

Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile

ÁLVARO JIMÉNEZ-MOLINA^{1,2,3,4,a},
PABLO REYES^{5,b}, GRACIELA ROJAS^{1,2,3,6}

Socioeconomic determinants and gender gaps in depressive symptoms in Chile

Background: There are marked differences associated with socio-economic factors in the prevalence of depressive symptoms (DS) in men and women. **Aim:** To estimate the association between socioeconomic status and DS in Chile and to estimate the gender gaps in this association. **Material and Methods:** The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) was applied as part of a socioeconomic survey carried out in a representative community sample ($n = 2913$). Using this information, we analyzed the influence of social status (education level, occupation, household income) and other psychosocial factors (gender, perceived social support, stressful life events) on DS. **Results:** The prevalence of DS was 23.2% in women and 13.4% in men. A socioeconomic gradient was found in the distribution of DS. This gradient was more pronounced for women than for men. Gender, social support and stressful life events were the most important predictors of severe DS, with an estimated risk twice as high among women and almost three times as high among those with low social support. **Conclusions:** There is a combined effect between socio-economic and gender inequalities on DS. This partially explains the greater vulnerability of poor women and the DS gap between men and women.

(Rev Med Chile 2021; 149: 533-542)

Key words: Chile; Depression; Gender Identity; Mental Health; Poverty.

¹ANID, Programa Iniciativa Científica Milenio, Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay). Santiago, Chile.

²ANID, Programa Iniciativa Científica Milenio, Núcleo Milenio en Desarrollo Social (DESOC). Santiago, Chile.

³ANID, Programa Iniciativa Científica Milenio, Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Santiago, Chile.

⁴Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

⁵Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁶Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Norte, Hospital Clínico, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^aPsicólogo, PhD en Sociología.

^bPsicólogo, PhD en Psicoanálisis.

Financiamiento: Este trabajo fue financiado por ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS17_015, NCS17_035, Instituto MIDAP ICS13_005. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 27 de marzo de 2020, aceptado el 1 de febrero de 2021.

Correspondencia a:
Álvaro Jiménez-Molina
alvaro.jimenez@udp.cl

En el año 2015, la proporción de la población mundial que sufrió depresión fue de 4,4% (5,1% de las mujeres vs 3,6% de los hombres)¹. Uno de los hallazgos más consistentes en epidemiología psiquiátrica es que los síntomas depresivos (SD) afectan principalmente a las mujeres y a los estratos inferiores de la escala social²⁻¹¹.

Chile es un país con altas desigualdades socioeconómicas y de género^{12,13}, y una prevalencia de depresión comparativamente alta¹. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2016 muestra una prevalencia de depresión de 6,1%, siendo cinco veces mayor en mujeres (10,1%) que en hombres (2,1%)¹⁴. Esta disparidad es mucho mayor que en

otros países, donde la prevalencia de depresión tiende a ser dos veces más alta en mujeres². Asimismo, la ENS muestra que la prevalencia de SD es tres veces más alta en el primer quintil que en el quinto quintil¹⁴.

En Chile, algunos estudios han abordado las diferencias de género en el trastorno depresivo mayor¹⁵⁻¹⁷. Sin embargo, la magnitud de las diferencias socioeconómicas y de género en los niveles de SD con muestras representativas de la población general ha recibido menor atención.

Los objetivos de este artículo son estimar la asociación entre indicadores de posición socioeconómica y SD en Chile, y estimar las brechas de

género expresadas en esta asociación. En primer lugar, se reportan la prevalencia de SD y su gradiente de distribución según posición socioeconómica y género. En segundo lugar, se pondera el impacto de distintas variables sociales sobre los SD, discutiendo algunos factores que permiten comprender la mayor vulnerabilidad femenina.

Material y Método

Los datos corresponden a la primera ola del Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC), una encuesta cara a cara de tipo panel que sigue a un grupo de chilenos/as de entre 18 y 75 años a lo largo de una década (2016-2025). La muestra final es representativa del 93% de la población urbana y del 77% de la población total del país ($n = 2.984$). Los detalles técnicos de la encuesta se encuentran disponibles en <https://coes.cl/encuesta-panel/>

ELSOC cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile (protocolo n° 160129004).

