



**“DEPRESIÓN Y SUS DETERMINANTES SOCIALES,
ALGUNAS CORRELACIONES INCÓMODAS”**

**ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

Alumno: Francisco Díaz Aguilar

Profesor: Óscar Landerretche Moreno

Santiago, julio 2022

I. SECCIÓN 1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

En Chile una fracción elevada de personas, en comparación con la media continental¹, sufre depresión. La última Encuesta Nacional de Salud (2018) muestra que el 15,8% de la población la padece, situación que a lo largo de los años no ha variado demasiado. El mismo sondeo exhibió que en el año 2003 y 2010 las cifras alcanzaron un 17,5% y un 17,9%, respectivamente.

Diversos estudios han analizado cómo la depresión afecta sobre fenómenos sociales (Ruiz-Tagle y Urria, 2020), económicos (Ruiz-Tagle y Troncoso, 2018) y físicos (Argote, 2020). Para el caso de Chile, Ruiz-Tagle y Troncoso (2018) concluyen que la depresión reduce en un 20% la participación de los individuos en el mercado laboral, además de disminuir, en promedio, un 60% de los salarios de las mujeres, y un 50% el de los hombres.

Respecto a los efectos físicos de la depresión, Jiménez, Sáiz y Bobes (2006) sostienen que una de cada dos personas que se suicidan padecen depresión, siendo éste el factor de riesgo más relevante. Considerando los datos de la Encuesta Nacional de Salud, durante el año 2018 se suicidaron 1.823 personas en Chile, cifra con lo cual se puede inferir que, aproximadamente 900 personas decidieron terminar con su vida por problemas de depresión, es decir, poco más de dos al día.

La depresión es explicada por factores genéticos (Shadrina, Bondarenko y Slominsky, 2018), económicos (Salm, 2009), físicos (Tyrrell, et al., 2019) y sociales (Alvarez-Galvez y Rojas-García, 2019). En este sentido, las relaciones sociales, el sentido de pertenencia, la participación y la confianza interpersonal, es decir el capital social de los individuos², se relaciona negativamente con la prevalencia depresiva (Sartorius, 2003; Poblete, Sapag, y Bossert 2008).

En Chile, la Ley N°21.331³ –aprobada en el año 2021–, es la única norma que expresamente reconoce y protege los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, discapacidad psíquica o intelectual. Previo a ella, el tratamiento y cuidado de la salud mental reposó en medidas administrativas y, principalmente, en los Planes Nacionales de Salud Mental del Ministerio de Salud.

¹ En Latinoamérica, según la Organización Mundial de la Salud, la media de prevalencia depresiva durante el 2019 fue de 3,75%. Datos disponibles en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

² La medición Barómetro de la Política CERC-MORI de mayo de 2019 evidencia que la confianza interpersonal en Chile cayó de un 21% a un 13% entre los años 2017 y 2019, respectivamente.

³ Ley N°21.331 “Reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”. Publicada en el Diario Oficial el 11 de mayo de 2021.

La presente investigación tiene por objetivo analizar cómo las variables sociales identificadas por la literatura se relacionan con la prevalencia depresiva. A la luz de ello se pretende analizar si este tipo de variables son consideradas –o no– en el marco normativo chileno. El fin último de ambos ejercicios es, a partir de las experiencias comparadas, proponer mejoras en la política pública de salud mental.

Las preguntas estructurantes de la investigación son las siguientes. Para analizar la relación entre la prevalencia depresiva y factores sociales: I) ¿Cuál es la relación entre las variables sociales, particularmente el capital social, y la depresión?; para analizar si el marco normativo comprende dicha relación: II) ¿Contempla la normativa actual las variables sociales relacionadas con la depresión?; finalmente, en vista de las propuestas de mejora de la política: III) ¿Cuáles son las oportunidades de mejora, desde el punto de vista institucional, considerando la evidencia disponible?

La metodología empleada comprende tres aristas. La primera, es una revisión de la bibliografía que aborda la relación entre depresión y capital social. La segunda, es un análisis de correlaciones con los datos del estudio ELSOC 2018. Finalmente, se analizan los cuerpos legales relacionados a la salud mental en Chile, indagando especialmente en las oportunidades y falencias existentes, a partir de los hallazgos de las revisiones académicas y las opiniones de los expertos relacionados a la materia.

Los resultados del estudio indican que la expresión cognitiva del capital social, particularmente el que las personas puedan hablar de sus problemas con familiares o amigos, junto con la confianza generalizada, se correlaciona negativamente con la prevalencia depresiva. En Chile, el estudio de Poblete, Sapag y Bossert (2008) reafirma que el capital social de los individuos, especialmente la confianza en la comunidad, se relaciona positivamente con la salud mental.

En cuanto al marco institucional de Chile, los estudios y expertos en la materia apuntan a que los Planes Nacionales de Salud Mental han abordado satisfactoriamente los efectos de la depresión. Sin perjuicio de ello, la legislación vigente no enfrenta las causas. En este sentido, según los expertos, los esfuerzos normativos representan acciones meramente expositivas.

II. SECCIÓN 2. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

1. Depresión. Definición y determinantes

La depresión, según la Asociación Americana de Psiquiatría, comprende una serie de trastornos⁴. Todos ellos tienen en común la presencia de un estado de ánimo triste, sentimiento de vacío o irritabilidad, acompañado por cambios somáticos o cognitivos que afectan significativamente la capacidad del individuo. Los factores que diferencian cada uno de los cuadros son la duración, tiempo y etiología (American Psychiatric Association, 2013).

Las causantes de la depresión responden a variables de orden genético, físico, biológico, psicológico y ambiental. Los trabajos de Shadrina, Bondarenko y Slominsky (2018), Hojman et al. (2016), Zimmerman y Katon (2005), Jiménez-Molina, Reyes y Rojas (2021), y Harpham, Grant y Rodríguez (2004) proporcionan una buena aproximación, en términos bibliográficos, respecto a estas determinantes.

Para la genética, según indica Shadrina, Bondarenko y Slominsky (2018), independiente del método de análisis empleado⁵, los resultados muestran que tan solo una pequeña cantidad de genes se asocian con el desarrollo de depresión. En cuanto a la “herencia” de la depresión, los autores sostienen que, para sostener dicha hipótesis, se requerirían estudios de genética, su cambio, e incluso del tejido cerebral del individuo, lo cual únicamente se puede evaluar *post mortem*.

En lo referido al efecto de variables físicas y biológicas sobre la depresión, Hojman et al. (2016) comprueba que, en promedio, las mujeres en Chile tienen mayor prevalencia depresiva que los hombres; tendencia consistente en otros países. Zimmerman y Katon (2005) agregan que los individuos de mayor edad tienen mayor prevalencia depresiva. Por otro lado, quienes sufren de obesidad o tienen un índice de masa corporal (IMC) elevado, al igual que quienes padecen de enfermedades crónicas o cáncer, presentan mayor sintomatología depresiva (Tyrrell, et al., 2019; Hojman et al., 2016).

⁴ Los trastornos comprendidos por la depresión, según la Asociación Americana de Psiquiatría, son: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor (incluidos episodios depresivos mayores), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, trastorno depresivo especificado, y desorden depresivo no específico.

⁵ Genes candidatos, asociación de todo el genoma o secuenciación de todo el genoma.

