetivo permiten detectar posibles problemas públicos que las mediciones del bienestar objetivo podrían pasar por alto. Si bien en general México tiende a reportar puntajes altos de bienestar subjetivo, no toda la población muestra un alto nivel de satisfacción con la vida ni de balance afectivo; existen ciertos eventos y variables que impactan negativamente en su calidad de vida. El bienestar subjetivo de un ciudadano es inherentemente es multicausal donde algunas variables tienen un mayor impacto que otras. Las dimensiones laborales, socio económicas, familiares y de salud, incluyendo la salud mental, son algunas de las que tienen un mayor impacto en el bienestar subjetivo de los ciudadanos.

Más que evaluar si una determinada variable de estas dimensiones tiene un impacto en el bienestar subjetivo, el objetivo de la presente investigación es obtener una visión integral de cómo se caracterizan los grupos con relación a su bienestar subjetivo y, a partir de ello, determinar las áreas de política pública que tienen mayor potencial de impactar positivamente en su bienestar, principalmente para aquellos grupos que presentan menor nivel de bienestar subjetivo.

Los resultados del análisis de conglomerados arrojan que el grupo 1 es el que tiene una mayor propensión a una menor satisfacción con la vida y un menor balance afectivo en comparación con los otros grupos. Algunas de sus características que diferencian al grupo 1, es que tienden a una menor satisfacción socio económica, familiar y de salud, son más propensos a caer en el desempleo, a no contar con redes de apoyo familiares y a tener un grado educativo bajo. Un dato relevante, se refiere al tema de la salud mental dada su alta propensión a padecer depresión (88%) y ansiedad severa (80%), en comparación con los grupos 2 y 3 quienes en promedio la prevalencia de depresión y ansiedad severa es menor al 10%.

Estos datos concernientes a la salud mental señalan que los individuos del grupo 1 presentan una tendencia mucho mayor a padecer algún tipo trastorno del estado ánimo principalmente severo. Si a ello se le añade que es el grupo con menor satisfacción económica y mayor propensión al desempleo, entonces es menos probable que puedan acudir a servicios de salud mental de manera privada.

Aunque la Ley General de Salud, en su artículo 72 estipula que el Estado debe garantizar el acceso universal a los servicios de salud mental, la realidad dista bastante de tal situación: sólo el 1.9% de todas las consultas, federales y estatales, atendieron temas relativos a la salud mental, existen entidades federativas como Baja California, Guerrero, Oaxaca, y Tabasco que no cuenta con ningún Centro Integral de Atención a la Salud Mental (CISAME), y además hay una generalizada falta de personal capacitado para atender trastornos mentales como es el caso de Baja California que sólo cuenta con 37 psicólogos y ningún psiquiatra, y ello únicamente en los Centros de Atención y Prevención de las Adicciones, dado que no cuenta ni con CISAMES ni hospitales psiquiátricos. (Secretaría de Salud b 2022). Además del insuficiente presupuesto asignado a la salud mental, alrededor del 2% del presupuesto en salud, del cual la mayoría se gasta en el funcionamiento operativo de los hospitales psiquiátricos (Secretaría de Salud a 2022).

La falta de atención a la salud mental tiene consecuencias en la calidad de vida y el bienestar subjetivo de la ciudadanía; los resultados de la presente investigación señalan que la tasa de consultas en salud mental a nivel estatal sí tiene un impacto en el bienestar subjetivo principalmente en el balance anímico. De manera que dejar de lado los servicios de salud mental sí contribuye a disminuir el bienestar de las sociedades, principalmente cuando el grupo con menor nivel de bienestar subjetivo es el que presenta mayores trastornos del estado de ánimo y que, por lo tanto, requiere esta clase de servicios.