Medidas

Síntomas depresivos. Se utilizó el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), un cuestionario de autorreporte que permite establecer la gravedad de los síntomas¹⁸. Si bien no es un instrumento de diagnóstico, ha demostrado una buena precisión diagnóstica¹⁹ y ha sido validado para la población chilena²⁰.

Para estimar la prevalencia de SD, se utilizó el criterio estándar (puntaje ≥ 10)¹⁹. Sin embargo, para estimar las brechas de género y construir los modelos de regresión, se trabajó con un criterio más estricto (puntaje ≥ 15), puesto que permitiría mostrar con mayor claridad estas brechas².

Ideas suicidas y autolíticas. Se utilizó el ítem 9 del PHQ-9, el cual evalúa la frecuencia de pensamientos de muerte o autolesión en las últimas dos semanas. Se consideró que estos pensamientos estaban presentes si la persona respondía al menos "Algunos días" en la escala²¹.

Posición socioeconómica. Se utilizaron como indicadores el ingreso familiar per cápita, nivel educacional y estado ocupacional.

Los cuartiles de ingreso familiar per cápita se definieron a partir de la distribución del ingreso mensual al interior de la muestra. El nivel educacional se definió según el tipo de estudio (si

estudia actualmente) o el último nivel de estudio aprobado: 1) educación básica incompleta o completa; 2) media o humanidades; 3) técnica superior; 4) universitaria y posgrado. El estado ocupacional se definió a partir de la actividad principal realizada durante el último mes: 1) trabaja de manera remunerada con jornada completa o a tiempo parcial; 2) estudia; 3) jubilado o pensionado; 4) realiza tareas no remuneradas (quehaceres del hogar o de cuidado); 5) no trabaja ni estudia.

Apoyo social percibido. Se evaluó a partir de la pregunta: "¿Con qué frecuencia usted puede hablar de sus problemas con su familia o amigos?" (nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces, siempre).

Acontecimientos vitales estresantes. Se definieron a partir de la presencia o ausencia de distintos acontecimientos vitales durante el último año: muerte del cónyuge, separación matrimonial o divorcio, muerte de un familiar cercano, lesión o enfermedad personal, despido del trabajo, jubilación.

Acceso a tratamiento. Se consideró a partir de la pregunta: "¿Ha recibido algún tipo de tratamiento por depresión?" (Sí/No). Como no es posible establecer la fecha de acceso a tratamiento, no fue posible diferenciar entre acceso a tratamiento previo y actual.

Plan de análisis

La evaluación de diferencias estadísticas de las variables continuas por grupo se realizó a través de pruebas t-Student y Anova de un factor. A través de chi-cuadrado se evaluó la presencia de asociación entre variables cualitativas.

Para determinar los efectos fijos de cada variable socioeconómica sobre la presencia de SD, se construyó un modelo de regresión logística. La variable dependiente corresponde a la presencia o ausencia de sintomatología depresiva moderada-grave a grave (PHQ-9 ≥ 15). Se estimaron, además, *odds-ratios* (OR, 95% IC) con el fin de medir la influencia de cada variable independiente. En este modelo se incluyeron todas las variables simultáneamente.

Un segundo modelo de regresión incluyó las variables apoyo social percibido y acontecimientos vitales estresantes, para controlar los efectos de las variables socioeconómicas considerando dimensiones psicosociales relevantes. En este modelo, las variables fueron introducidas progresivamente.

Resultados

Luego de filtrar los cuestionarios incompletos, la composición de la muestra fue de 2.957 participantes. La Tabla 1 resume su composición y distribución por género según distintas variables sociales.

En primer lugar, se observó que los hombres tendieron a presentar, en promedio, un mayor nivel educacional que las mujeres y que casi el 80% de ellos realizaba trabajos remunerados, en comparación con el 50% de las mujeres. Además, una proporción importante de mujeres realizaba trabajo no remunerado (20,5%). En segundo lugar, se observó una distribución homogénea de los participantes según nivel de ingreso. Sin embargo, al desagregar por género, las mujeres tenían una mayor presencia en el primer cuartil que los hombres (23% vs 14%), mientras que en el grupo con mayor ingreso esta tendencia se invirtió.

En tercer lugar, se observó que las mujeres reportaron mayor apoyo social percibido que los hombres (58,2% vs 55% de alto apoyo social), pero también reportaron en un porcentaje levemente mayor el haber sufrido acontecimientos vitales estresantes durante el último año (60% vs 55%). Finalmente, las mujeres declararon en mayor proporción el haber recibido en alguna ocasión tratamiento por depresión (24,6% vs 11,8%).