En cuanto al factor psicológico, la relación con la depresión se expresa por medio de variables endógenas y exógenas. Sobre el primer conjunto, se tienen como promotores la baja autoestima y capacidad cognitiva. Respecto al segundo, se encuentran los miedos⁶, adicciones y eventos traumáticos (Harpham, Grant y Rodríguez, 2005). Relacionado a esto último, Hojman et al. (2016) muestra que, en el caso de Chile, los individuos que han sufrido la muerte de su pareja o hijos tienen mayores probabilidades de presentar depresión.

Sobre las razones ambientales relacionadas con la depresión, se ha demostrado que el empleo, salario, y estatus económico (clases y desigualdades sociales) son factores relevantes que explican la sintomatología depresiva. En este sentido, los individuos que poseen menores ingresos, y quienes se encuentran desempleados o inactivos laboralmente, son quienes presentan una mayor sintomatología depresiva (Hojman et al., 2016; Zimmerman y Katon, 2005).

La educación y carrera de los individuos se relaciona con la depresión de manera que, quienes poseen niveles educativos inferiores, presentan –en promedio– una mayor sintomatología depresiva (Hojman et al., 2016; Zimmerman y Katon, 2005). Por otro lado, el estado civil y la ocurrencia de sucesos vitales negativos, también se relaciona con la prevalencia depresiva. Al respecto, Hojman et al. (2016) comprueba para el caso de Chile que los individuos viudos o separados muestran mayor prevalencia depresiva en comparación a quienes se encuentran con pareja.

Sin perjuicio de lo anterior, las principales causantes de la depresión, según Harpham, Grant y Rodríguez (2004), son las dificultades sociales de largo plazo y la falta de apoyo social. Ante ello, los eventos estresantes y las estrategias que tiene los individuos para sortearlos –especialmente por medio del capital social–, resultan medular al momento de explicar la aparición de cuadros depresivos.

2. Depresión y capital social

Harpham, Grant y Rodríguez (2004) indican que el vínculo entre capital social y depresión se expresa a través de diferentes vías. Una de ellas, es que el apoyo social actúa como factor de protección de la depresión (McKenzie, Whitley y Weich, 2002). En similar dirección, las redes sociales proveen a los individuos un sostén emocional, el cual reduce las probabilidades de depresión (Rose, 2000), estrés y demás factores de riesgo (Harpham, Grant, y Thomas, 2002a).

⁶ Como, por ejemplo, el miedo a la muerte o a la intrascendencia.

Otra forma de relación entre el capital social y la depresión, es por medio de la participación en redes sociales, la cual incide en la influencia social y, en consecuencia, en estados afectivos positivos y respuestas neuroendocrinas benéficas (Kawachi y Berkman, 2001). Sobre ello, el capital social reduce la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos en la vida de los individuos, como la pérdida de los puestos de trabajo, y reduce las dificultades a largo plazo al incentivar, por ejemplo, una buena salud física (Harpham, Grant y Rodríguez, 2004).

Sin perjuicio de lo anterior, los componentes estructurales y cognitivos del capital social interactúan de diferentes maneras sobre la depresión. La arista estructural del capital social, es decir la conectividad y pertenencia a organizaciones, reduce los impactos negativos de los eventos de la vida al brindar apoyo. La arista cognitiva del capital social, como la confianza, el sentido de pertenencia y los valores compartidos, aumenta los sentimientos de seguridad y autoestima y, por lo tanto, mejora la salud mental de los individuos (Harpham, Grant y Rodríguez, 2004).

3. Marco legal e institucional referido a la depresión en Chile

El Estado de Chile ha abordado la problemática de la salud mental desde los años ochenta. La primera gran declaración se encuentra en la Constitución Política de la República, en el artículo 19 N°1 y 9, en donde se “asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona” junto con el deber de “garantizar la ejecución de las acciones de salud” (art. 19 N°1 y 9, Constitución Política de la República, CPR).

En la misma dirección, Chile suscribe el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La oficialización de ello se encuentra plasmado en el Decreto N°326, del 27 de mayo de 1989 del Ministerio de Relaciones Exteriores, en donde se reconoce el derecho de toda persona al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12).

La principal institución mandatada al cuidado de la salud mental es el Ministerio de Salud (MINSAL). La medida estelar del MINSAL es el Plan Nacional de Salud Mental, del cual se han implementado tres versiones hasta el año 2022. El segundo, presentado en el año 2000 y considerado como el más relevante, propuso como medidas: 1) instalar un modelo comunitario de salud mental con centros de atención especializados, 2) establecer un desarrollo armónico [del modelo comunitario] en las regiones del país, y 3) aumentar el presupuesto destinado a la salud mental.

En la arena legislativa, desde 1990 hasta la fecha se han presentado seis proyectos de ley que abordan la temática de salud mental. Del total, uno se encuentra archivado, cuatro en tramitación –todos ellos en primer trámite constitucional–, y uno de ellos logró convertirse en ley (Ley N°21.331 del “Reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”). En la [Tabla N°1](#) se presenta el detalle de las iniciativas de ley presentadas ante el Congreso Nacional.

4. Tensiones en relación con las políticas de depresión en Chile

El marco institucional referido al tratamiento de la depresión en Chile ha sido desarrollado desde un prisma, principalmente, clínico. En este sentido, la inclusión de medidas preventivas se encuentra excluido de la normativa. Esta situación, se agrava al contemplar que la depresión es tratada como un subconjunto de los problemas de salud mental, y no de manera separada.

Esta configuración, considerando la diversidad de consecuencias que la depresión genera en los ámbitos sociales, económicos y físicos, implica una problemática de múltiples efectos. Teniendo en cuenta que Chile, país con prevalencia depresiva superior al promedio continental, aborda la depresión únicamente por medio de medidas con enfoque clínico, es decir, de tratamiento y no de prevención, implica efectos que permean sobre diversas áreas.

Según la Organización Mundial de la Salud, el costo de los efectos de la salud mental oscila entre el 3% y 4% del producto nacional bruto de los países desarrollados (World Health Organization, 2004). Ante este escenario, la necesidad de medidas preventivas eficientes, desde el punto de vista económico, resulta medular.

Sin perjuicio de lo anterior, este trabajo se centra en las variables sociales debido a que, siendo éste un factor relevante al momento de explicar la depresión, el análisis empírico en esta área es de corta data, y aún existen pocos estudios al respecto (Cullen y Whiteford, 2001). Esta justificación no pretende, bajo ningún motivo, restar relevancia clínica o estadística a las otras variables explicativas.

III. SECCIÓN 3. METODOLOGÍA

En orden de responder las preguntas estructurantes de esta investigación: I) ¿Cuál es la relación entre las variables sociales, particularmente el capital social, y la depresión?, II) ¿Contempla la normativa actual las variables sociales relacionadas con la depresión?, y III) ¿Cuáles son las oportunidades de mejora, desde el punto de vista institucional, considerando la evidencia disponible?, se realiza el siguiente ejercicio.

En primer lugar, se analiza la literatura que trata la relación entre depresión y capital social. En segundo lugar, se someten a prueba –mediante correlaciones– los hechos evidenciados por la literatura, examinando si éstos aplican para la realidad de Chile. Este punto es ejecutado con los datos del ELSOC 2018. En último lugar, se analiza el marco legal e institucional referido a salud mental en Chile. Junto con ello, el análisis es enriquecido con las revisiones académicas de la normativa, y las opiniones de los expertos relacionados a la materia.

