

Notas COES de política pública

Nº 15 / Enero 2018

ISSN: 0719-8795

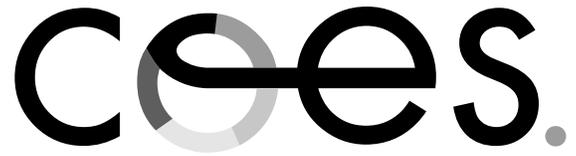


Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social

www.elsoc.cl

**Resultados Primera Ola
Estudio Longitudinal Social
de Chile (ELSOC)**

Módulo 6: Salud y bienestar



Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social

Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC)

El Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES), es un centro financiado por el programa FONDAP de CONICYT, que tiene el propósito de generar investigación científica de punta, formar capital humano avanzado y contribuir al desarrollo de políticas públicas. En el marco de este objetivo, COES presenta el “Estudio Longitudinal Social de Chile” (ELSOC).

Este estudio longitudinal de tipo panel, único en Chile y América Latina, consiste en encuestar a casi 3.000 chilenos, anualmente, a lo largo de una década. ELSOC ha sido diseñado para evaluar la manera cómo piensan, sienten y se comportan los chilenos en torno a un conjunto de temas referidos al conflicto y la cohesión social en Chile. Por su naturaleza, este estudio busca analizar, en una muestra representativa a nivel nacional, la estabilidad o el cambio en diversas dimensiones sociales atendiendo a factores que los moderan o explican a lo largo de los años.

Entre otros temas, se busca analizar la percepción que tienen las personas acerca del barrio o la comunidad en que habitan; las formas que adopta la participación ciudadana y la actividad política formal, las actitudes hacia la democracia, las conductas pro-sociales, las actitudes hacia los inmigrantes, desigualdad económica, empleo, caracterización socioeconómica, entre otros. Al estar estos temas en una encuesta integrada, será posible relacionar estos aspectos en modelos comprensivos de la realidad social chilena, incorporando información contextual geoespacial y social.

Cada uno de estos temas será presentado en distintos módulos a lo largo del año 2017, una vez que se hayan analizado los contenidos del estudio. Cada uno de estos lanzamientos contará con un documento escrito que integra los principales hallazgos. Estos quedarán disponibles para ser descargados desde la página web de COES (www.coes.cl).



Módulo 6: Salud y bienestar

Salud mental en el Chile de hoy

Daniel Hojman (1), Mariane Krauze (2), Michael Llaupi (1), Graciela Rojas (3), Álvaro Vergés (2).

(1) COES-UChile

(2) MIDAP-PUC

(3) MIDAP-UChile

Los resultados que se presentan en este informe corresponden al Módulo de Salud y Bienestar de la primera ola de medición de la Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC), que conduce el Centro de Estudios del Conflicto y la Cohesión Social (COES). El estudio está diseñado para evaluar cómo piensan, sienten y se comportan los chilenos en torno a un conjunto de temas referidos al conflicto y cohesión social en Chile. Este estudio longitudinal de tipo panel incluye una muestra representativa de la población chilena que vive en ciudades con más de 10.000 habitantes. La muestra está compuesta por tres mil personas que serán encuestadas anualmente a lo largo de una década. Uno de los objetivos de ELSOC es investigar la relación entre la salud mental y distintas dimensiones del cambio social en el Chile de hoy.

La Encuesta Nacional de Salud muestra que más de un 17% de los chilenos tiene síntomas depresivos. Según la Organización Mundial de la Salud, Chile es además uno de los países con niveles de depresión más altos de América Latina a pesar de tener el mayor ingreso per cápita (WHO, 2017).

La depresión se caracteriza por un bajo estado de ánimo, pérdida de energía, baja autoestima y disminución de interés en actividades que antes eran normalmente placenteras. Además, puede ir acompañada de irritabilidad, ansiedad, cambios en el sueño y el apetito, disminución de la concentración, sentimientos de culpa y, en el peor de los casos, puede conducir al suicidio. Todo ello involucra un funcionamiento disminuido en acti-

vidades sociales, educacionales y laborales, afectando diferentes aspectos del diario vivir.

La salud mental es un indicador directo del bienestar de la población, pero además, explorar sus determinantes y su evolución, y la relación con variables propias de la encuesta como las actitudes políticas y culturales, puede dar claves importantes para entender el proceso de modernización de la sociedad chilena y sus políticas públicas.

Este informe aborda la salud mental y el apoyo social en el Chile de hoy. Se reportan las brechas en salud mental por nivel socioeconómico y género, así como también un reporte de la relación existente con variables geográficas, financieras, y otras. Con el fin de guiar la presentación, la siguiente sección presenta algunas definiciones previas sobre los antecedentes técnicos de la encuesta. En segundo lugar, se describen el gradiente en síntomas depresivos por niveles socioeconómicos, medido tanto a nivel de ingresos del hogar per cápita como nivel educacional. A continuación, se presentan resultados sobre diferencias de género. La cuarta sección presenta las desigualdades territoriales, considerando distintas zonas geográficas (norte, centro y sur), así como en ciudades de distinto tamaño. La quinta sección distingue entre los chilenos y los extranjeros en la muestra. La sección 6 describe la asociación entre de las medidas de salud mental y endeudamiento, consumo de cigarrillos, jornada laboral, entre otras variables. Finalmente, se presentan algunas conclusiones.

1. DEFINICIONES PREVIAS

Con el propósito de evaluar el estado de salud mental de los encuestados se emplea el instrumento PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Este es un instrumento ampliamente utilizado a nivel internacional para el tamizaje, evaluación y monitoreo de la depresión (Kroecke y Spitzer 2002) y ha sido validado para Chile (Baaden et al. 2012). Incorpora criterios diagnósticos del DSM-IV junto con otros síntomas de depresión para conformar un instrumento de auto-reporte breve. El instrumento permite evaluar la frecuencia de los síntomas, lo que permite establecer la severidad del cuadro. En Chile, ha sido utilizado exitosamente como instrumento de tamizaje en centros de atención primaria y como forma de evaluar sintomatología depresiva en estudios epidemiológicos.

Como se observa en la tabla 1, el cuestionario incluye nueve preguntas que son respondidas en una escala auto administrada que va desde "nunca" a "todos los días" ("algunos días", "más de la mitad de los días", y "casi todos los días" son las categorías intermedias). A partir de las respuestas se construye un puntaje¹ que permite evaluar el estado de salud mental de los encuestados. En términos más precisos, se calcula un índice de síntomas depresivos. Este cuestionario segmenta la muestra en función de las siguientes categorías del índice de síntomas depresivos: Sin Síntomas y Depresión Mínima (puntaje <5), Depresión Media (puntaje 5-9), Depresión Moderada (puntaje 10-14), Depresión Moderada Severa (puntaje 15-19), y Depresión Severa (puntaje ≥20).

Por consideraciones de tamaño muestral, las dos categorías más severas de síntomas son presentadas en sólo una.

Es importante aclarar que estas categorías no corresponden a un diagnóstico propiamente tal. Si bien el cuestionario y el índice de síntomas son utilizados para un diagnóstico por profesionales de la salud mental, un diagnóstico requiere una evaluación clínica.

TABLA 1 - CUESTIONARIO PHQ-9

¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas ha sentido alguna de las siguientes molestias?	
1	<i>Poco interés o alegría para realizar sus actividades</i>
2	<i>Decaimiento, pesadez o desesperanza</i>
3	<i>Dificultad para dormirse, dormir toda la noche, o exceso de sueño</i>
4	<i>Cansancio o tener la sensación de falta de energía</i>
5	<i>Apetito disminuido o aumentado</i>
6	<i>Dificultades para concentrarse en algo, como leer el diario o ver televisión</i>
7	<i>Mala opinión de sí mismo, tener la sensación de ser fracasado o haber defraudado a la familia</i>
8	<i>Sus movimientos y lenguaje corporal han estado tan entelencidos que han sido notados por otras personas</i>
9	<i>Ha tenido pensamiento de querer estar muerto o de querer hacerse daño o sufrir</i>

1.- A cada respuesta "nunca" se le asigna un puntaje igual a cero, "algunos días" suma uno, "más de la mitad de los días" contribuye en dos puntos, mientras que "casi todos los días" y "todos los días" equivalen a tres puntos. De esta forma, la medida final es la suma de todas las respuestas, tomando valores entre 0 y 27.