Por otro lado, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes promedios de mujeres y hombres en la escala PHQ-9 ($t = -9,9515$; $p < 0,001$), siendo este de 6,52 en mujeres y 4,62 en hombres (Figura 1).

Como se observa en la Tabla 2, la prevalencia puntual de SD moderados a graves (PHQ-9 ≥ 10) fue de 19,3% (13,4% en hombres y 23,2% en mujeres). Las mujeres presentaron una prevalencia de SD moderados-graves a graves (PHQ-9 ≥ 15) que fue un poco más del doble que la de los hombres (9,8% vs 4,6%).

Tabla 1. Composición de la muestra

Variable	Categorías	Sexo				Total		Chi-sq.	p-value
		Hombre n	%	Mujer n	%	n	%		
Educación	Básica	221	17,9	445	25,0	22,2	25,69	< 0,001	
	Secundaria	524	44,5	749	42,1	43,1			
	Técnica	193	16,4	292	16,4	16,4			
	Universitaria	249	21,2	292	16,4	18,3			
Ocupación	Trabajador remunerado	935	79,5	884	49,8	61,6	353,93	< 0,001	
	Estudiante	37	3,1	65	3,7	3,5			
	Jubilado	116	9,9	262	14,8	12,8			
	Tareas no remuneradas	6	0,5	363	20,5	12,5			
	No trabaja ni estudia	82	7,0	201	11,3	9,6			
Cuartil de ingreso	1	165	14,0	409	23,0	19,4	76,72	< 0,001	
	2	223	18,9	396	22,2	20,9			
	3	232	19,7	320	18,0	18,7			
	4	305	25,9	296	15,1	19,4			
	No informa ingresos	252	21,4	386	21,7	21,6			
Apoyo social	Bajo	294	25,0	384	21,6	23,0	4,92	0,08	
	Medio	235	20,0	359	20,2	20,1			
	Alto	646	55,0	1.035	58,2	56,9			
Acontecimientos vitales estresantes	Ninguno	521	45,5	696	39,9	42,1	9,65	< 0,01	
	1	371	32,4	646	37,0	35,2			
	2 o más	254	22,1	404	23,1	22,8			
Acceso a tratamiento	Con tratamiento	138	11,8	435	24,6	19,5	72,77	< 0,001	
	Sin tratamiento	1.032	88,2	1.333	75,4	80,5			

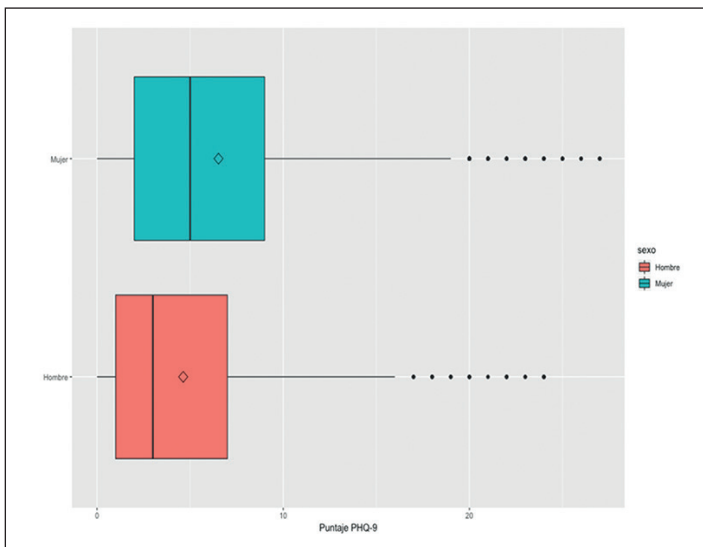


Figura 1. Distribución de puntajes PHQ-9 según sexo.