La elección de esta metodología radica en la riqueza de que cada elemento teórico es contrastado con evidencia empírica. Sin perjuicio de ello, el contratiempo es que, con los datos disponibles, no es posible integrar un análisis de causalidad. Esto se debe a que, en primer lugar, en Chile no hay sondeos que midan especialmente capital social y prevalencia depresiva. En segundo lugar, porque, considerando la data disponible, no se evidencian shocks significativos, razón por lo cual no se pueden emplear estrategias de determinación de la direccionalidad. En tercer, porque los estudios que analizan la relación entre capital social y depresión (Howley, 2014; Dai y Gu, 2022; Gächter, Savage y Torgler, 2010; Lebenbaum, Laporte y De Oliveria, 2021) indican un latente problema de endogeneidad.

Sin perjuicio de lo anterior, considerando los efectos de la depresión, se presentan correlaciones bajo el entendido que es relevante –desde el punto de vista académico–, el análisis de las variables relacionadas. A continuación, se presente el detalle de las aristas de la metodología empleada.

1. Metodología de análisis de la relación entre depresión y capital social

En primer lugar, para abordar la interrogante referida a la relación entre depresión y variables sociales –particularmente el capital social–, se analiza la literatura internacional y nacional que ha estudiado el fenómeno. Junto con ello, a partir de los hallazgos de la revisión bibliográfica, se realizan

una serie de correlaciones con los datos del Estudio Longitudinal Social de Chile 2018 (ELSOC)⁷ del Centro de Estudios del Conflicto y la Cohesión Social (COES).

El cuestionario del ELSOC integra una pregunta referida a tratamiento por depresión y un conjunto de preguntas ideadas para generar un indicador de prevalencia depresiva. Este conjunto, según detalla el informe de la encuesta (Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social – COES, 2018), tiene como propósito evaluar el estado de salud mental de los encuestados a través del instrumento PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Esta herramienta, es utilizada a nivel internacional para el tamizaje, evaluación y monitoreo de la depresión (Kroenke y Spitzer, 2002) y está validado para Chile (Baaden et al., 2012). El indicador de prevalencia depresiva, utilizado en esta investigación, fue elaborado conforme a lo establecido por el COES⁸.

El análisis de correlación integra las variables identificadas en la literatura como determinantes de la prevalencia de depresión. Las variables utilizadas son: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), nivel educacional, estado civil, situación laboral, e ingresos del hogar. Respecto a la variable de IMC, ésta se elaboró a partir del dato declarado de los encuestados sobre su estatura y peso corporal. Para ello se dividió el peso de los individuos en función del cuadrado de su estatura en metros.

En cuanto a las variables del capital social, particularmente para el componente cognitivo, se integraron: confianza en los vecinos, confianza social generalizada (confianza en las personas), y frecuencia con la que habla de sus problemas con su familia o amigos. En cuanto al componente estructural, se utilizaron las variables: relación con el barrio (percepción de barrio ideal, sentimiento de integración en el barrio, identificación con la gente del barrio, y pertenencia al barrio), y relación con la gente del barrio (facilidad para hacer amigos en el barrio, percepción de gente sociable en el barrio, percepción de gente cordial en el barrio, percepción de gente colaboradora en el barrio).

Para el componente estructural, además se elaboran dos variables. La primera, denominada participación en organizaciones voluntarias, corresponde a la suma de los valores de las respuestas de quienes declararon ser miembros activos o inactivos de una organización. Las organizaciones por las cuales se les pregunta a los encuestados son: 1) junta de vecinos u organización vecinal, 2) organización

⁷ Encuesta longitudinal de tipo panel, con una muestra representativa de la población urbana de Chile mayor de 18 años que reside en las ciudades con más de 10.000 habitantes. La versión utilizada logró una muestra de 3.748 casos.

⁸ Para más información: Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social - COES (2018), “Resultados Primera Ola Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). Módulo 6: Salud y bienestar. Salud Mental en el Chile de hoy”, Notas COES de Política Pública, No. 15 ISSN: 0719-8795, Santiago, Chile. [«click»](#)

religiosa o iglesia, 3) partido o movimiento político, 4) sindicato, 5) asociación profesional o gremial, 6) organización de caridad o beneficencia, 7) organización deportiva, y 8) asociaciones o centros de estudiantes.

La segunda variable creada, denominada sociabilización, contempla el número de veces que el encuestado declaró realizar una acción de sociabilización en los últimos 12 meses. Las acciones por las cuales se consultan son: 1) visitar la casa de algún vecino, 2) asistir a alguna reunión en donde se traten temas de interés público o comunitario, 3) recibir visitas de amigos en casa, 4) hacer voluntariado, 5) donar dinero a una obra social o de caridad, 6) prestar una suma de dinero de \$10.000 o más, 7) conversar con una persona en problemas o deprimida, y 8) ayudar a alguien a conseguir trabajo.

En la [Tabla N°2](#) se presenta la estadística descriptiva de todas las variables del estudio.

2. Metodología de análisis del marco legal e institucional

Para responder las interrogantes referidas al marco institucional y dilucidar si éste comprende las variables sociales, se realizan los siguientes ejercicios. En primer lugar, se compilan y revisan los decretos y resoluciones referidas a la salud mental. En segundo lugar, se analizan los Planes Nacionales de Salud Mental, profundizando en su contenido y forma en que lo abordan. Finalmente, se analiza la Ley N°21.331, bajo el entendido de que es la única ley que se relaciona directamente con la salud mental.

La revisión de los tres puntos señalados se enfoca, principalmente, en la pesquisa de cómo estos cuerpos legales comprenden –o no–, y de qué forma, la depresión. Mediante ello se buscan elementos asociados a la prevención de la depresión por medio del capital social. El análisis es enriquecido a través de estudios publicados y la opinión de expertos en la materia.

IV. SECCIÓN 4. RESPUESTAS A LA LUZ DE LAS TENSIONES Y POLÍTICAS

1. Relación entre depresión y capital social. Evidencia internacional y nacional

Diversas investigaciones han estudiado la relación entre capital social y depresión⁹. En la [Tabla N°3](#) se presenta un compendio de los hallazgos de los estudios analizados. Los resultados generales indican que ambos componentes del capital social –estructural y cognitivo–, se relacionan de manera positiva con la salud mental.

En todos los casos analizados la confianza (interpersonal, institucional o con personas) se encuentra presente como determinante. Sin embargo, resulta interesante notar que la relación se difumina en el caso de los individuos con menores ingresos, al igual que aquellos con menor educación (Economou et al., 2014; Harpham, Grant y Rodriguez, 2004). En relación con el componente estructural, no se evidencia una relación significativa en todos los casos. Parafraseando a De Silva, Huttly, Harpham y Kenward (2006), la cultura de cada país podría determinar su significancia.

En el caso particular de Chile, el único estudio que indaga en la relación entre capital social y depresión es el de Poblete, Sapag y Bossert (2008). En este trabajo se demuestra, por medio de un análisis cuantitativo de los individuos residentes de la comuna de Puente Alto, que los componentes estructurales (participación) y cognitivos (confianza) están asociados positivamente con la salud mental, especialmente este último.