La figura 1 presenta los resultados para la muestra total. La prevalencia de los síntomas más severos de depresión asciende a un 7.2% de la muestra, encuestados con niveles de depresión moderada equivalen al 11.1%, depresión media alcanza un 30.9%, y la categoría de sin síntomas/depresión mínima asciende al 50.8%.

Un segundo tema abordado en esta presentación contempla la dimensión de apoyo social, para ello se considera la siguiente pregunta: ¿Con qué frecuencia usted puede hablar de sus problemas con su familia o amigos? Esta pregunta es respondida en la siguiente escala: nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre. La figura 2 muestra los resultados para la muestra encuestada. Como se puede apreciar, quienes responden "nunca" representan el 7.8% de la muestra total, "pocas veces" el 14%, "algunas veces" el 19.1%, "muchas veces" el 20.1%, y "siempre" el 39% de la muestra.

2. DESIGUALDAD SOCIO ECONÓMICA

Existe una marcada relación entre depresión y nivel socioeconómico. Diversos estudios han encontrado mayores tasas de depresión en personas de nivel socioeconómico bajo. Un meta-análisis (Lorant et al. 2003) encontró que esta asociación entre nivel socioeconómico y depresión es más importante en la persistencia del

cuadro que en su inicio, lo que puede apuntar a menores recursos para enfrentar un episodio depresivo por parte de personas de nivel socio económico bajo.

Como se aprecia en la figura 3, la encuesta constata una relación positiva entre nivel educacional y salud mental. La prevalencia de síntomas de depresión moderada severa a severa es del orden de cuatro a cinco veces mayor en personas con educación básica relativa a encuestados con estudios universitarios. En contraposición, la prevalencia de categoría de síntomas más leves de depresión pasa de un 43% en el grupo de educación básica a un 59% para personas con educación universitaria.

Un patrón igual de marcado surge al revisar la asociación ente apoyo social y nivel socioeconómico. Se aprecia una relación positiva entre nivel educacional y frecuencia con la que los encuestados señalan que pueden hablar de sus problemas con cercanos (figura 4). Mientras un 16% de la muestra con estudios básicos señala que nunca puede hablar de sus problemas con cercanos, este porcentaje asciende sólo a un 3% en encuestados con educación universitaria. Por otro lado, el porcentaje de personas que responde "siempre" en los grupos de educación básica y universitaria corresponden a un 34% y 48%, respectivamente.

FIGURA 1 - SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: FRACCIÓN DE ENCUESTADOS EN CADA CATEGORÍA DEL ÍNDICE DE SÍNTOMAS

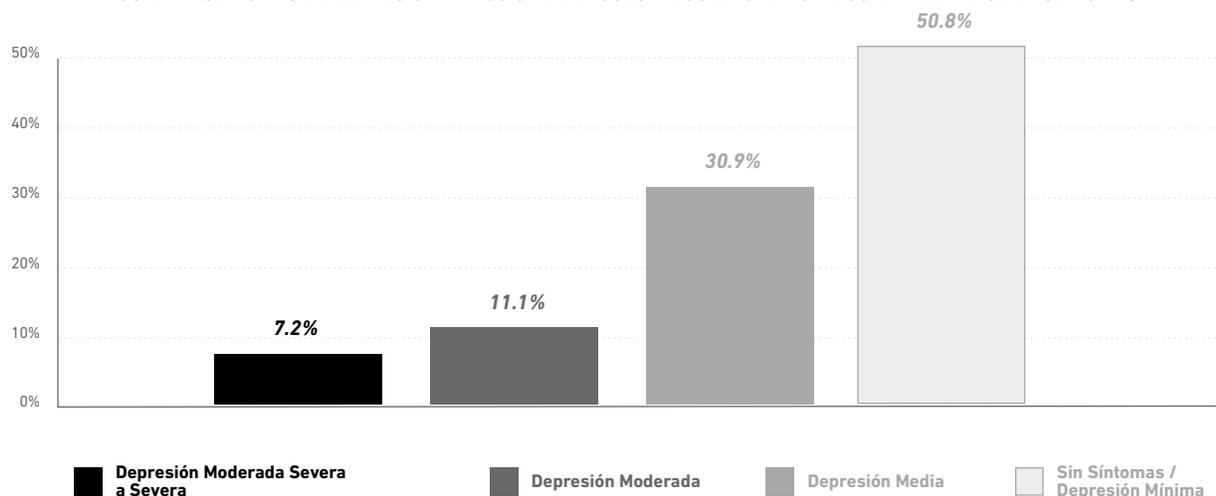


FIGURA 2 - APOYO SOCIAL: FRACCIÓN DE ENCUESTADOS EN CADA CATEGORÍA



FIGURA 3 - SÍNTOMAS Y ESTATUS SOCIOECONÓMICO: NIVEL EDUCACIONAL

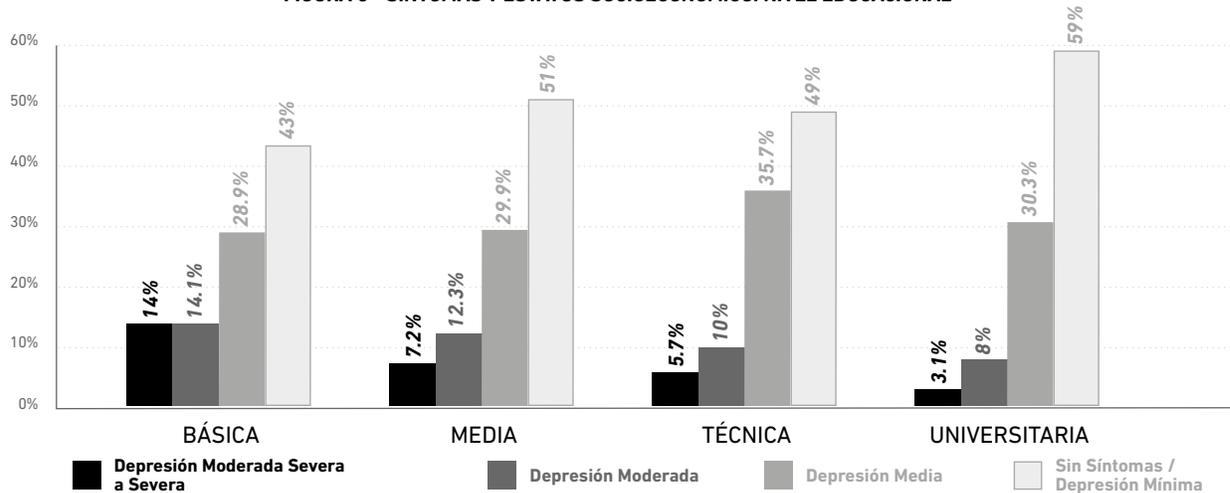
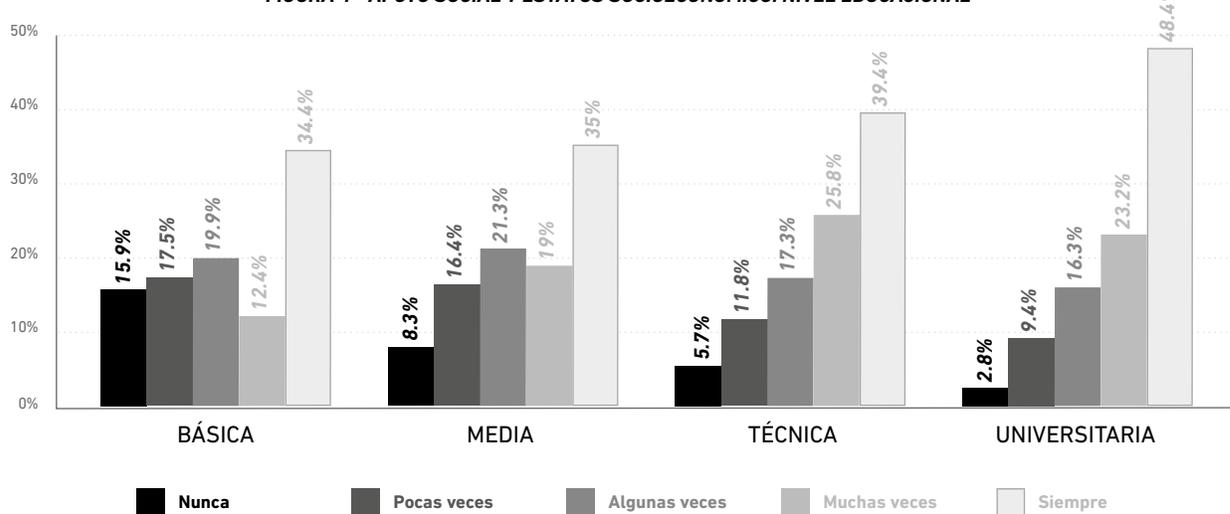