Tabla 2. Prevalencia de síntomas depresivos por sexo y edad

	Hombre*					Mujer**					Total H/M
	18-25	25-39	40-59	60 ó más	Total	18-25	25-39	40-59	60 o más	Total	
SD Mod-Grave a Grave	3,5	4,7	3,7	6,5	4,6	4,8	7,3	10,5	12,9	9,8	7,7
SD Moderada	10,5	8,9	8,3	8,7	8,8	17,0	13,7	13,3	11,9	13,4	11,6
SD Media	36,0	27,5	23,9	23,8	26,2	42,2	36,1	32,8	30,3	33,8	30,8
SD Mínima	50,0	58,9	64,0	61,0	60,5	36,1	42,9	43,4	44,8	43,3	49,9

*No existe asociación estadísticamente significativa entre edad y SD en hombres ($\chi^2 = 12,38$; $p = 0,05$). **Existe una asociación estadísticamente significativa entre edad y SD en mujeres ($\chi^2 = 20,62$; $p < 0,001$).

Se observó, además, que la prevalencia de SD más graves aumentó con la edad y que las mujeres presentaron consistentemente mayor sintomatología que los hombres en cada tramo etario. La relación entre SD y edad tendió a ser menos consistente que la relación entre sintomatología y género.

El análisis del ítem 9 de la escala muestra que 14,2% de los participantes (11,1% de los hombres y 16,3% de las mujeres) reportó pensamientos suicidas y autolíticos durante las últimas dos semanas.

Determinantes socioeconómicos

Los datos muestran que a mayor nivel educacional, menor fue el puntaje en la escala PHQ-9 (Tabla 3). Sin embargo, estas diferencias fueron

mayores y más significativas en el caso de las mujeres. La prevalencia de SD moderados-graves a graves fue casi tres veces mayor entre las mujeres con educación básica, respecto a las encuestadas con estudios universitarios (15,9% vs 5,9%).

En el caso de los hombres, la menor prevalencia de SD moderados-graves a graves se encontró entre quienes tenían un trabajo remunerado (3,5%) (Tabla 4). Entre las mujeres, la menor prevalencia de SD moderados-graves a graves se encontró en quienes estaban estudiando (4,7%), mientras que las mayores prevalencias se observaron en aquellas que no trabajaban ni estudiaban (14,7%) y entre las jubiladas (13,2%).

La prevalencia de SD moderados-graves a graves tendió a ser mayor en los primeros cuartiles

Tabla 3. Puntaje promedio escala PHQ-9 y porcentaje de sintomatología depresiva moderada-grave a grave según nivel educacional y sexo

	Hombre				Mujer				Total
	Básica	Media	Técnica	Univ.	Básica	Media	Técnica	Univ.	
Puntaje promedio*	4,5	4,8	4,8	4,1	7,9	6,2	5,8	5,6	5,7
Desviación estándar	5,2	4,7	4,6	3,9	6,1	5,5	4,5	4,8	5,2
% SD Mod-Grave a Grave**	5,8	4,6	5,1	2,8	15,9	9,3	5,8	5,9	7,7

*Las diferencias en el puntaje promedio PHQ-9 son estadísticamente significativas por sexo ($F = 93,63$; $p < 0,001$), nivel educacional ($F = 11,77$; $p < 0,001$) e interacción entre sexo y educación ($F = 5,88$; $p < 0,001$). **No existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educacional y SD moderada a grave en hombres ($\chi^2 = 2,56$; $p = 0,05$), mientras que en mujeres sí existe una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 31,84$; $p < 0,001$).

Tabla 4. Puntaje promedio escala PHQ-9 y porcentaje de sintomatología depresiva moderada-grave a grave según ocupación principal y sexo

	Hombre Mujer					Total
	Trabajo remunerado	Estudia	Jubilado	Trabajo no remunerado	No trabaja ni estudia	
Puntaje promedio*	4,3 / 6,3	5,8 / 6,1	5,5 / 7,1	9,8 / 6,1	5,6 / 7,8	5,7
Desviación estándar	4,3 / 5,2	5,3 / 4,0	5,8 / 6,2	5,3 / 5,1	5,5 / 6,4	5,2
% SD Mod-Grave a Grave**	3,5 / 8,6	8,3 / 4,7	9,8 / 13,2	20 / 8,4	7,5 / 14,7	7,7

*Las diferencias en el puntaje promedio PHQ-9 son estadísticamente significativas por sexo ($F = 94,609$; $p < 0,001$) y ocupación ($F = 6,926$; $p < 0,001$). La interacción entre sexo y ocupación no es estadísticamente significativa ($F = 2,023$, $p = 0,001$). **Existe una asociación estadísticamente significativa entre ocupación y SD moderada a grave en hombres ($\chi^2 = 15,21$; $p < 0,01$) y en mujeres ($\chi^2 = 12,81$; $p < 0,05$).