Respecto al análisis realizado con los datos del ELSOC, el índice de prevalencia depresiva muestra una media de sintomatología de 6,3 con una desviación estándar de 5,4¹⁰. En cuanto a la distribución de los casos, el 43,34% de la población no presenta sintomatología depresiva o tiene depresión mínima; el 34,79% tiene depresión media; el 13,03% depresión moderada y el 8,84% tiene síntomas de depresión moderada severa o de depresión severa (ver [Tabla N°4](#)).

Los resultados de las correlaciones realizadas muestran lo siguiente. Excluyendo el capital social del análisis, todas las variables identificadas como determinantes resultaron estadísticamente

⁹ De Silva, Huttly, Harpham y Kenward, 2006; Economou, Madianos, Peppou, Souliotis, Patelakis y Stefanis, 2014; Harpham, Grant y Rodriguez, 2004; Landstedt, Almquist, Eriksson y Hammarström, 2016; Mitchell y Bossert, 2007; Poblete, Sapag y Bossert, 2008; Tomita y Burns, 2013.

¹⁰ El índice de prevalencia depresiva es una variable continua que toma valores desde 0 hasta 27, siendo 0 la completa ausencia de sintomatología depresiva y 27 el máximo valor de sintomatología depresiva.

significativas. Sin embargo, vale notar que todas presentan una magnitud más bien modesta –ninguna superior a 0.1–, a excepción de la variable sexo que muestra un coeficiente de correlación de 0.176.

Respecto al sentido de la correlación, la mayor parte de las variables se comportan según lo revisado en la bibliografía, es decir, ante menores niveles educacionales o menores ingresos en el hogar, mayor la prevalencia depresiva. De igual forma, las mujeres, quienes no tienen pareja o quienes se encuentran desempleados, presentan una mayor sintomatología depresiva. Las únicas dos variables que muestran un comportamiento anómalo son edad e IMC, en donde se podría especular una relación no lineal. El detalle de los resultados se presenta en la [Tabla N°5](#).

En cuanto a los resultados de las correlaciones realizadas con las variables de capital social, todas las ellas, a excepción de la variable de sociabilización, resultaron ser estadísticamente significativas. Las magnitudes de las correlaciones mostraron coeficientes modestos, exceptuando la identificación de los individuos con la gente del barrio (-0.103) –expresión estructural del capital social–, y la frecuencia con la que los individuos hablan de sus problemas con familiares o amigos (-0.149) –expresión cognitiva del capital social–.

Sobre la dirección de las correlaciones, todas las variables se comportaron según lo esperado por la revisión bibliográfica. De los resultados se desprende que, quienes tienen menor confianza personal y/o interpersonal, presentan, en promedio, una mayor sintomatología depresiva. Lo mismo ocurre con quienes se sienten menos integrados o identificados con su barrio y quienes hablan menos de sus problemas. El detalle de los resultados se presenta en la [Tabla N°6](#).

2. Institucionalidad de la depresión. Análisis de las carencias

La primera aproximación a la institucionalidad de la salud mental se encuentra en la Constitución Política de la República. Sin embargo, al analizar los diversos cuerpos legales, la realidad respecto al cómo la salud mental se abarca –particularmente la depresión–, deja en entredicho la falta de coordinación institucional.

Las normas presentadas en la [Tabla N°7](#) corresponden a la institucionalidad vigente relacionada con salud mental. Del total, ninguna de ellas –a excepción de la Ley N°21.331– menciona expresamente

la salud mental. De igual manera, ninguna hace referencia directa al fomento o cuidado del capital social de los individuos.

Dos estudios del año 2014 coinciden en su diagnóstico respecto al funcionamiento institucional. González et al. (2014), por un lado, indica que “la legislación vigente [hasta ese entonces] sobre salud mental es insuficiente, por lo que no permite dar protección a los pacientes” (p. 105). Por otro lado, Alvarado, Minoletti, A., Minoletti, M. y Rayo (2014), dejan entrever que, además de la descoordinación institucional, los cuerpos legales trasgreden los derechos y disposiciones internacionales referidas a salud mental (p. 85)¹¹.

Sin perjuicio de lo anterior, los Planes Nacionales de Salud Mental, implementados por el Ministerio de Salud, son considerados por los expertos como un aporte significativo, desde el punto de vista del tratamiento de la salud mental. El primero de ellos, implementado en el año 1993 y vigente hasta 1999, fue el promotor del segundo y más relevante plan, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que rigió desde el año 2000 hasta el 2016.

El segundo plan nacional de salud mental presentó como objetivos: 1) instalar un modelo comunitario de salud mental con centros de atención especializados, 2) establecer un desarrollo armónico [del modelo comunitario] en las regiones del país, y 3) aumentar el presupuesto destinado salud mental. Las críticas del plan evidenciaron que la mayor parte de las propuestas, como por ejemplo el aumento de los recursos destinados a salud mental¹², no se concretaron (González et al., 2014).

Sin embargo, el plan también presentó avances significativos como, por ejemplo, el aumento del total de dispositivos de salud mental (de 759 en el 2004, a 2.002 en el año 2012), y el incremento del número de recursos humanos dedicados a salud mental y psiquiatría en el sistema de salud público (González et al., 2014).

El tercer plan nacional de salud mental, implementado en el año 2017 y vigente hasta el 2025, busca responder las falencias e incentivar los aciertos de los planes antecesores. Sin embargo, la

¹¹ La Ley N°18.600 que Establece Normas Sobre Deficientes Mentales, señala en su artículo 16: “En el contrato de trabajo que celebre la persona con discapacidad mental, podrá estipularse una remuneración libremente convenida entre las partes, no aplicándose a este respecto las normas sobre ingreso mínimo”.

¹² El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría propuso que para el año 2010 el 5% del presupuesto de salud se destinara a la salud mental. Sin embargo, en el año 2004 –cuatro años después de su entrada en vigencia– el presupuesto alcanzaba el 2,14%, y al año 2012 el 2,16%.

Encargada del Programa de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Oriente, asesora en comisión de servicios del Ministerio de Salud, y profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Olga Toro, junto con su par Elisa Ansoleaga, presentan una visión crítica al respecto.

En el conversatorio “Salud mental en Chile hoy: ¿Qué institucionalidad y políticas necesitamos para avanzar?” de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, Toro y Ansoleaga sostuvieron que las iniciativas del plan son buenas desde un punto de vista declarativo, mas no en lo práctico (Ansoleaga, Krause y Toro, 2021).

Como respuesta institucional, el 11 de mayo de 2021 se publicó la Ley N°21.331 del “Reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”. La norma que reconoce las interpelaciones a los planes de salud mental (González, 2014; Gómez, 2016; Ferrari, 2017), tiene por objetivo aunar los criterios respecto a los tratamientos, y brindar efectivo respeto de los derechos de las personas que padecen problemas de salud mental.

Olga Toro, en el citado conversatorio de la Universidad Diego Portales indicó que, es necesario entender la salud mental como un bien público, distinto a como se encuentra conceptualizada en la actual legislación (Ansoleaga, Krause y Toro, 2021). La crítica de Toro hace referencia a que, en el cuerpo de la Ley, la salud mental se aborda desde un prisma meramente clínico, siendo ésta tratada únicamente a posterior, excluyendo mecanismos de prevención del deterioro y promoción de la salud mental.