La actual política de salud mental busca un cambio de paradigma que se centre en el autocuidado y la atención comunitaria, además de promover que los servicios de salud mental formen parte de los esquemas de atención primaria (Secretaría de Salud a 2022). Para promover la salud mental desde un enfoque comunitario se tiene que dejar de lado la idea de que la atención a los trastornos mentales es una responsabilidad exclusiva y aislada de los hospitales psiquiátricos. Dadas las limitaciones de infraestructura en varias entidades federativas, promover servicios de consultoría digital gratuita sería una opción viable para ampliar el alcance de los servicios de salud mental. A su vez, incentivar la creación de brigadas comunitarias, formadas por especialistas, ayudarían a brindar intervenciones clínicas en zonas remotas, además de promover actividades preventivas y medidas de autocuidado (OMS 2022). Igualmente las terapias o grupos de apoyo serían particularmente relevantes para las personas quienes no cuentan con

redes de apoyo de familiares y señalan baja satisfacción familiar cuya mayor proporción se encontró en el grupo 1.

En lo que respecta al modelo de atención primaria de la salud mental ante la limitante de presupuesto y de personal capacitado, actualmente se realizan capacitaciones del programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cual brinda herramientas para diagnosticar y tratar trastornos mentales, neurológicos y consumo de sustancias, en personal de primera línea sin que necesariamente el personal tenga que ser psicólogo o psiquiatra (OMS 2022). Sin embargo, todavía no existen resultados sobre el grado de efectividad del programa adaptado al contexto mexicano y si la capacitación del personal se ha traducido en una mayor atención de los ciudadanos con algún problema de salud mental. Por ende, es necesario no sólo realizar las capacitaciones sino también obtener métricas sobre sus resultados, además de promover y difundir los servicios de salud mental en las unidades de primer nivel.

Si bien fomentar un mayor acceso a los servicios de salud mental es crucial para promover el bienestar subjetivo, estas acciones deben ir acompañadas con políticas integrales que promuevan el acceso al empleo, la salud, fomento a la educación y una mejora de las condiciones materiales. En el caso del grupo 1 se encuentra que tienen una mayor propensión a estar desempleado o a perder su negocio (22%). En general, cuentan con una baja satisfacción socioeconómica (6.1) y en su mayoría tienen un grado educativo de secundaria o menor. Estas características señalan la importancia de fomentar fuentes de empleo para este grupo en específico, además de considerar la calidad de estos y el acceso que tienen a las prestaciones de ley. Incentivar políticas públicas para fomentar el empleo no sólo tiene repercusiones en el sentido económico y material sino también en la calidad de vida de las personas tanto en su satisfacción con la vida como en el balance afectivo.

Para promover un mayor nivel de bienestar subjetivo no sólo basta la atención de la salud mental dado que existen múltiples factores que influyen en que un individuo muestre bajos niveles de bienestar subjetivo. El grupo 1 es el que tiende a estar más desfavorecido en las diferentes dimensiones lo que señala la multiplicidad de aspectos que son necesarios atender para mejorar el bienestar de estos ciudadanos. La atención a la salud mental por sí sola no bastará para mejorar

el bienestar subjetivo del grupo 1 si no se acompaña de acciones integrales que permitan mejorar las condiciones materiales de estos individuos.

Algunas de las limitaciones de la presente investigación es que se trabajó principalmente con variables relacionadas con las dimensiones de salud, socioeconómicas-laborales, familiares y de salud mental, de manera que se dejaron fuera otros campos que podrían ser relevantes en el bienestar subjetivo como lo son las perspectivas a futuro o la violencia. Además, en el caso de la salud mental únicamente se utilizaron las variables de depresión y ansiedad, de manera que quizá no se encuentre una mayor prevalencia de otro tipo de trastorno mental en el grupo con menor nivel de bienestar subjetivo. También, es importante recalcar que el análisis de conglomerados sólo es válido para la población mayor de edad dado que los datos fueron recabados únicamente a personas de 18 años o más, además que este tipo de análisis no señala causalidad entre las variables. En el caso de los resultados de la regresión a nivel individual de las tasas de consulta de salud mental si bien se encontró un efecto positivo en el bienestar subjetivo se debe considerar que su impacto no fue tan significativo en comparación con las variables de control como lo fue el grado de estudios o la satisfacción para tomar decisiones.