FIGURA 4 - APOYO SOCIAL Y ESTATUS SOCIOECONÓMICO: NIVEL EDUCACIONAL



Otra dimensión analizada corresponde a diferencias según deciles de ingreso per cápita del hogar, la figura 5 presenta estos resultados. Como se puede apreciar, la prevalencia de la categoría de sin síntomas / depresión mínima es mayor en deciles superiores de ingreso, escenario opuesto a la prevalencia de categorías más severas. Específicamente, la prevalencia de la categoría moderada severa a severa es cerca de 8 veces mayor en el decil 1 versus el decil 10 de ingreso per cápita del hogar (13.3% y 1.6%, respectivamente). Notar que los primeros dos deciles son muy similares entre sí y lo mismo ocurre para los deciles 9 y 10. En el caso de la categoría del grupo más saludable, la categoría sin síntomas / depresión mínima tiene una prevalencia del 43% en el decil 1 en contraste con un 65% en el decil 10. Se trata de diferencias enormes.

La relación previamente mencionada entre síntomas depresivos e ingreso per cápita del hogar no es monótona a lo largo de la distribución del ingreso. Es interesante apreciar el quiebre que aparece en la transición del quinto al sexto decil, donde la prevalencia de síntomas moderado severo a severo interrumpe la tendencia a la baja que presenta desde el decil 1 al 5, saltando de un 2.8% a un 8.2% de prevalencia, para luego retomar un descenso sostenido hasta el decil 10 (1.6%).

Otra forma de verlo es que la prevalencia de síntomas severos para el promedio de los deciles 4 y 5 es menor que para los quintiles 6 y 7. Una hipótesis posible es que, la focalización del sistema de protección y lo restrictivo del acceso a los seguros privados, se manifiesta

en un acceso a tratamiento de los grupos medios vulnerables peor que el de los grupos de ingresos menores –con mayor cobertura pública– y la de ingresos más altos –con mayor cobertura privada.

La figura 6 presenta qué porcentaje de la muestra ha recibido algún tipo de tratamiento por depresión según quintil de ingreso per cápita del hogar y categoría de síntomas. En primer lugar, como es de esperarse, encuestados con síntomas más severos presentan mayores porcentajes de tratamiento que quienes presentan mejores diagnósticos. Por otro lado, encuestados del quintil 1, 2, y 5 son los que presentan un mayor porcentaje de personas que han recibido tratamiento (22, 21, y 21% respectivamente), mientras que en el quintil 3 y 4 los porcentajes ascienden a un 15 y 13%. La mayor prevalencia de síntomas severos en quintiles de menores ingresos y un mejor acceso de grupos de mayor poder adquisitivo son factores que ayudarían a explicar los resultados observados. Un resultado interesante es que, restringiendo el análisis al grupo de encuestados con síntomas más severos, no se aprecia una relación monótona entre quintil de ingreso y acceso a tratamiento, pues los quintiles 3 y 4 son los que muestran menores porcentajes de acceso, 31 y 21%, respectivamente. Este último resultado va en la misma línea del presentado en la figura 5, los que sugieren una baja en el estado de salud mental, junto a menores índices de acceso en sectores socio económicos medios. Es decir, parece existir un bache de salud mental para los grupos medios vulnerables asociado con un bache del sistema de protección social.

FIGURA 5 - SÍNTOMAS Y ESTATUS SOCIOECONÓMICO: DECIL DE INGRESO PER CÁPITA

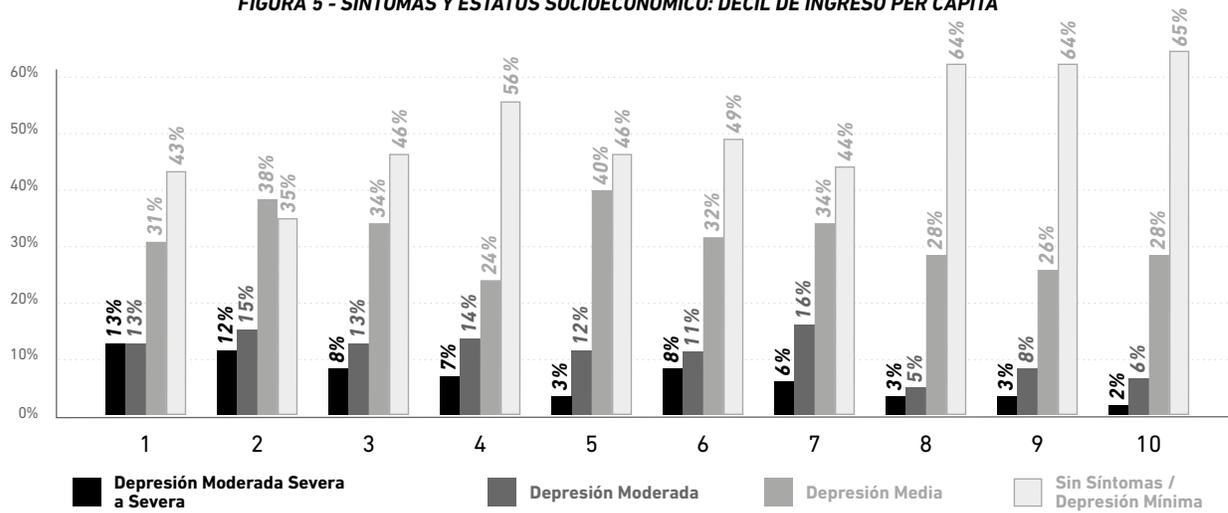
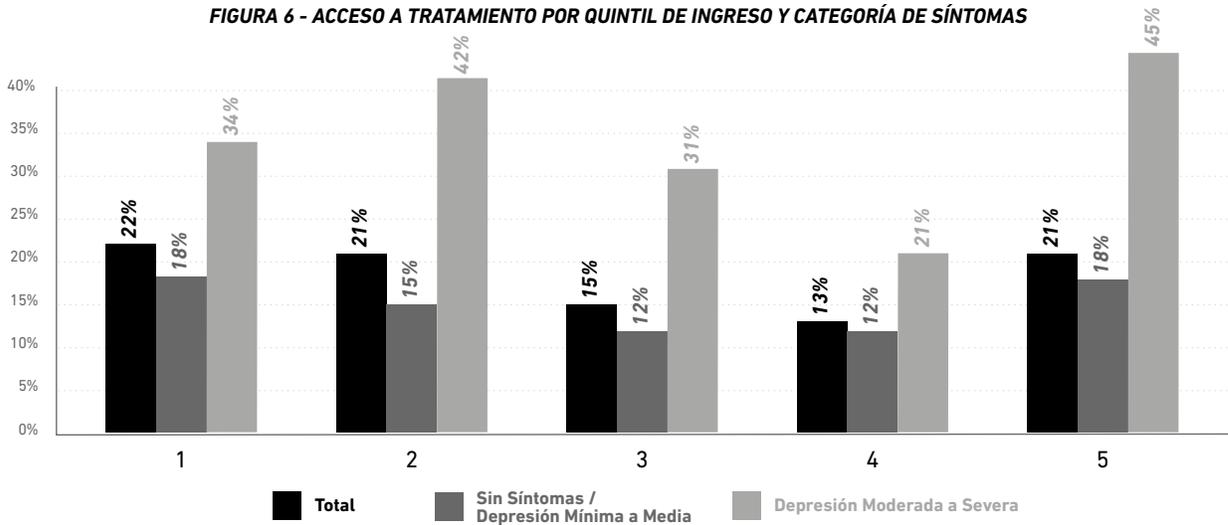