V. SECCIÓN 5. CONCLUSIONES Y EXTENSIONES

Del análisis precedente es posible sostener que el capital social sí relaciona con la salud mental de los individuos, particularmente con la prevención de la prevalencia depresiva. Los casos internacionales indican que ambos componentes del capital social –estructural y cognitivo– se relacionan positivamente.

En el caso de Chile, el estudio de Poblete, Sapag y Bossert (2008) establece las bases que, tras el análisis del ELSOC, fue posible ratificar. Más detalladamente, se obtuvo que la identificación de las personas con la gente del barrio (capital social estructural), junto con la frecuencia con la que los individuos hablan de sus problemas con familiares o amigos (capital social cognitivo), resultan ser las dos variables de mayor correlación.

En lo que respecta al análisis institucional, los estudios y expertos señalan una importante inobservancia e incumplimiento de los derechos de las personas con problemas de salud mental (González, 2014; Gómez, 2016; Ferrari, 2017). A pesar de ello, el tercer Plan Nacional de Salud Mental, junto con la publicación de la primera Ley relacionada a la salud mental, la Ley N°21.331, representan importantes avances en la materia.

La institucionalidad vigente está centrada únicamente en los efectos de una mala salud mental, ante lo cual promueve el tratamiento y detección de problemas –como la depresión–, a través de un prisma meramente clínico. En este sentido, la falta de medidas preventivas, junto con la promoción de la salud mental, representan una brecha no abordada por la institucionalidad vigente.

Casos como los de Inglaterra, Escocia, Nueva Zelanda, Irlanda y Australia, en donde las políticas de salud mental han incorporado los determinantes sociales, son identificados por la Organización Mundial de la Salud como ejemplos de éxito en la materia (World Health Organization y Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; GermAnn y Ardiles, 2009).

La política *The Sure Start initiative*, implementada por el gobierno de Inglaterra, busca relacionar a padres y familias, mejorar el apego infantil y reducir las desventajas sociales de los niños por medio de involucrar a padres, futuros padres, bebés y niños en edad preescolar. La iniciativa ha sido destacada como una medida preventiva del deterioro de la salud mental de los niños por medio del fortalecimiento de la confianza (Jane-Llopis y Anderson, 2006).

En China, la política *Poverty Alleviation*, la cual tiene como objetivo sacar a los individuos de la línea de pobreza mediante el acceso a comida, educación y oportunidades de empleo, ha mostrado tener efectos en la reciprocidad y conexión social, lo cual ha repercutido positivamente en la prevención de la depresión de las personas de mayor edad (Bai et al., 2020).

Diversos estudios proponen considerar el capital social en las políticas de salud mental. Stevenson (1998) plantea que, en el caso de niños y adolescentes, se deben fortalecer los componentes estructurales mediante políticas de educación, bienestar social y salud, buscando promover la conexión de redes familiares y sociales. Van Der Linden et al. (2003) agregan que las políticas deben buscar aliviar las carencias de los vecindarios, creando áreas para que los niños jueguen y los padres se reúnan. Landstedt et al. (2016), en similar dirección, enfatizan que el aumento del compromiso cívico de los jóvenes –como integrantes de clubes u organizaciones–, actúa como protector de la salud mental en la adultez.

Para otros grupos, Moffitt et al. (2002) indican que, en orden de prevenir la depresión en la maternidad adolescente, se deben implementar políticas integrales de apoyo maternal. En el caso de los adultos mayores, Cotterill y Taylor (2001), sostienen que se deben implementar medidas que combatan el aislamiento y soledad, con el objetivo de promover la sensación de bienestar y felicidad. Respecto de ello, Wilmot y Dauner (2017) realzan que, las políticas que incentivan la cohesión y las relaciones sociales del barrio, mejoran la salud mental de los individuos.

Considerando que el presupuesto nacional destinado a salud mental no ha variado a lo largo de los años, urge la implementación de medidas preventivas con enfoque en la eficiencia del gasto público. A raíz de los hallazgos de esta investigación, se recomienda el fomento y fortalecimiento de las instancias de relacionamiento comunitario en la labor de cuidado de la salud mental; de manera tal que estas instituciones cumplan un rol protector de los individuos, y a la vez funcionen como colaboradoras del aparato público, en términos de levantamiento de alertas tempranas. De esta forma, se tendría una medida preventiva de deterioro de la salud mental, particularmente enfocada en la prevención de la depresión, y se optimizaría el gasto público en salud mental.

Finalmente, en orden de tener más y mejores estudios sobre la temática de esta investigación, urge la necesidad de implementar sondeos especializados. De esta forma, se podrán elaborar investigaciones que exploren la causalidad de la relación entre depresión y capital social –entre otras variantes–, las cuales podrán ser fundamento angular para una mejor propuesta de política pública de salud mental.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, Rubén; Minoletti, Alberto; Minoletti, Marissa y Ximena Rayo (2014), Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo Informe, Ministerio de Salud. [«click»](#)
- Alvarez-Galvez, Javier y Antonio Rojas-Garcia (2019), Measuring the impact of multiple discrimination on depression in Europe. BMC Public Health Vol. 19(1). [«click»](#)
- American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, Arlington, VA. [«click»](#)
- Ansoleaga, Elisa; Krause, Mariane y Olga Toro (3 de mayo de 2021), Mesa redonda “Salud mental en Chile hoy: ¿Qué institucionalidad y políticas necesitamos para avanzar?”. Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Chile. [«click»](#)
- Argote, Lucía (2020), “¿ES LA DEPRESIÓN CAUSA DE LA OBESIDAD? Análisis de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud y Encuesta Nacional de Salud”, Instituto de Políticas Públicas, Facultad de Economía y Empresa, Universidad Diego Portales. «Tesis de Magíster en Políticas Públicas, Universidad Diego Portales»
- Baader, Tomas; Molina, José Luis; Venezian, Silvia; Rojas, Carmen; Farías, Renata; Fierro-Freixenet, Carlos; Backenstrass, Mathias y Christoph Mundt (2012), Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile, Revista chilena de neuro-psiquiatría Vol. 50(1): 10-22. [«click»](#)
- Backhaus, Insa; Ramirez Varela, Andrea; Khoo, Selina; Siefken, Katja; Crozier, Alyson; Begotaraj, Edvaldo; Fischer, Florian; Wiehn, Jascha; Lanning, Beth; Lin, Po-Hsiun; Jang, Soong-nang; Zaranza Monteiro, Luciana; Al-Shamil, Ali; La Torre, Giuseppe y Ichiro Kawachi (2020), Associations Between Social Capital and Depressive Symptoms Among College Students in 12 Countries: Results of a Cross-National Study, Study. Front. Psychol. Vol. 11: 644. [«click»](#)
- Bai, Zhongliang; Xu, Zhiwi; Xu, Xiaoru; Qin, Xia; Hu, Wenbiao y Zhi Hu (2020), Association between social capital and depression among older people: evidence from Anhui Province, China, BMC Public Health Vol. 20: 1560. [«click»](#)
- Bourdieu, Pierre (1985), Social Space and the Genesis of Groups, Theory and Society Vol. 14(6): 723-744. [«click»](#)
- Cáceres, Marcela (2020) Salud mental y existencia de Paridad en Estados Unidos, Irlanda, Inglaterra y Países Bajos. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. [«click»](#)

- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social - COES (2018), “Resultados Primera Ola Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). Módulo 6: Salud y bienestar. Salud Mental en el Chile de hoy”, Notas COES de Política Pública, No. 15 ISSN: 0719-8795, Santiago, Chile. [«click»](#)
- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social - COES (2020), “Estudio Longitudinal Social de Chile – ELSOC”, COES. Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social, 18 de diciembre de 2020. [«click»](#)
- CERC-MORI (2019), “Barómetro de la Política CERC-MORI, Mayo 2019” [«click»](#)
- Cohen-Cline, Hannah; Beresford, Shirley; Barrington, Wendy; Matsueda, Ross; Wakefield, Jon y Glen Duncan (2018), Associations between social capital and depression: a study of adult twins, Health Place Vol. 50: 162–167. [«click»](#)
- Coleman, James Samuel (1990), Foundations of Social Theory, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Mass. [«click»](#)
- Cullen, Michelle, y Harvey Whiteford (2001), “The interrelations of social capital with health and mental health”, Commonwealth of Australia, Junio 2001. [«click»](#)
- Dai, Xianhya y Nian Gu (2022) The Impact of Social Capital on Mental Health: Evidence from the China Family Panel Survey, Int. J. Environ. Res. Public Health Vol 19(1): 190. [«click»](#)
- De Silva, Mary; Huttly, Sharon; Harpham, Trudy y Michael Kenward (2006), Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries, Social Science & Medicine Vol. 64 (1): 5-20. [«click»](#)
- Economou, Marina; Madianos, Michael; Peppou, Lily; Souliotis, Kyriakos; Patelakis, Athansios y Costas Stefanis (2014), Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece, Social Science & Medicine Vol. 100: 141-147. [«click»](#)
- Errázuriz, Paula; Valdés, Camila; Vöhringer, Paul y Esteban Calvo (2015), Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. Rev Méd Chile Vol. 143 (9): 1179-1186. [«click»](#)
- Ferrari, Doménico (2017), Salud mental en Chile: Análisis y propuestas de política pública con enfoque en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Memoria de grado. Universidad Técnica Federico Santa María, Chile. [«click»](#)

- Forbes, Angus y Steven Wainwright (2001), On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique, *Social Science & Medicine* Vol. 53(6): 801-816. [«click»](#).
- Fukuyama, Francis (2001), Social Capital, Civil Society and Development, *Third World Quarterly* Vol. 22(1): 7-20. [«click»](#)
- Gächter, Martin; Savage, David A. y Benno Torgler (2010), The relationship between Stress, Strain and Social Capital, *Working Papers in Economics and Statistics*, Vol. 2010-04. [«click»](#)
- Germann, Kathy y Paola Ardiles (2009), Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention, Pan-Canadian Steering Committee for Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. [«click»](#)
- Gómez, Mauricio (2016), Salud Mental en Chile y legislación en Salud Mental. Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Ministerio de Salud. [«click»](#)
- González, Matías; Calderón, Jorge; Jeria, Álvaro; Repetto, Paula; Valdivia, Gonzalo y Ángela Vivanco (2014), Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo. Propuestas para Chile. Concurso Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile. [«click»](#)
- Grootaert, Christiaan (1998), “Social Capital: The Missing Link?”, *The World Bank, Social Capital Initiative*, No. 3, abril. [«click»](#)
- Grootaert, Christiaan; Narayan, Deepa; Jones, Veronica y Michael Woolcock (2004), “Measuring Social Capital. An Integrated Questionnaire”, *The World Bank*, No. 18, noviembre. [«click»](#)
- Harpham, Trudy; Grant, Emma y Carlos Rodríguez (2004), Mental health and social capital in Cali, Colombia, *Social Science & Medicine* Vol. 58(11): 2267-2277. [«click»](#)
- Harpham, Trudy; Grant, Emma y Elizabeth Thomas (2002a), Measuring social capital in health surveys: key issues, *Health Policy and Planning* Vol. 17(1): 106–111. [«click»](#)
- Hojman, Daniel; Miranda, Álvaro y Jaime Ruiz-Tagle (2016), Debt trajectories and mental health. *Social Science & Medicine* Vol. 167: 54–62. [«click»](#)
- Howley, Peter (2014), Addressing endogeneity in estimating the effect of social capital on psychological health, *Applied Economics Letters* Vol. 22-1: 76-79. [«click»](#)
- Jane-Llopis, Eva y Peter Anderson (2003), Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities. [«click»](#)

- Jiménez, Luis; Sáiz, Pilar Alejandra y Julio Bobes (2006), Suicidio y depresión, Humanitas Humanidades Medicas Vol. 9: 1886-1601. [«click»](#)
- Jiménez-Molina, Álvaro; Reyes, Pablo y Graciela Rojas (2021), Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile, Rev Med Chile Vol. 149: 533-542. [«click»](#)
- Kawachi, Ichiro y Lisa Berkman (2001), Social ties and mental health, Journal of Urban Health Vol. 78(3): 458-467. [«click»](#)
- Kroenke, Kurt y Robert Spitzer (2002), The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure, Psychiatric Annals Vol. 32(9): 509-515. [«click»](#)
- Lampert, María (2019), Modelos Comunitarios en Salud Mental. Chile, España e Inglaterra. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. [«click»](#)
- Lampert, María (2020), Programas en salud mental y apoyo psicosocial para la población durante la pandemia COVID-19. Revisión de los casos de Chile, Nueva Zelanda y Reino Unido. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. [«click»](#)
- Landstedt, Evelina; Almquist, Ylva; Eriksson, Malin y Anne Hammarström (2016), Disentangling the directions of associations between structural social capital and mental health: Longitudinal analyses of gender, civic engagement and depressive symptoms, Social Science & Medicine Vol. 163: 135-143. [«click»](#)
- Lebenbaum, M; Laporte, A y Claire de Oliveira (2021), The effect of mental health on social capital: An instrumental variable analysis, Social Science & Medicine Vol. 272. [«click»](#)
- Ley N°21.331 del Reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Diario Oficial de la República de Chile, 11 de mayo de 2021. [«click»](#)
- McKenzie, Kwame; Whitley, Rob y Scott Weich (2002), Social capital and mental health, British journal of psychiatry Vol. 181: 280-283. [«click»](#)
- Ministerio de Salud (2001), Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. [«click»](#)
- Ministerio de Salud (2017), Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. [«click»](#)
- Minoletti, Alberto y Shekhar Saxenae (2006), Sistema de salud mental en Chile. Ministerio de Salud. [«click»](#)
- Mitchell, Andrew y Thomas Bossert (2007), Measuring dimensions of social capital: Evidence from surveys in poor communities in Nicaragua, Social Science & Medicine Vol. 64(1): 50-63. [«click»](#)