Otro aspecto para considerar es que sólo se tomó en cuenta la tasa de consultas de salud mental a nivel estatal, pero no se evaluó la calidad de estas ni el porcentaje de egresos. Si bien en el presente trabajo se ha señalado la falta de accesos a consultas de salud mental, otro campo de análisis sería evaluar la calidad de estas y si efectivamente contribuyeron a reducir los trastornos del estado de ánimo de los ciudadanos. Factores como la sobrecarga de trabajo, la falta de una capacitación adecuada como podría ocurrir en el caso del programa mhGAP podrían fomentar que los servicios de salud mental públicos no generen el suficiente impacto positivo en la ciudadanía.

Aunque los mexicanos tienden a mostrar niveles altos de bienestar subjetivo la presente investigación identifica un grupo menor satisfacción con la vida y balance afectivo. Particularmente relevante resulta el caso de la salud mental donde la principal diferencia entre este grupo con los otros fue la prevalencia de la ansiedad severa y la depresión. Los trastornos del estado de ánimo afectan en la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas. La depresión y la ansiedad son de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (OMS 2022). Si el Estado efectivamente desea cumplir con su función de promover el bienestar de su

ciudadanía, una de sus principales obligaciones, resulta crucial la atención de la salud mental, la cual es un derecho humano que no debe ser un privilegio. No existe progreso social sin bienestar subjetivo y no existe bienestar subjetivo sin salud mental.

Como los resultados de la investigación señalan la tasa de consultas en salud mental a nivel estatal sí tienen un impacto positivo en el bienestar subjetivo principalmente en el balance afectivo. De manera que las acciones que el Estado realice o deje de realizar en el rubro de la salud mental tendrán en efecto en el bienestar subjetivo de los ciudadanos. No obstante, el bienestar subjetivo es multicausal de manera que una sola área de política pública no será suficiente para mejorarlo, sino que se requiere de una acción integral en diferentes dominios.

Referencias

- Ansa, Miren. 2016. "Empleo y Desempleo Desde La Perspectiva Del Bienestar Subjetivo." *Lan Harremanak - Revista de Relaciones Laborales* 0 (34): 49–78. <https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.16556>.
- Binder, Martin, and Ann-Kathrin Blankenberg. 2021. "Self-Employment and Subjective Well-Being." *Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics*, 1–25. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57365-6_191-1.
- Bolaños, Díaz, Carmen Delia, Rodríguez Trueba, José Carlos, Rodríguez Rodríguez, Raquel Irene, Bienestar Subjetivo, Estrategias Cognitivo-Afectivas, and Y Familia. 2018. "Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de La Infancia." *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 3 (1).
- Bridges, Jr. 1966. "Hierarchical Cluster Analysis." *Psychological Reports* 18 (3): 851–54. <https://doi.org/10.2466/PRO.1966.18.3.851>.
- Cárdenas, Sarait, and Alejandro López. 2015. "Más Allá Del Ingreso: Pobreza y Bienestar Subjetivo En Cuatro Comunidades Rurales de México." *Agricultura, Sociedad y Desarrollo* 12: 483–98.
- Castellanos, Roberto. 2012. "El Bienestar Subjetivo Como Enfoque e Instrumento de La Política Pública: Una Revisión Analítica de La Literatura." *Estado, Gobierno y Gestión Pública*, no. 20 (December): 131/168-131/168. <https://adnz.uchile.cl/index.php/REGP/article/view/25862>.
- Chang, Wen Chun. 2013. "Climbing up the Social Ladders: Identity, Relative Income, and Subjective Well-Being." *Social Indicators Research* 113 (1): 513–35. <https://doi.org/10.1007/S11205-012-0108-7>.
- Cortés, L. 2022. "La Atención a La Salud Mental: Una Mirada a Las Entidades Federativas – Pacto Federal." May 13, 2022. <https://federalismo.nexos.com.mx/2022/05/la-atencion-a-la-salud-mental-una-mirada-a-las-entidades-federativas/>.
- Cross, M P, L Hofschneider, M Grimm, and S D Pressman. 2018. *Subjective Well-Being and*

Physical Health.