Tabla 5. Puntaje promedio escala PHQ-9 y porcentaje de sintomatología depresiva moderada-grave a grave según cuartil de ingreso familiar per cápita y sexo

	Hombre					Mujer					Total
	1	2	3	4	S/info	1	2	3	4	S/info	
Puntaje promedio*	5,3	4,5	4,7	4,1	4,7	7,9	6,6	6,6	5,3	5,7	5,7
Desviación estándar	4,9	4,5	4,8	4,0	5,1	6,1	5,4	5,3	4,4	5,3	5,2
% SD Mod-Grave a Grave**	5,5	3,6	5,6	2,3	6,5	16,1	8,9	9,1	6,5	7,4	7,7

*Las diferencias en el puntaje promedio PHQ-9 son estadísticamente significativas por sexo ($F = 93,678$; $p < 0,001$), cuartil de ingreso familiar per cápita ($F = 14,560$; $p < 0,001$) e interacción entre sexo y cuartil de ingreso familiar per cápita ($F = 2,849$, $p < 0,05$). **Existe una asociación estadísticamente significativa entre cuartil de ingreso familiar per cápita y SD moderada a grave en mujeres ($\chi^2 = 27,47$; $p < 0,001$). No existe asociación estadísticamente significativa entre cuartil de ingreso per cápita y SD moderada a grave en hombres ($\chi^2 = 7,38$; $p = 0,05$).

de ingreso (Tabla 5), y la mayor brecha se observó entre las mujeres del primer y cuarto cuartil (16,1% vs 6,5%). La asociación entre ingreso y SD fue estadísticamente significativa solo en el caso de las mujeres.

Es interesante observar que los SD disminuía más abruptamente para las mujeres a medida que

aumenta el nivel de educación e ingreso. Ahora bien, la distribución socioeconómica de SD no siguió una tendencia monótonica: en el cuartil 3 se produjo un quiebre de la tendencia descendente a medida que aumentaba el ingreso.

Independientemente del género, fue posible observar una asociación entre alto apoyo social

percibido y menores puntajes en la escala (Tabla 6). Asimismo, a mayor cantidad de acontecimientos vitales estresantes, hubo mayor puntaje en la escala (Tabla 7). Este efecto fue mucho más marcado entre los hombres.

Se observó una mayor presencia de pensamientos suicidas y autolesivos entre las personas de menores ingresos y entre quienes declararon un menor apoyo social percibido (Tabla 8).

Finalmente, como se observa en el modelo de regresión (Tabla 9), las mujeres presentaron una mayor probabilidad de presentar SD moderados-graves a graves en comparación con los hombres (OR 2,07; IC 95% 1,48-2,92). Asimismo, el hecho de no haber cursado más allá de educación básica se asoció a una mayor probabilidad de presentar SD respecto al hecho de poseer educación universitaria (OR 1,77; IC 95% 1,05-3,06), al igual

Tabla 6. Puntaje promedio escala PHQ-9 y porcentaje de sintomatología depresiva moderada-grave a grave según apoyo social percibido y sexo

	Hombre			Mujer		
	AS Bajo	AS Medio	As Alto	AS Bajo	AS Medio	AS Alto
Puntaje promedio*	5,7	4,6	4,1	8,1	7,3	5,6
Desviación estándar	5,6	4,4	4,1	6,0	5,9	4,9
% SD Mod-Grave a Grave**	9,8	3,9	2,5	16,2	12,5	6,5

*Las diferencias en el puntaje promedio PHQ-9 son estadísticamente significativas por sexo ($F = 94,335$; $p < 0,001$), apoyo social ($F = 39,946$; $p < 0,001$) e interacción entre sexo y apoyo social ($F = 3,525$; $p < 0,05$). **Existe una asociación estadísticamente significativa entre apoyo social percibido y SD moderada a grave en hombres ($\chi^2 = 24,24$; $p < 0,001$) y en mujeres ($\chi^2 = 33,20$; $p < 0,001$).