FIGURA 6 - ACCESO A TRATAMIENTO POR QUINTIL DE INGRESO Y CATEGORÍA DE SÍNTOMAS



3. DESIGUALDAD DE GÉNERO

En esta sección se describe la asociación entre las variables de salud mental y apoyo social, y género. La figura 7 presenta la prevalencia de síntomas según género y confirman una marcada brecha de género entre hombres y mujeres. Mientras la prevalencia de síntomas de depresión más severos alcanza el 5% en hombres, este porcentaje alcanza el 9% en mujeres; por otro lado, la prevalencia de la categoría más leve de síntomas de depresión en hombres y mujeres es de un 59% y 43%, respectivamente. Esta brecha existe a pesar de que las mujeres presentan mejores índices de apoyo social, como lo muestra la figura 8.

La diferencia de aproximadamente 2:1 entre mujeres y hombres en la prevalencia de síntomas de depresión se observa de forma consistente en distintos países. En un reciente meta-análisis (Salk, Hyde, & Abramson, 2017), se reportó que la diferencia de género emerge a los 12 años y alcanza su máximo durante la adolescencia, luego de lo cual tiende a disminuir con la edad. Si bien este estudio sugiere que la diferencia parece ser mayor en países con mayores niveles de igualdad de género, Rojas et al. (2005) encuentran que el gap de género es mayor en Chile que en Gran Bretaña, sugiriendo que es importante entender el impacto multifactorial –incluyendo dimensiones culturales y socioeconómicas– para explicar la desigualdad de género en la incidencia de síntomas depresivos.

En cuanto a apoyo social (figura 8), las mujeres reportan una mayor frecuencia de exteriorización de problemas

con familiares y amigos que los hombres. En concreto, las categorías “nunca” y “pocas veces” acumulan un 24% del total de los encuestados varones, mientras alcanza un 20% en mujeres. Del mismo modo, quienes responden “siempre” son un 43% en mujeres, y un 35% en hombres.

La figura 9 profundiza el análisis de la brecha de género presentado en la figura 7, dividiendo la muestra de hombres y mujeres en dos grupos de ingreso, quienes están por abajo y encima de la mediana muestral de ingreso per cápita a nivel de hogar. Se aprecia que, en el caso de los hombres, no hay diferencias importantes en la prevalencia de síntomas depresivos entre las submuestras de hombres de menor y mayor ingreso. En marcado contraste, en el caso de mujeres, aquellas en el grupo de bajo ingreso presentan un porcentaje de prevalencia de síntomas depresivos más severos que dobla al del grupo de mujeres con ingreso más alto. En el caso de la categoría sin síntomas / depresión mínima, los porcentajes equivalen a un 35% y 53% (bajo y sobre la mediana de ingreso, respectivamente).

Junto con reafirmar la existencia de brechas socio económicas (sección 2), la estadística previa nos muestra que esta dimensión de desigualdad es mucho más acentuada en el caso de mujeres. De esta forma, la evidencia recogida por la encuesta presenta dos dimensiones relevantes de desigualdad, género y nivel socio económico, siendo las mujeres de bajo nivel socio económico las que presentan peores índices de salud mental y las explican mayoritariamente la brecha entre hombres y mujeres.