- Diener, Ed, Shigehiro Oishi, and Louis Tay. 2018. “Advances in Subjective Well-Being Research.” *Nature Human Behaviour* 2 (4): 253–60. <https://doi.org/10.1038/S41562-018-0307-6>.
- Florenzano, R. y F. Dussailant 2011. Felicidad, salud mental y vida familiar, en M. Rojas (coord), *La Medición del Progreso y del Bienestar. Propuestas desde América Latina*, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, México.
- Gerstenbluth, Mariana, Máximo Rossi, and Patricia Triunfo. 2008. “Felicidad y Salud: Una Aproximación Al Bienestar En El Río de La Plata Happiness and Health: An Approximation to Well-Being in tHe Rio de La Plata.” *Estudios de Economía* 35 (1): 65–78.
- Gordon, Sara, Sandra Murillo, and Selene Hernández. 2018. “Satisfacción Con La Vida y Desempeño Social En México: Un Enfoque Multidimensional Life Satisfaction and Social Performance in Mexico, A Multidimensional Approach.” *Sociológica*, 41–74.
- Heald, Jeremy, Erick Treviño Aguilar, Jeremy Heald, and Erick Treviño Aguilar. 2021. “Does Subjective Well-Being Contribute to Our Understanding of Mexican Well-Being?” *Acta Universitaria* 31 (October): 1–20. <https://doi.org/10.15174/AU.2021.3143>.
- INEGI. 2020. “Población Total Por Entidad Federativa y Grupo Quinquenal de Edad Según Sexo, Serie de Años Censales de 1990 a 2020.” 2020. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b.
- . 2021a. “Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021 ENBIARE Nota Técnica Antecedentes.” 2021.
- . 2021b. “Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021 ENBIARE Diseño conceptual. 2021.
- . 2022a. “PIB per Cápita. Cuéntame de México.” 2022.

<https://cuentame.inegi.org.mx/economia/pibpc.aspx?tema=e>.

———. 2022b. “Producto Interno Bruto. Cuéntame de México.” 2022. <https://cuentame.inegi.org.mx/economia/pib.aspx?tema=e>.

Kahneman, D., y Deaton, A. 2010. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the national academy of sciences*, 107(38), 16489-16493.

Kahneman, D. 2011. *Thinking, Fast and Slow*. Macmillan.

Kahneman, Daniel, Peter P Wakker, and Rakesh Sarin. 1997. “Back to Bentham? Explorations of Experienced Utility.” *The Quarterly Journal of Economics* 2 (112): 375–406.

Kokkinos, Constantinos M., Costas N. Tsouloupas, and Ioanna Voulgaridou. 2022. “The Effects of Perceived Psychological, Educational, and Financial Impact of COVID-19 Pandemic on Greek University Students’ Satisfaction with Life through Mental Health.” *Journal of Affective Disorders* 300 (March): 289–95. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.12.114>.

Leyva, G. y Romo D. 2018. “Bienestar subjetivo y pobreza multidimensional en México”. En *Bienestar subjetivo en México*, ed. Instituto de Investigaciones Sociales, 159-194. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Lomas, Tim, Brendan W. Case, Flynn J. Cratty, and Tyler J. Vander Weele. 2021. “A Global History of Happiness.” *International Journal of Wellbeing* 11 (4): 68–87. <https://doi.org/10.5502/ijw.v11i4.1457>.

Lombardo, Patrick, Wayne Jones, Liangliang Wang, Xin Shen, and Elliot M Goldner. 2018. “The Fundamental Association between Mental Health and Life Satisfaction: Results from Successive Waves of a Canadian National Survey.” *BMC Public Health* 18 (342). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5235-x>.

Lyubomirsky, Sonja, Laura King, and Ed Diener. 2005. “The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?” *Psychological Bulletin* 131 (6): 803–55. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>.