Tabla 7. Puntaje promedio escala PHQ-9 y porcentaje de sintomatología depresiva moderada-grave a grave según número de acontecimientos vitales estresantes durante el último año y sexo

	Hombre			Mujer		
	Ninguno	1 estresor	2 o más estresores	Ninguno	1 estresor	2 o más estresores
Puntaje promedio*	3,7	4,5	6,5	5,2	6,9	8,0
Desviación estándar	4,0	4,4	5,5	5,0	5,7	5,5
% SD Mod-Grave a Grave**	2,5	4,1	8,4	6,1	11,1	12,2

*Las diferencias en el puntaje promedio PHQ-9 son estadísticamente significativas por sexo ($F = 94,424$; $p < 0,001$) y número de acontecimientos estresantes ($F = 65,777$; $p < 0,001$). La interacción entre sexo y número de acontecimientos estresantes no es estadísticamente significativa ($F = 2,318$, $p = 0,05$). **Existe una asociación estadísticamente significativa entre número de acontecimientos estresantes y SD moderada a grave en hombres ($\chi^2 = 13,99$; $p < 0,001$) y en mujeres ($\chi^2 = 14,63$; $p < 0,001$).

Tabla 8. Porcentaje de ideas suicidas y autolíticas en las últimas dos semanas según sexo, cuartil de ingreso familiar per-cápita y nivel de apoyo social percibido

	Hombre					Mujer				
	1	2	3	4	Sin/info	1	2	3	4	Sin/info
Bajo AS	19,57	18,18	16,95	16,39	18,06	31,90	31,25	20,69	10,71	27,06
Medio AS	17,65	4,65	7,84	7,69	16,67	30,99	20,00	21,88	17,86	16,28
Alto AS	14,29	8,80	10,66	6,28	4,01	16,82	10,05	8,80	4,86	11,37

que la condición de no trabajar ni estudiar (OR 1,67; IC 95% 1,07-2,55) respecto al hecho de tener un trabajo remunerado.

Por otro lado, tanto la percepción de un bajo apoyo social como el hecho de pertenecer al grupo

de menores ingresos estuvieron asociados a una mayor probabilidad de presentar SD moderados-graves a graves (OR 2,79 [2,02-3,88] y 2,18 [1,28-3,83], respectivamente) en comparación con aquellos que percibían un alto apoyo social o per-

Tabla 9. Modelos de regresión logística y odds-ratio para variables socioeconómicas sobre la presencia de sintomatología depresiva moderada-grave a grave

		Reg 1	OR	IC OR (95%)	Reg 2	OR	IC OR (95%)
Sexo (ref = Hombre)	Mujer	0,681*** (0,171)	1,98	1,42-2,78	0,738*** (0,180)	2,09	1,48-3,00
Educación (ref = Universitaria)	Básica	0,753*** (0,269)	2,12	1,27-3,66	0,516* (0,282)	1,68	0,98-2,97
	Media	0,327 (0,254)	1,39	0,86-2,32	0,179 (0,266)	1,20	0,72-2,06
	Técnica	0,014 (0,303)	1,01	0,56-1,84	-0,125 (0,322)	0,88	0,47 -1,66
Ocupación (ref = Trabajo remunerado)	Estudia	0,155 (0,451)	1,17	0,44-2,63	0,185 (0,492)	1,20	0,40-2,89
	Jubilado	0,386* (0,200)	1,47	0,99-2,16	0,316 (0,210)	1,37	0,90-2,06
	Trabajo no remunerado	-0,163 (0,228)	0,85	0,54-1,31	-0,101 (0,235)	0,90	0,56-1,42
	No trabaja ni estudia	0,454** (0,218)	1,58	1,02-2,39	0,511** (0,227)	1,67	1,06-2,58
Cuartil de ingreso familiar per cápita (ref = Cuartil 4)	Cuartil 1	0,850** (0,276)	2,34	1,28-3,83	0,654** (0,282)	1,92	1,12-3,41
	Cuartil 2	0,303 (0,286)	1,35	0,78-2,41	0,193 (0,291)	1,21	0,69-2,18
	Cuartil 3	0,553** (0,281)	1,74	1,01-3,07	0,467 (0,285)	1,59	0,92-2,83
	Sin información	0,457 (0,279)	1,58	0,92-2,78	0,170 (0,290)	1,19	0,68 -2,12
Apoyo social (ref = Alto AS)	Bajo AS	-	-	-	1,030*** (0,171)	2,80	2,00-3,93
	Medio AS	-	-	-	0,592*** (0,184)	1,81	1,22-2,64
Acontecimientos estresantes (ref = Sin estresores)	Un estresor	-	-	-	0,541*** (0,184)	1,72	1,20-2,47
	Dos o más estresores	-	-	-	0,764*** (0,193)	2,15	1,47-3,14
	Constant	-3,884*** (0,296)			-4,539*** (0,329)		
	Observations	2,903			2.843		
	Log Likelihood	-746,199			-680,477		
	Akaike Inf. Crit.	1.518,399			1.394,954		