FIGURA 7 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR GÉNERO

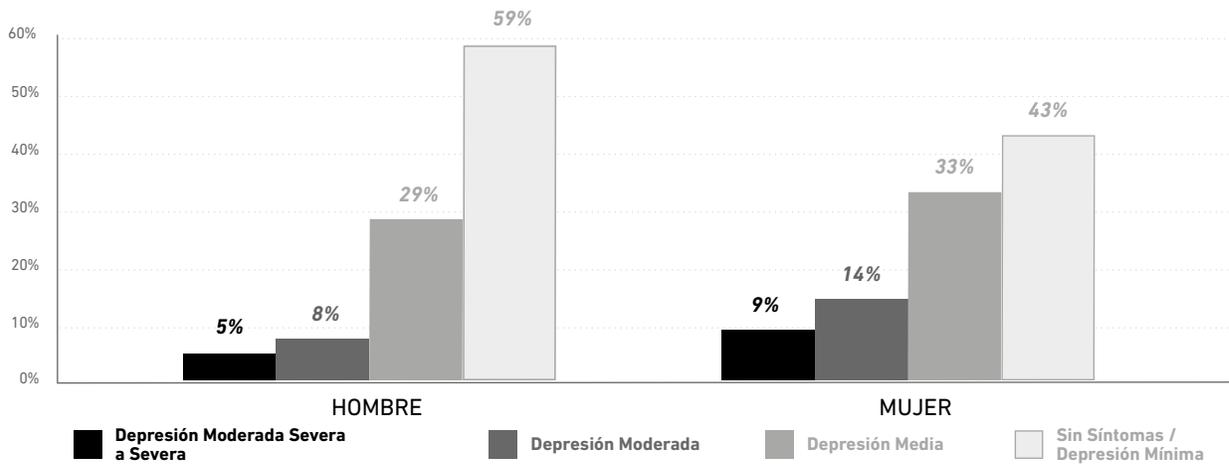


FIGURA 8 - APOYO SOCIAL POR GÉNERO

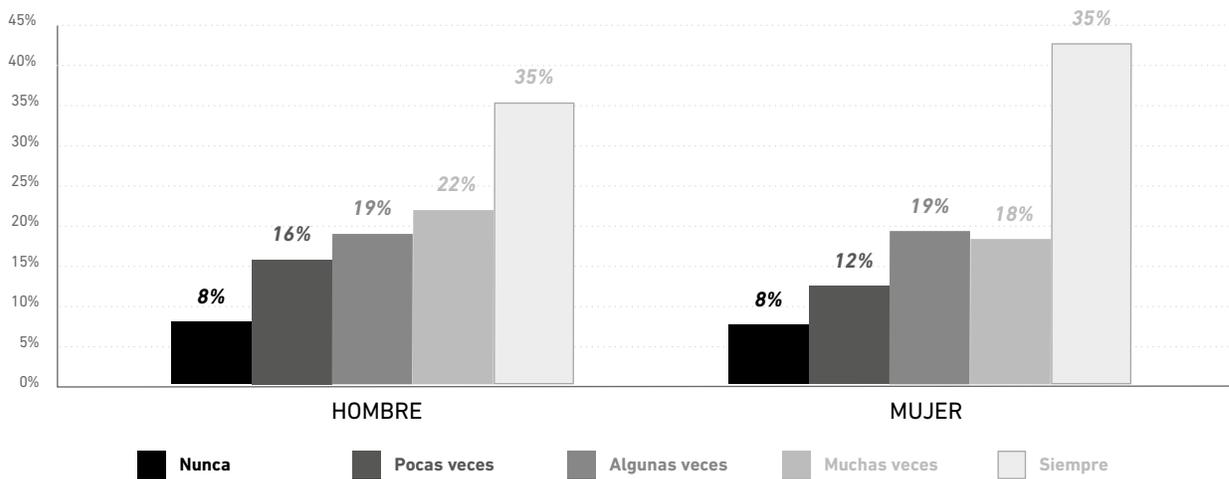
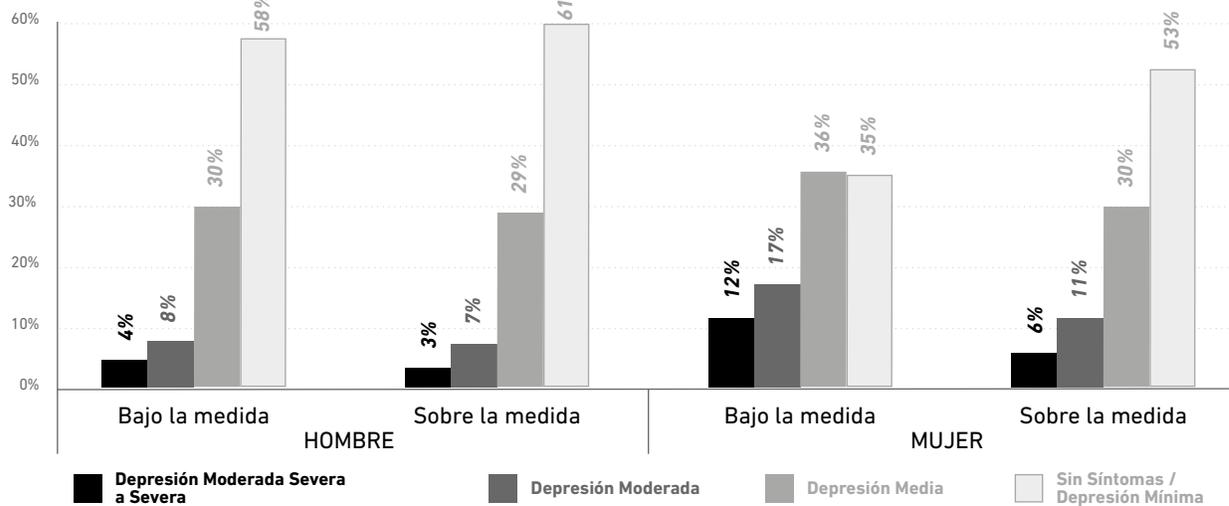


FIGURA 9 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR GÉNERO Y GRUPOS DE INGRESOS ALTOS Y BAJOS



La figura 10 presenta un análisis de los niveles de salud mental por género, desagregando por tramos etarios. Analizando la prevalencia de síntomas moderados severos a severos y de síntomas mínimos, hombres presentan consistentemente mejores índices de salud mental en cada tramo etario. Un fenómeno que se aprecia en ambas submuestras es que la prevalencia de síntomas depresivos más severos es creciente con la edad (3.7% a 8.2% en hombres, y 5.1% a 12.5% en mujeres). Sin embargo, no se puede afirmar que personas de mayor edad presenten peores índices de salud mental, pues la prevalencia de la categoría más leve de depresión también aumenta en los grupos etarios (32.7% a 45.5% en mujeres, y 42.4% a 62.5% en hombres).

En línea con los resultados encontrados, la relación entre depresión y edad reportada por la literatura tiende a ser menos consistente que la relación entre depresión y género. Resultados de las encuestas World Mental Health, organizadas por la ONU en 18 países, muestran una tendencia (Kessler & Bromet, 2013) a un mayor riesgo de depresión en personas jóvenes, riesgo que tiende a disminuir linealmente con la edad. Sin embargo, se observan muchas excepciones a esta tendencia, y el efecto de la edad parece ser mayor en países de altos ingresos comparados con países de menores ingresos.

El último tema abordado en esta sección corresponde a los encuestados que han recibido tratamiento por depresión en distintos subgrupos. La figura 11 muestra que un 24% del total de mujeres ha recibido en alguna ocasión tratamiento por depresión, mientras este número asciende a un 13% en el caso de hombres. Este podría deberse a un mayor acceso a tratamiento debido al gap de síntomas depresivos entre hombres y mujeres. Sin embargo, controlando por la severidad de los síntomas, los hombres presentan consistentemente menores índices de tratamiento en cada categoría del índice de síntomas, siendo más del doble la diferencia para los encuestados en la categoría moderado severo a severo (7% en hombres, y 15.5% en mujeres). Es decir, con síntomas similares, los hombres se tratan menos que las mujeres.

FIGURA 10 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR GÉNERO Y GRUPO ETARIO

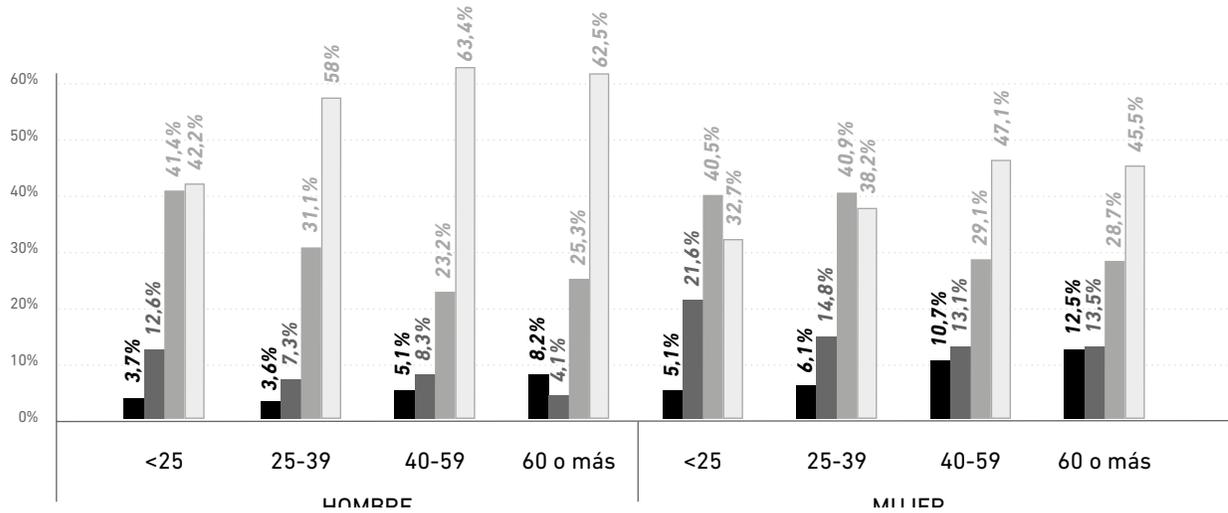
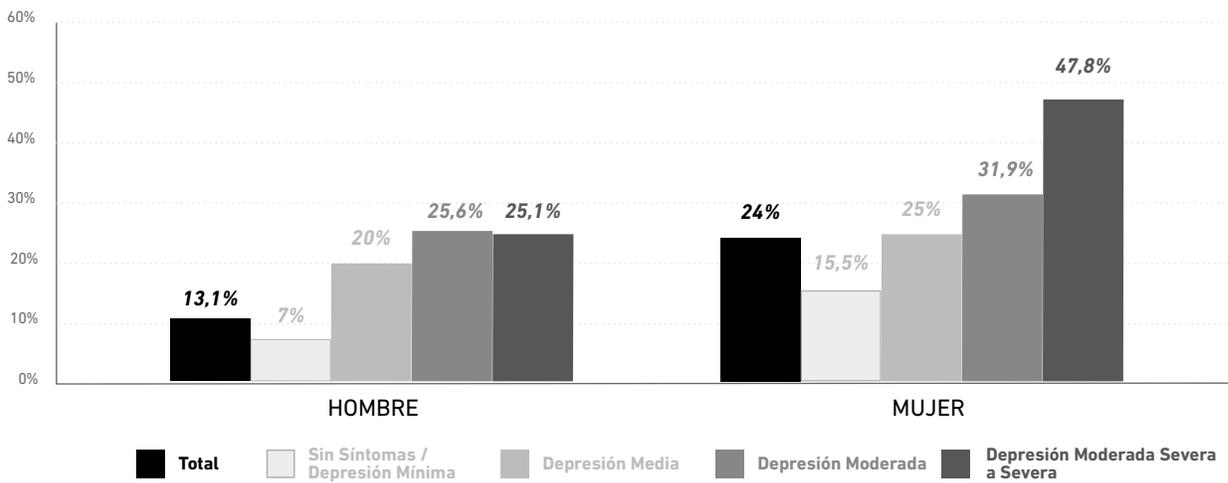