Malone, Christopher, and Amy Wachholtz. 2018. “The Relationship of Anxiety and Depression

- to Subjective Well-Being in a Mainland Chinese Sample.” *Journal of Religion and Health* 57 (1): 278. <https://doi.org/10.1007/S10943-017-0447-4>.
- Martínez, Lina María, Daniela Estrada, and Sergio I. Prada. 2019. “Mental Health, Interpersonal Trust and Subjective Well-Being in a High Violence Context.” *SSM - Population Health* 8 (100423). <https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2019.100423>.
- Marutho, Dhendra, Sunarna Hendra Handaka, Ekaprana Wijaya, and Muljono. 2018. “The Determination of Cluster Number at K-Mean Using Elbow Method and Purity Evaluation on Headline News.” *Proceedings - 2018 International Seminar on Application for Technology of Information and Communication: Creative Technology for Human Life, ISemantic 2018*, November, 533–38. <https://doi.org/10.1109/ISEMANTIC.2018.8549751>.
- Mastekaasa, Arne. 1993. “Marital Status and Subjective Well-Being: A Changing Relationship?” *Social Indicators Research* 29 (3): 249–76. <https://doi.org/10.1007/BF01079515>.
- OCDE. 2013. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being*. <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>.
- . 2022. “Índice Para Una Vida Mejor.” 2022. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/life-satisfaction-es/>.
- OMS. 2021. “Depresión.” 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- . 2022. *Transforming Mental Health for All. World Mental Health Report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
- Rojas, M. 2009. El progreso y el bienestar experimentado por las personas. En M. Rojas (coord.). *Midiendo el progreso de las sociedades: reflexiones desde México*. México, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 71-78
- Rojas, Mariano. 2011. “El Bienestar Subjetivo: Su Contribución a La Apreciación y La Consecución Del Progreso y El Bienestar Humano.” *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía* 2 (1): 64–77.

- Rojas, M. y Martínez, I. 2012. Medición, Investigación e Incorporación a las Políticas Públicas del Bienestar Subjetivo. En *Reporte de la Comisión para el Estudio y la Promoción del Bienestar en América Latina*, Foro Consultivo Científico y Tecnológico
- Rousseeuw, Peter J. 1987. “Silhouettes: A Graphical Aid to the Interpretation and Validation of Cluster Analysis.” *Journal of Computational and Applied Mathematics* 20 (C): 53–65. [https://doi.org/10.1016/0377-0427\(87\)90125-7](https://doi.org/10.1016/0377-0427(87)90125-7).
- Secretaría de Salud a. 2022. “Programa de Acción Específico: Salud Mental y Adicciones .” 2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf.
- Secretaría de Salud b. 2022. “2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicción.” 2022.
- Sistema de Información de la Secretaría de Salud. 2021. “Sistema de Información de La Secretaría de Salud.” 2021. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>.
- Stephens, Andrew, Dphil [Prof, Angus Deaton, Woodrow Wilson, Arthur A Stone, and [Prof. 2015. “Psychological Wellbeing, Health and Ageing.” *Lancet* 385 (9968): 640–48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0).
- Stevenson, Betsey, and Justin Wolfers. 2008. “Economic Growth and Subjective Well-Being: Reassessing the Easterlin Paradox.” *National Bureau of Economic Research*. 14282 (August). <https://doi.org/10.3386/W14282>.
- Stiglitz, Joseph, Amartya Sen, and Jean-Paul Fitoussi. 2009. “Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.” www.stiglitz-sen-fitoussi.fr.
- Tejeda, G, and B Burgos. 2020. “Influencia Del Empleo En El Bienestar Subjetivo de Las Personas En México.” *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad* 41 (163): 58–81. <https://doi.org/10.24901/rehs.v41i163.689>.
- Temkin, Benjamin. 2016. “The Negative Influence of Labor Informality on Subjective Well-

Being.” *Global Labour Journal* 7 (1). <https://doi.org/10.15173/GLJ.V7I1.2545>.

Temkim, B. y Martínez, E. 2018. “Bienestar subjetivo y empleo en México”. En *Bienestar subjetivo en México*, ed. Instituto de Investigaciones Sociales, 195-218. México: Universidad Nacional Autónoma de México

Teruel, G, P Gaitán, G Leyva, and V Pérez. 2021. “Depresión En México En Tiempos de Pandemia.” *Coyuntura Demográfica* 1 (19). http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/uploads/2021/04/Teruel-et-al_CD19.pdf.