- Organización Panamericana de la Salud (2017), “Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales”, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. [«click»](#)
- Poblete, Fernando; Sapag, Jaime y Thomas Bossert (2008), Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud, Rev Méd Chile Vol. 136: 230-239. [«click»](#)
- Portes, Alejandro (1998), Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology, Annual Review of Sociology Vol. 24: 1-24. [«click»](#)
- Putnam, Robert (2001), Social Capital: Measurement and Consequences, Canadian Journal of Policy Research Vol. 2: 41-51. [«click»](#)
- Putnam, Robert; Leonardi, Robert y Raffaella Nanetti (1994), Making democracy work: Civic traditions in modern Italy, Princeton University Press.
- Qin, Xuezheng; Wang, Suyin y Chee-Ruey Hsieh (2018), The prevalence of depression and depressive symptoms among adults in China: Estimation based on a National Household Survey, China Economic Review Vol. 51: 271-282. [«click»](#)
- Rose, Richard (2000), How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians, Social Science & Medicine Vol. 51(9): 1421–1435. [«click»](#)
- Ruiz-Tagle, Jaime y Ignacio Urria (2020), House Overcrowding and Mental Well-being: Better Safe than Sorry, Serie de documento de trabajo, No. 494, mayo. [«click»](#)
- Ruiz-Tagle, Jaime y Pablo Troncoso (2018), Labor Cost of Mental Health: Evidence from Chile, Serie de documento de trabajo, No. 468, agosto. [«click»](#)
- Salm, Martin (2009), Does job loss cause ill health?, Health Economics Vol. 18(9): 1075-1089. [«click»](#)
- Sartorius, Norman (2003), Social capital and mental health, Current Opinion in Psychiatry Vol. 16(2), 101-105. [«click»](#)
- Shadrina, Maria; Bondarenko, Elena y Petr Slominsky (2018), Genetics Factors in Major Depression Disease, Frontiers in psychiatry Vol. 9, 334. [«click»](#)
- Tomita, Andrew y Jonathan Burns (2013), A multilevel analysis of association between neighborhood social capital and depression: Evidence from the first South African National Income Dynamics Study, Journal of Affective Disorders Vol. 144(1–2): 101-105. [«click»](#)
- Trufello, Paola (2018), Salud Mental. Legislación nacional y extranjera. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. [«click»](#)

- Tyrrell, Jessic; Mulugeta, Anwar; Wood, Andrew; Zhou, Ang; Beaumont, Robin; Tuke, Marcus ; Jones, Samuel; Ruth, Katherine; Yaghootkar, Hanieh; Sharp, Seth; Thompson, William; Ji, Yingjie; Harrison, Jamie; Freathy, Rachel; Murray, Anna; Weedon, Michael; Lewis, Cathryn; Frayling, Timothy y Elina Hyppönen (2019), Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression, *International Journal of Epidemiology* Vol. 48(3): 834–848. [«click»](#)
- Wang, Jinghui; Wu1, Xiaohang; Lai, Weiyi; Long, Erping; Zhang, Xiayin; Li, Wangting; Zhu1, Yi; Chen, Chuan; Zhong, Xiaojian; Liu1, Zhenzhen; Wang, Dongni y Haotian Lin (2017), Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis, *BMJ open* Vol. 7. [«click»](#)
- Wilmont Neil y Kim Nichols Dauner (2017), Examination of the influence of social capital on depression in fragile families, *Epidemiol Community Health* Vol. 71: 296-302. [«click»](#)
- World Health Organization (2004) *Invertir en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. [«click»](#)
- World Health Organization y Calouste Gulbenkian Foundation (2014), *Social determinants of mental health*. Geneva, World Health Organization. [«click»](#)
- Zimmerman, Frederick y Wayne Katon (2005), Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income–depression relationship?, *Health economics* Vol. 14: 1197–1215. [«click»](#)

VII. ANEXOS

Tabla N°1. Proyectos de ley presentados en el Congreso Nacional referidos a salud mental

Boletín	Tipo de proyecto	Nombre	Estado de tramitación	Fecha de ingreso	Fecha último movimiento
10309-31	Moción	Modifica la ley N°18.600 respecto del contrato de trabajo celebrado por personas con discapacidad mental	Archivado	16/09/2015	17/04/2018
10563-11	Moción	Sobre protección de la salud mental	Publicado	09/03/2016	11/05/2021
10564-07	Moción	Modifica la Carta Fundamental para garantizar el derecho a la protección de la salud mental	Primer trámite constitucional	09/03/2016	10/03/2016
12709-07	Moción	Modifica el Código Civil y otros cuerpos legales para promover el respeto y la no discriminación en razón del estado de salud mental de las personas	Primer trámite constitucional	11/06/2019	18/06/2019
13092-04	Moción	Modifica la ley N°20.370, General de Educación, para imponer a los establecimientos de educación parvularia, básica y media, la obligación de contar con un plan de salud mental escolar	Primer trámite constitucional	19/11/2019	03/12/2019
14505-11	Moción	Crea el estatuto de aseguramiento, protección y promoción de la salud mental	Primer trámite constitucional	05/08/2021	05/08/2021

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Cámara de Diputadas y Diputados www.camara.cl

Tabla N°2. Estadística descriptiva de las variables consideradas en la investigación

	Variable	Obs	Mean	Std.Dev.	Min	Max
Depresión	Índice de depresión	3662	6.358	5.425	0	27
Determinantes	Sexo del entrevistado	3748	1.614	0.487	1	2
	Edad del entrevistado	3748	47.130	15.503	18	90
	Índice de Masa Corporal (IMC)	3539	27.688	4.969	13.521	63.253
	Nivel educacional	3743	5.300	2.207	1	10
	Estado civil	3743	0.487	0.500	0	1
	Situación laboral	3748	0.622	0.485	0	1
	Ingreso total del hogar (monto)	3080	678842.52	781003.92	30000	17000000
	Capital social. Componente cognitivo	Cuanto confía usted en sus vecinos	3717	3.277	1.204	1
	Confianza Social Generalizada	3483	1.889	0.314	1	2
	Frecuencia hablar problemas con familia o amigos	3730	3.233	1.338	1	5
Capital social. Componente estructural	Grado de acuerdo: Este es el barrio ideal para mi	3741	3.717	1.045	1	5
	Grado de acuerdo: Me siento integrado/a en este barrio	3738	3.704	1.006	1	5
	Grado de acuerdo: Me identifico con la gente de este barrio	3738	3.601	1.040	1	5

Variable	Obs	Mean	Std.Dev.	Min	Max
Grado de acuerdo: Este barrio es parte de mi	3739	3.702	1.038	1	5
Grado de acuerdo: En este barrio es fácil hacer amigos	3728	3.388	1.054	1	5
Grado de acuerdo: La gente en este barrio es sociable	3734	3.585	0.958	1	5
Grado de acuerdo: La gente en este barrio es cordial	3734	3.689	0.904	1	5
Grado de acuerdo: La gente en este barrio es colaboradora	3689	3.551	0.989	1	5
Participación en organizaciones voluntarias	3733	1.089	1.335	0	8
Sociabilización	3724	15.946	3.780	8	24

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio Longitudinal Social de Chile (2018).