Nota: p < 0,1; p < 0,05; p < 0,01.

tenían al grupo de mayores ingresos. Ahora bien, al incluir progresivamente en el modelo el apoyo social y los acontecimientos vitales estresantes, la asociación entre SD y nivel educacional perdió fuerza, mientras que la asociación con el primer cuartil de ingreso siguió siendo significativa.

Discusión

En sintonía con la literatura internacional^{6,11}, este estudio sugiere que el género femenino, un nivel socioeconómico bajo, el hecho de no trabajar ni estudiar, un bajo apoyo social percibido y los acontecimientos vitales estresantes aumentan la probabilidad de presentar SD.

El género es uno de los factores predictivos más importantes de los SD, con un riesgo estimado dos veces mayor entre las mujeres en comparación a los hombres. La gradiente de distribución de síntomas por ingreso y nivel educacional es más acentuada para las mujeres. De hecho, existe una asociación estadísticamente significativa entre ingresos y SD entre las mujeres, pero no entre los hombres. Esto sugiere que el efecto de la posición socioeconómica sobre la sintomatología ocurre en interacción con el género, y parece indicar que las desventajas sociales hacen que las mujeres dependan más de la educación y el ingreso para lograr el bienestar psicológico²².

Respecto a las ideas suicidas y autolíticas, su alto porcentaje puede estar asociado al hecho de que el ítem utilizado no solo pregunta por pensamientos suicidas, sino también por pensamientos autolíticos sin intención suicida, los cuales tienden a tener una alta prevalencia en población general²⁵.

El apoyo social percibido y los acontecimientos vitales estresantes son los predictores más importantes de los SD, con un riesgo estimado casi tres veces mayor entre quienes perciben bajo apoyo social. Actualmente existe evidencia robusta sobre la relación entre acontecimientos vitales estresantes y SD²³, y distintos estudios han confirmado una relación inversa entre apoyo social y depresión²⁴. Percibir el apoyo emocional de cercanos podría amortiguar el efecto de acontecimientos estresantes o disminuir la vulnerabilidad de las personas en una posición social desaventajada.

La prevalencia de SD moderados-graves a graves es cerca de 3,5 veces mayor en el primer cuartil versus el cuarto cuartil de ingreso. Sin embargo,

es interesante notar que la prevalencia de SD es mayor en el tercer cuartil respecto al segundo cuartil. Estos resultados son consistentes si se utilizan otros métodos de estratificación (deciles), y podrían explicarse por la sensación de vulnerabilidad que sufre una parte de los sectores medios en un sistema de protección social que focaliza sus programas en los más pobres.

A esto se agrega el hecho de que la condición de no trabajar ni estudiar se asoció a un mayor riesgo de SD. En esta condición se encuentran en mayor proporción las mujeres en comparación con los hombres (11,3% vs 7%). Diversos estudios han mostrado que el trabajo remunerado estable es un factor protector de la salud mental, mientras que el subempleo constituye un factor de riesgo^{3,26}.

Es interesante observar que en el primer modelo de regresión, el hecho de no haber cursado más allá de educación básica se asoció a un mayor riesgo de sufrir SD. Este resultado es consistente con otros estudios nacionales que han mostrado una asociación inversa entre nivel educacional y SD^{15,16}. La educación determina el acceso a una multitud de recursos materiales y simbólicos y podría representar un indicador sensible de la falta de oportunidades de las personas, además de ser difícil de revertir a lo largo de la vida²⁷.