Veenhoven, Ruut. 1989. “National Wealth and Individual Happiness.” *Understanding Economic Behaviour*, 9–32. https://doi.org/10.1007/978-94-009-2470-3_2.

Yasuko, Beatriz, Socorro Romano, Noraya Garcia, and Maria Del refugio Felix. 2005. “Indicadores Objetivos y Subjetivos de La Calidad de Vida ,.” *Consejo Nacional Para La Enseñanza En Investigación En Psicología*. 10 (1).

Bases de Datos:

Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021. Recuperado de:

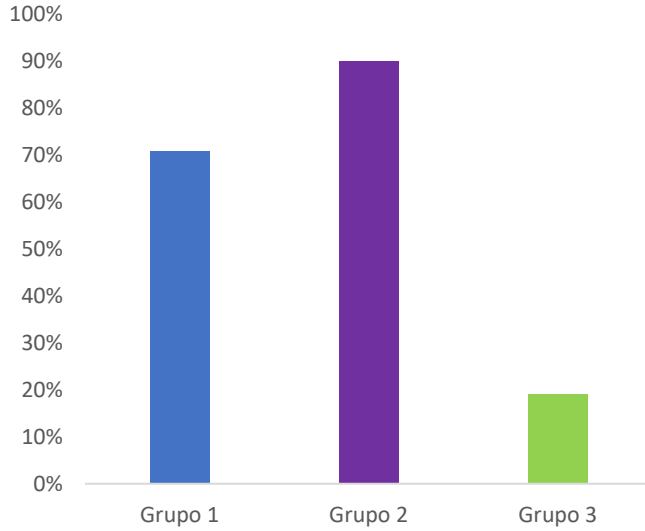
<https://www.inegi.org.mx/programas/enbiare/2021/>

Sistema de Información de la Secretaría de Salud (2021) Total de consultas de salud mental en unidades de Consulta externa y hospitalización. Recuperado de:

<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

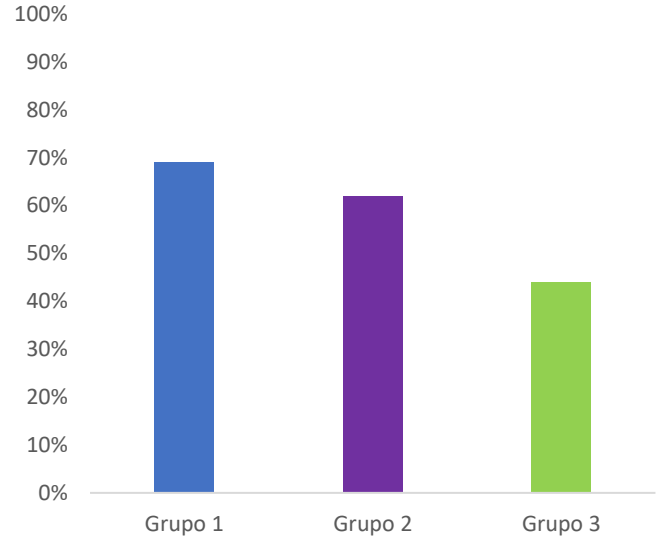
Anexos

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres de los diferentes grupos



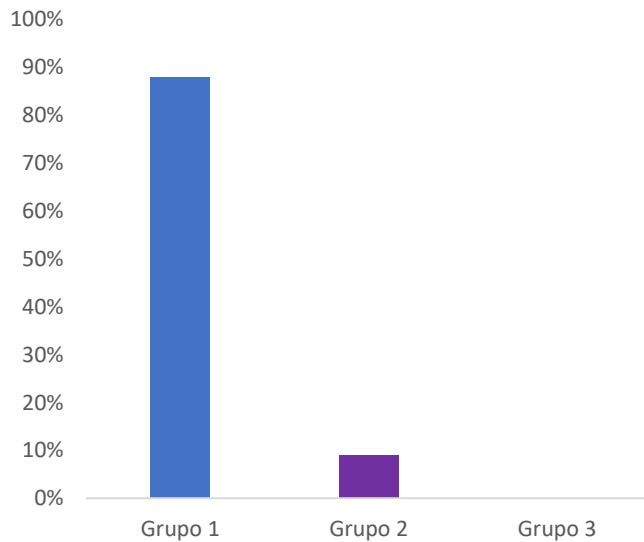
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 5. Porcentaje de nivel educativo (secundaria o menor) de los diferentes grupos