Tabla N°3. Estudios que han analizado la relación entre depresión y capital social

Autor	Año	Caso	Efecto sobre el capital social. Componente estructural	Efecto sobre el capital social. Componente cognitivo	Notas relevantes
De Silva, Huttly, Harpham y Kenward	2006	Perú Etiopía Vietnam India	Efectos significativos dependiendo del país	Efectos significativos	El componente estructural pierde significancia dependiendo del país. Esto se explica por motivos culturales
Economou et al.	2014	Grecia	No integrado en el análisis	Efectos significativos (confianza interpersonal e institucional)	El capital social “pierde su influencia protectora sobre la salud mental si las personas experimentan una gran angustia económica” (Economou et al, 2014; 141)
Harpham, Grant y Rodriguez	2004	Colombia	Sin efectos significativos	Efectos significativos (confianza en las personas)	Con bajos niveles educativos y empleos deficientes, el capital social pierde significancia
Landstedt et al	2016	Suecia	Efectos significativos (compromiso cívico)	No integrado en el análisis	"La participación en las redes sociales promueve la salud, muy probablemente a través de la provisión de apoyo social y psicológico” (Landstedt et al., 2016; 135). En el caso de las mujeres los resultados no son concluyentes
Mitchell y Bossert	2007	Nicaragua	Efectos significativos (conexiones de redes)	Efectos significativos (confianza)	-
Poblete, Sapag y Bossert	2008	Chile	Efectos significativos (participación)	Efectos significativos (confianza)	La confianza interpersonal tiene un alto nivel de asociación con la salud mental
Tomita y Burns	2013	Sudáfrica	Sin efectos significativos	Efectos significativos (confianza)	la clase social, el estado de salud y la educación, son covariables fundamentales

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4. Estadística descriptiva: Índice de depresión

Índice de depresión	Freq.	Percent	Cum.
Sin Síntomas y Depresión Mínima	1587	43.34	43.34
Depresión Media	1274	34.79	78.13
Depresión Moderada	477	13.03	91.15
Depresión Moderada Severa	210	5.73	96.89
Depresión Severa	114	3.11	100.00
Total	3662	100.00	

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio Longitudinal Social de Chile (2018).

Tabla N°5. Matriz de correlación. Índice de depresión y determinantes de la depresión

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Índice de depresión	1.000							
(2) Sexo	0.176* (0.000)	1.000						
(3) Edad	-0.051* (0.002)	0.039* (0.018)	1.000					
(4) Índice de masa corporal (IMC)	0.090* (0.000)	0.059* (0.000)	0.078* (0.000)	1.000				
(5) Nivel educacional	-0.067* (0.000)	-0.072* (0.000)	-0.367* (0.000)	-0.132* (0.000)	1.000			
(6) Estado civil	-0.071* (0.000)	-0.082* (0.000)	0.114* (0.000)	0.080* (0.000)	-0.073* (0.000)	1.000		
(7) Situación laboral	-0.083* (0.000)	-0.253* (0.000)	-0.239* (0.000)	-0.044* (0.009)	0.202* (0.000)	-0.008 (0.609)	1.000	
(8) Ingresos totales del hogar	-0.081* (0.000)	-0.119* (0.000)	-0.136* (0.000)	-0.085* (0.000)	0.420* (0.000)	0.114* (0.000)	0.198* (0.000)	1.000

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio Longitudinal Social de Chile (2018).

Tabla N°6. Matriz de correlación. Índice de depresión y capital social

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
(1) Índice de depresión	1.000													
(2) Confianza en vecinos	-0.089* (0.000)	1.000												
(3) Confianza social generalizada	0.080* (0.000)	-0.118* (0.000)	1.000											
(4) Frecuencia con que habla de sus problemas	-0.149* (0.000)	0.136* (0.000)	-0.104* (0.000)	1.000										
(5) Barrio ideal	-0.086* (0.000)	0.349* (0.000)	-0.049* (0.004)	0.079* (0.000)	1.000									
(6) Sentirse integrado	-0.090* (0.000)	0.391* (0.000)	-0.022 (0.193)	0.062* (0.000)	0.685* (0.000)	1.000								
(7) Identificación con la gente del barrio	-0.103* (0.000)	0.408* (0.000)	-0.049* (0.004)	0.065* (0.000)	0.645* (0.000)	0.727* (0.000)	1.000							
(8) Barrio es parte de mi	-0.091* (0.000)	0.343* (0.000)	-0.034* (0.045)	0.064* (0.000)	0.696* (0.000)	0.719* (0.000)	0.740* (0.000)	1.000						
(9) Fácil hacer amigos	-0.076* (0.000)	0.330* (0.000)	-0.033 (0.054)	0.052* (0.001)	0.387* (0.000)	0.454* (0.000)	0.486* (0.000)	0.436* (0.000)	1.000					
(10) Gente sociable	-0.087* (0.000)	0.372* (0.000)	-0.048* (0.004)	0.067* (0.000)	0.370* (0.000)	0.456* (0.000)	0.481* (0.000)	0.407* (0.000)	0.656* (0.000)	1.000				
(11) Gente cordial	-0.085* (0.000)	0.399* (0.000)	-0.081* (0.000)	0.095* (0.000)	0.461* (0.000)	0.484* (0.000)	0.525* (0.000)	0.454* (0.000)	0.551* (0.000)	0.704* (0.000)	1.000			
(12) Gente colaboradora	-0.060* (0.000)	0.374* (0.000)	-0.034* (0.045)	0.066* (0.000)	0.379* (0.000)	0.432* (0.000)	0.456* (0.000)	0.423* (0.000)	0.530* (0.000)	0.609* (0.000)	0.628* (0.000)	1.000		
(13) Participación en organizaciones voluntarias	0.034* (0.038)	0.059* (0.000)	-0.038* (0.024)	0.070* (0.000)	0.032 (0.054)	0.062* (0.000)	0.080* (0.000)	0.060* (0.000)	0.043* (0.009)	0.044* (0.008)	0.055* (0.001)	0.053* (0.001)	1.000	
(14) Sociabilización	0.014 (0.411)	0.125* (0.000)	-0.057* (0.001)	0.198* (0.000)	0.081* (0.000)	0.103* (0.000)	0.103* (0.000)	0.102* (0.000)	0.108* (0.000)	0.109* (0.000)	0.103* (0.000)	0.077* (0.000)	0.287* (0.000)	1.000

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio Longitudinal Social de Chile (2018).

Tabla N°7. Normas y decretos relacionadas a depresión en Chile

Norma, Decreto o Ley	Fecha de publicación	Institución
Ley N°18.600 sobre deficientes mentales	19/02/1987	Ministerio de Hacienda
Decreto Supremo N°570 que “aprueba reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan”	14/07/2000	Ministerio de Salud
Ley N°19.966 sobre régimen de garantías en salud	03/09/2004	Ministerio de Salud
Decreto Supremo N°201 que "Promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo"	17/09/2008	Ministerio de Relaciones Exteriores
Ley N°20.379 que crea el Sistema de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”	12/09/2009	Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Ex Ministerio de Planificación)
Ley N°20.422 sobre normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad	10/02/2010	Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Ex Ministerio de Planificación)
Ley N°20.584 sobre derechos y deberes que tiene las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud	24/04/2012	Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública
Ley N°20.609 que establece medidas contra la discriminación	24/07/2021	Ministerio Secretaría General de Gobierno
Ley N°21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental	11/05/2021	Ministerio de Salud
Código Civil (artículos 342, 456, 1.447) y Código Procesal Penal (artículo 458)	-	-

Fuente: Elaboración propia