FIGURA 11 - ACCESO A TRATAMIENTO POR GÉNERO Y SÍNTOMAS



4. ANÁLISIS TERRITORIAL

Esta sección describe los resultados, desagregando en áreas metropolitanas (Gran Santiago, Gran Valparaíso, Gran Concepción), ciudades grandes (> 100 mil habitantes), ciudades medianas (>30 mil habitantes), y ciudades pequeñas (>10 mil habitantes). Adicionalmente, los resultados se desagregan por zona geográfica²: Zona Norte, Zona Centro-sur y Zona Sur.

La figura 12 presenta los resultados de la prevalencia de cada categoría de síntomas para áreas metropolitanas, ciudades grandes, medianas y pequeñas. Como se puede apreciar, la prevalencia de la categoría de síntomas más severos es inferior en áreas metropolitanas (Santiago (6.4%), Valparaíso (5.5%), y Concepción (5.3%)) al resto de las ciudades (grandes (9.4%), medianas (6.9%), y pequeñas (9.6%)). Por otro lado, la prevalencia de la categoría de síntomas mínimos es del 50.6% en el gran Santiago, 54.6% en el gran Valparaíso, y 60.2% en el gran Concepción; mientras que en ciudades grandes alcanza el 45.9%, 46.6% en ciudades medianas, y un 54.5% en ciudades pequeñas.

En cuanto a la pregunta sobre apoyo social (figura 13), el porcentaje de encuestados quienes respondieron "siempre" es menor en ciudades pequeñas (31%) y en el gran Santiago (33.7%), mientras los porcentajes más elevados se dan en ciudades grandes (45.3%), el gran

Concepción (43.6%), y el gran Valparaíso (43%). Quienes respondieron "nunca" se encuentran en menor proporción en las áreas metropolitanas (gran Santiago (6.7%), gran Valparaíso (7%), gran Concepción (7.8%)) que en el resto de las ciudades (grandes (9.5%), medianas (8%), y pequeñas (8.4%)).

Los resultados previos sugieren la existencia de desigualdad territorial entre áreas metropolitanas y el resto de ciudades. Factores socio económicos y de acceso a tratamiento podrían explicar la situación en la que se encuentran los encuestados de ciudades más pequeñas. En esta línea, la figura 14 muestra que ciudades medianas (14.3%) y pequeñas (13%) son las que presentan menores porcentajes de encuestados que han recibido tratamiento, resultado que se repite al focalizar el análisis en las categorías más severas de depresión (25.8% en ciudades medianas, y 28.8% en ciudades pequeñas).

La figura 15 presenta resultados de salud mental según zona geográfica. Aquí se observa que la zona norte

2.- Específicamente, la zona norte abarca las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Coquimbo. La zona centro-sur las regiones del Lib. Gral. B. O'Higgins y El Maule. Finalmente, la zona sur incluye las regiones de La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos y Aysén.