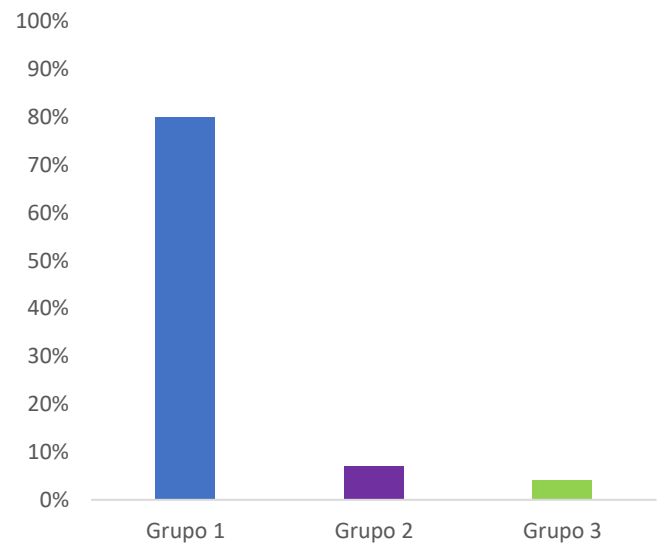
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 6. Porcentaje de prevalencia de depresión de los diferentes grupos



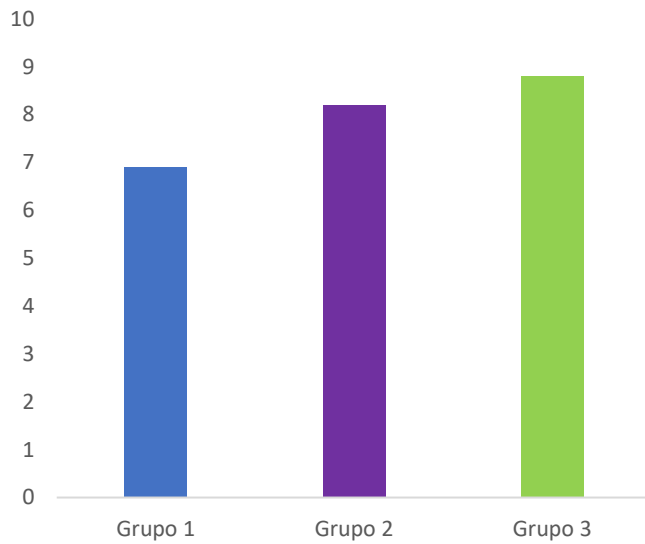
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 7. Porcentaje de prevalencia de ansiedad severa de los diferentes grupos



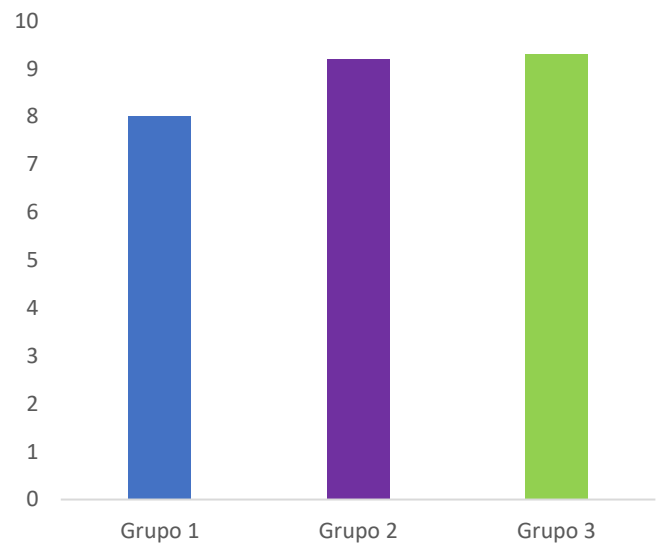
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 8. Satisfacción en salud de los diferentes grupos