Sin embargo, al incluir el apoyo social percibido y los acontecimientos vitales estresantes (modelo 2), la asociación entre SD con el nivel educacional y el hecho de estar jubilado pierden gran parte de su fuerza. A diferencia de algunos estudios nacionales^{15,16}, encontramos asociaciones más fuertes entre SD e ingresos en comparación con la educación. Estos resultados pueden explicarse por el hecho de que el bajo apoyo social percibido y los acontecimientos estresantes se concentran fundamentalmente entre las personas con menor nivel educacional y los jubilados (resultados disponibles bajo solicitud).

Los resultados de este estudio sugieren un efecto sinérgico entre desigualdades socioeconómicas y de género: las mujeres de nivel socioeconómico bajo representan un grupo doblemente desfavorecido, lo que permite explicar, indirectamente, la brecha de salud mental entre hombres y mujeres⁸. Las mujeres pobres podrían sentirse con menor control sobre sus vidas, o podrían verse afectadas en su autoestima, contribuyendo a la aparición de SD^{7,22}.

Avanzar en políticas sociales que aborden la

interseccionalidad de desigualdades socioeconómicas y de género, mejorando los ingresos de las mujeres y sus oportunidades de acceso a educación y empleo, contribuirían significativamente a reducir la prevalencia de SD en Chile.

Limitaciones

Una limitación de este estudio se asocia al hecho de que las variables apoyo social percibido y la presencia de pensamientos suicidas y autolíticos fueron evaluadas a partir de una sola pregunta y no a través de instrumentos específicos validados²¹. Otra limitación se asocia a su diseño transversal, lo que impide estimar si las desventajas socioeconómicas son causa o efecto de los síntomas (causalidad social vs selección social)^{8,11}. Dado el carácter longitudinal de ELSOC, este estudio representa una línea de base para futuras investigaciones.

Referencias

- World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO; 2017.
- Salk R, Hyde J, Abramson L. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* 2017; 143(8): 783.
- Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289(23): 3095-105.
- Andersen I, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63 (7): 575.
- Kessler R, Bromet E. The epidemiology of depression across cultures. *Annu. Rev. Public Health* 2013; 34: 119-38.
- Lund C, Brooke-Summer C, Baingana F, Baron E, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 357-69.
- Moss N. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med*. 2002; 54: 649-61.
- Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araújo M, Aquino E, James S, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1339-53.
- Hammarström A, Lehti A, Danielsson U, Bengs C, Johansson E. Gender-related explanatory models of depression: A critical evaluation of medical articles. *Public Health* 2009; 123: 689-93.
- Trygg N, Gustafsson P, Månsdotter A. Languishing in the crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health. *Int J Equity Health* 2019; 18: 115.
- Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157(2): 98-112.
- PNUD. *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago, Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2017.
- Orchard M, Yopo M. Inequality and capabilities: A multidimensional empirical exploration in Chile. En: Comim F, Fennell S and Anand P, Editores, *New frontiers of the capability approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2018. p. 329-350.
- MINSAL. *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Santiago: MINSAL; 2018.
- Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 501-5.
- Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1693-703.
- Markkula N, Zitko P, Peña S, Margozzini P, Retamal P. Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 399-409.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
- Levis B, Benedetti A, Thombs B, and DEPRESSD Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019; 365: 11476.
- Baader T, Molina J, Venezian S, Rojas C, Fariás R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 2012; 50(1): 10-22.
- Naa P, Yaramalaa S, Kimb J, Kimb H, Goesc F, Zandic P, et al. The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *J Affect Disord* 2018; 232: 34-40.
- Ross C, Mirowsky J. Sex differences in the effect of

- education on depression: Resource multiplication or resource substitution? *Soc Sci Med* 2006; 63: 1400-13.
23. Losiak W, Blaut A, Klosowska J, Losiak-Pilch J. Stressful life events, cognitive biases, and symptoms of depression in young adults. *Front Psychol* 2019; 10: 2165.
 24. Ehsan A and De Silva M. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69: 1021-8.
 25. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, St John N. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical sam-
ples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav* 2014; 44 (3): 273-303.
 26. Rosenthal L, Carroll-Scott A, Earnshaw V, Santilli A, and Ickovics J. The importance of full-time work for urban adults' mental and physical health. *Soc Sci & Med* 2012; 75(9): 1692-6.
 27. Halpern-Manners A, Schnabel L, Hernández E, Silberg J, Eaves L. The relationship between education and mental health: New evidence from a discordant twin study. *Social Forces* 2016; 95(1): 107-31.