FIGURA 12 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CIUDADES

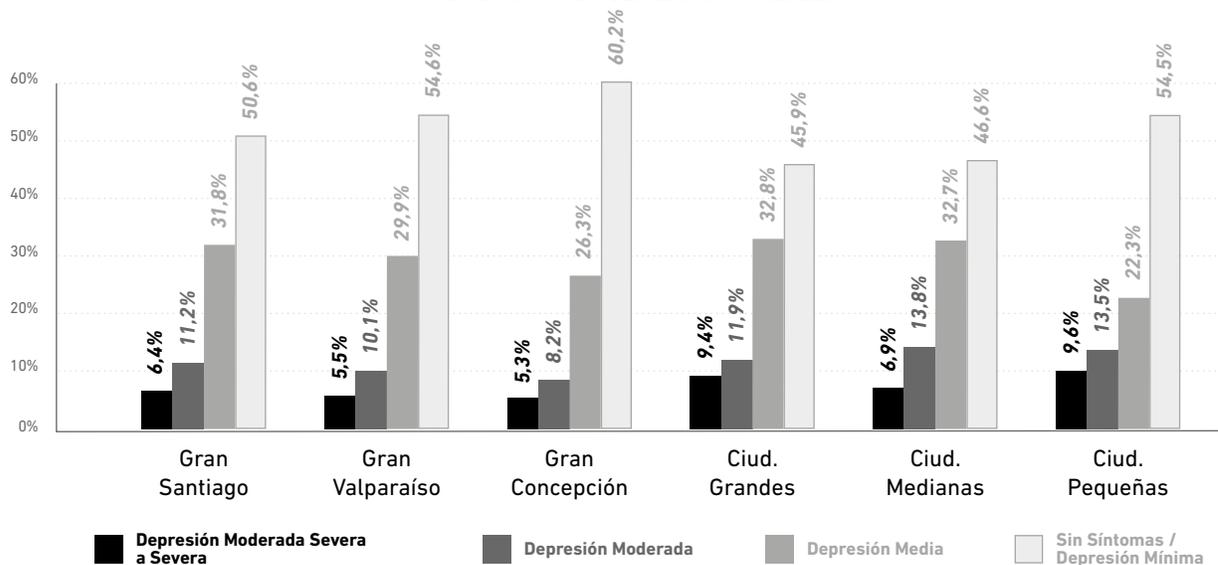


FIGURA 13 - APOYO SOCIAL Y CIUDADES

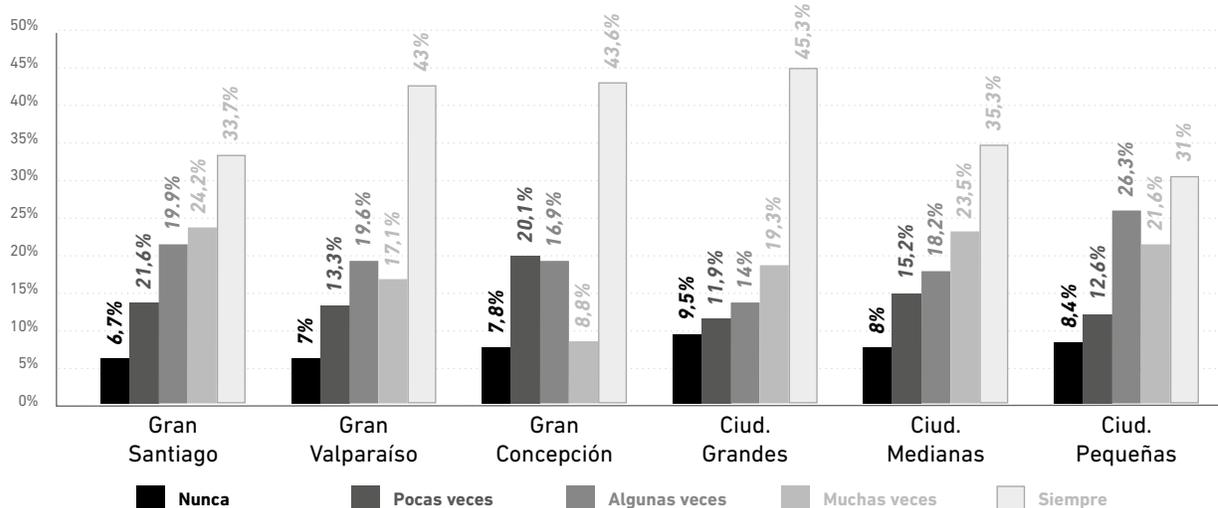
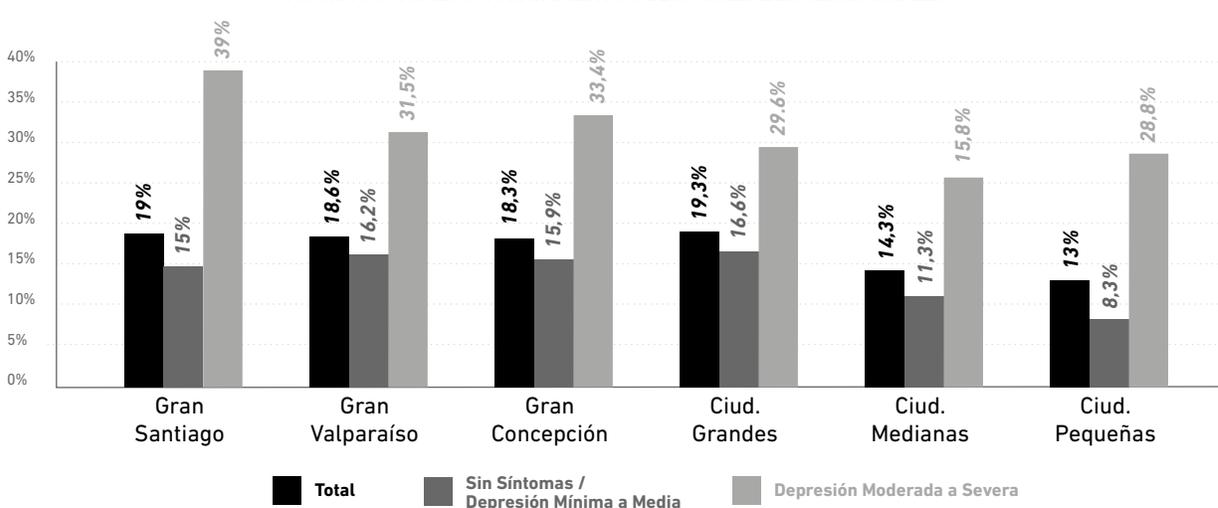


FIGURA 14 - ACCESO A TRATAMIENTO Y DESIGUALDADES TERRITORIALES



del país es la que posee una mayor prevalencia de la categoría de síntomas más severos; específicamente, un 11.1% de encuestados de la zona caen en esta categoría, en contraposición a un 10.2 y 6.6% de la zona centro-sur y sur, respectivamente. En esta línea, la zona sur es la que presenta mejores índices de salud mental, pues además posee la más alta prevalencia de la categoría sin síntomas / depresión mínima (52.2%), superando a las zonas norte (44.7%) y centro-sur (42.9%).

En cuanto a la frecuencia con la que los encuestados declaran poder hablar de sus problemas con familiares y/o amigos (figura 16), la zona norte es la que presenta peores resultados, pues es la que ostenta un mayor porcentaje de personas que responden "nunca" (12.2%), así como también la menor proporción de gente que responde "siempre" (36.5%). En el lado opuesto se encuentra la zona centro-sur, la que presenta la mayor fracción de encuestados que dan como respuesta "siempre" (48%), y el menor porcentaje de quienes contestan "nunca" (6.8%).

5. NACIONALIDAD DEL ENCUESTADO

Según la información recogida por la encuesta, el porcentaje de personas que declaran como nacionalidad principal una diferente a la chilena corresponde a un 3.01% de la muestra total. Teniendo en consideración los problemas asociados a una muestra pequeña de inmigrantes, la figura 17 presenta resultados al estado de salud mental para 2 submuestras: chilenos y extran-

jeros. Este último grupo exhibe una menor prevalencia de síntomas depresivos más severos (1%), mientras la submuestra de chilenos presenta un 7%. Del mismo modo, el porcentaje de encuestados en la categoría de depresión más leve asciende a un 51% en el grupo de chilenos, mientras para los extranjeros el porcentaje es de un 41%. Estos resultados son consistentes con lo encontrado anteriormente por Rojas et al. (2001) en pacientes diagnosticados en la atención primaria.

En la figura 18 se observa que el grupo extranjero de encuestados presenta una menor proporción (25%) de personas que responden "siempre" a la pregunta relacionada a apoyo social (versus un 40% en chilenos), mientras quienes responden "nunca" representan una fracción de encuestados del 16% para los extranjeros, y un 8% para los chilenos. A pesar de presentar peores índices de apoyo social, la submuestra de extranjeros presenta un menor porcentaje con síntomas de depresión severa. Estas diferencias no necesariamente revelan diferencias nacionales o culturales. Además de controlar por variables como género y nivel socioeconómico hay que considerar que la población de inmigrantes viene de un proceso de autoselección y podría corresponder a una subpoblación con mayores niveles de resiliencia que el promedio de la población.