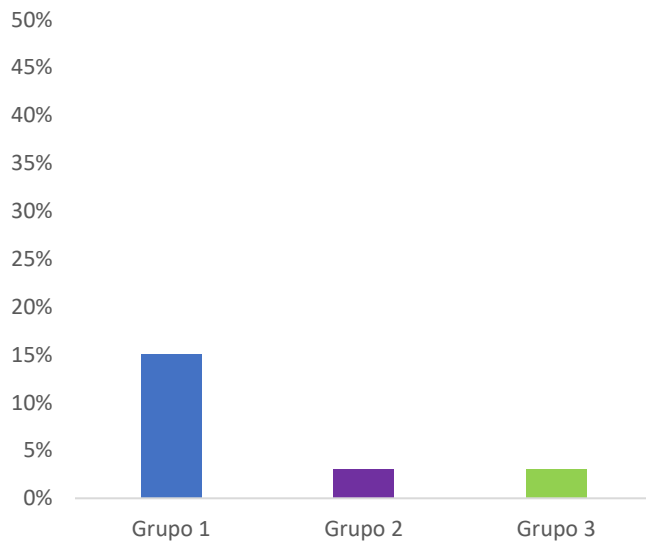
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 9. Satisfacción familiar de los diferentes grupos



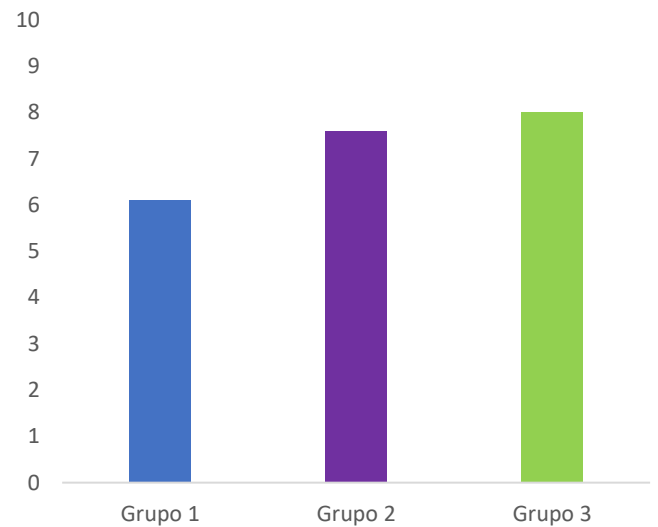
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 10. Porcentaje de no contar con su familia ante una emergencia o urgencia de los diferentes grupos



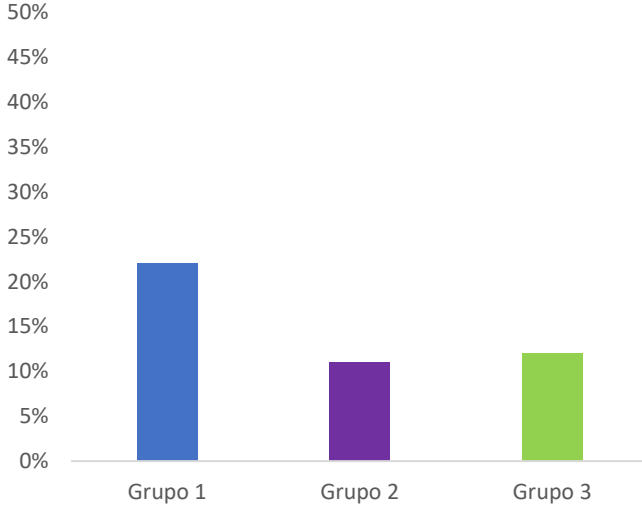
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 11. Satisfacción socioeconómica de los diferentes grupos



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 12. Porcentaje de pérdida de empleo de los diferentes grupos



Fuente: elaboración propia.