FIGURA 15 - SALUD MENTAL POR ZONA GEOGRÁFICA

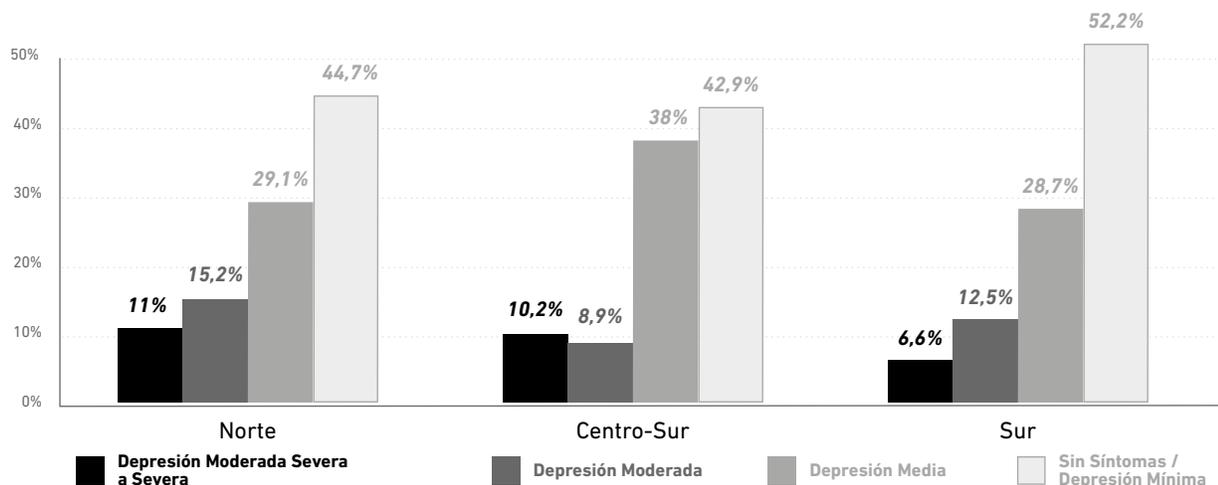


FIGURA 16 - APOYO SOCIAL POR ZONA GEOGRÁFICA

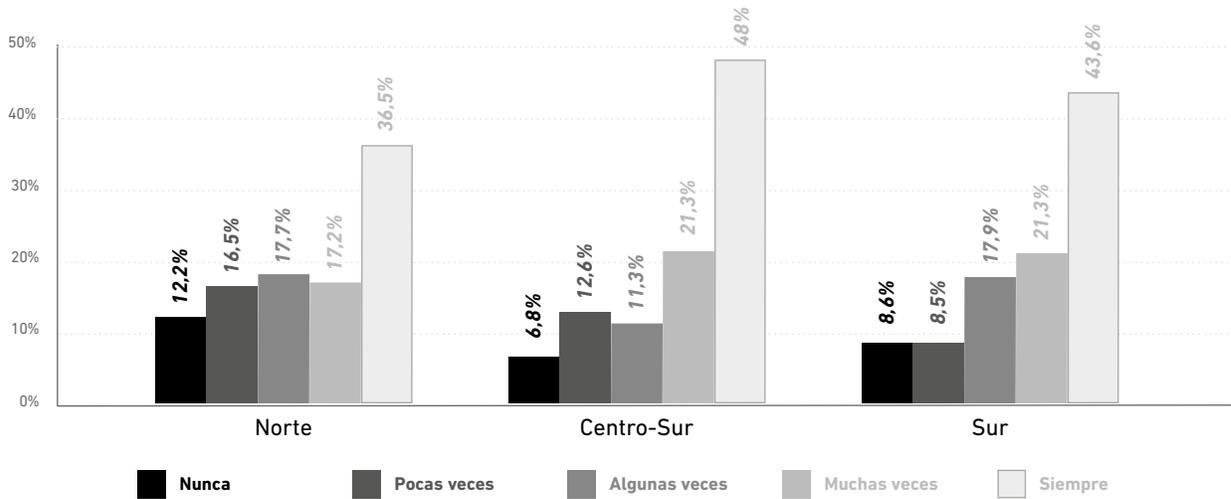


FIGURA 17 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS: CHILENOS Y EXTRANJEROS

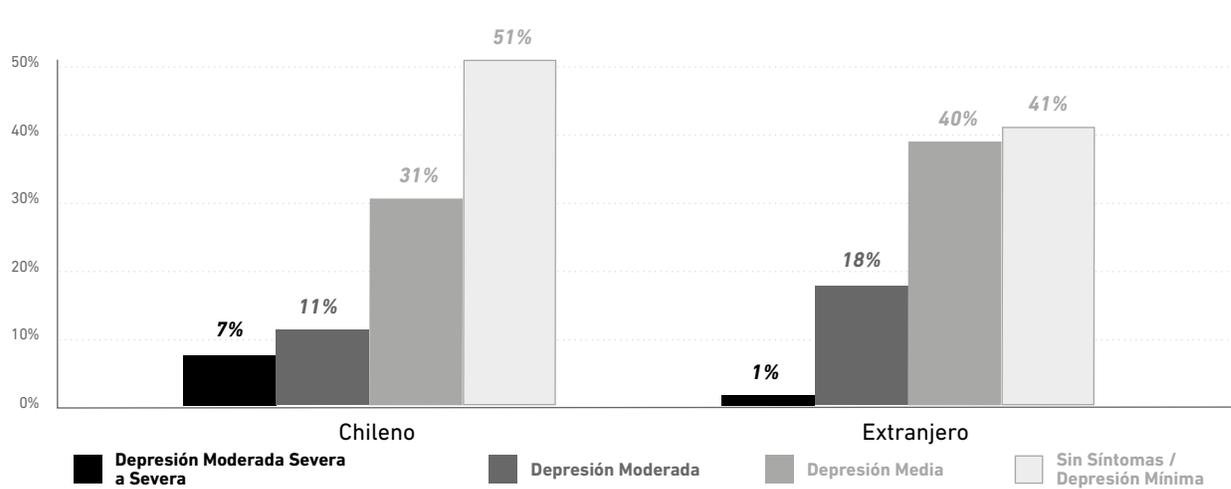
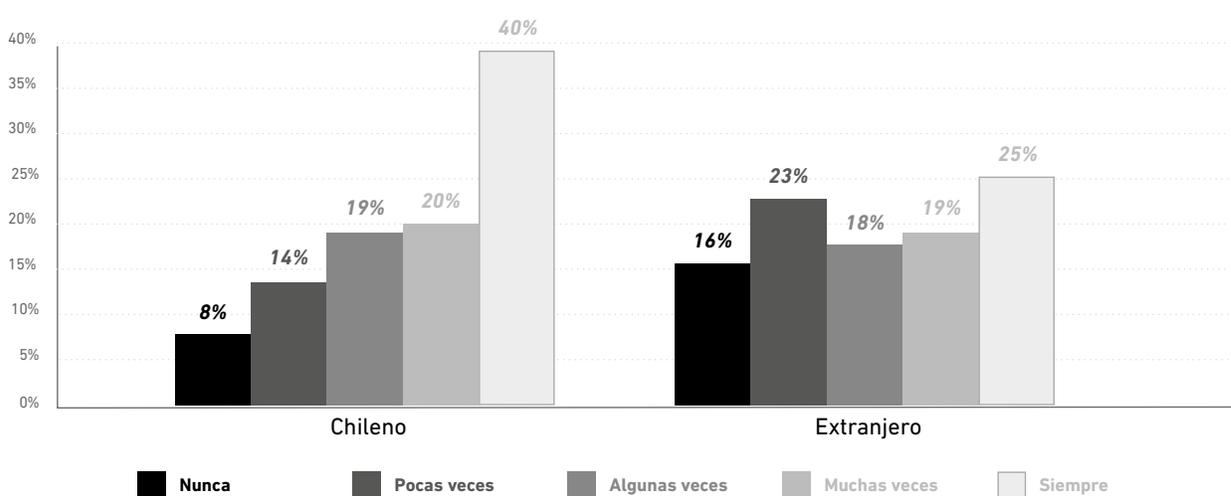


FIGURA 18 - APOYO SOCIAL: CHILENOS Y EXTRANJEROS



6. OTRAS DIMENSIONES DE ANÁLISIS

En esta sección se aborda el tema de salud mental en una serie de dimensiones que incluyen: situación financiera, actitud hacia inmigrantes, consumo de cigarrillos, obesidad, y jornada laboral.

Situación financiera. Diversos estudios en la literatura han constatado el efecto negativo del endeudamiento en el estado de salud mental de las personas (para Chile, ver Hojman et al. 2016). La figura 19 corrobora este fenómeno, encuestados que declaran estar muy sobrecargados por el nivel de deuda presentan un mayor porcentaje de personas con síntomas depresivos moderados severos a severo (15.5%), además de una menor proporción de personas en la categoría más leve de síntomas depresivos (34%). Además, quienes declaran estar bastante sobrecargados con el nivel de deuda presentan el segundo porcentaje más elevado de personas en la categoría más severa de síntomas depresivos (8.1%), así como uno de las menores proporciones de encuestados con síntomas mínimos (42.6%).

Actitud hacia inmigrantes. Otra dimensión abordada en esta sección corresponde al cruce de los índices de salud mental construidos con una medida de percepción hacia inmigrantes en Chile. En específico, la pregunta utilizada consulta a los encuestados por el nivel de agrado hacia peruanos residentes en Chile, presentando cinco respuestas posibles que van desde "muy poco o nada" a "mucho". La figura 20 presenta los resultados asociados a esta pregunta, como se puede apreciar, quienes responden "muy poco o nada" y "poco" son los grupos que presentan los peores índices de salud mental. Los mayores porcentajes de personas en la categoría más severa de depresión (muy poco o nada (7.6%), poco (9.2%)), así como las proporciones más bajas de encuestados en la categoría de sin síntomas / depresión mínima (muy poco o nada (46%), poco (45.3%)).

Consumo de Tabaco. La literatura ha reportado una asociación significativa entre depresión y consumo de tabaco, con una relación que parece ser bidireccional. Un estudio de seguimiento a 26 años encontró que el consumo de tabaco constituye un predictor significativo para el desarrollo de depresión (Flensburg-Madsen et

al., 2011). Otros estudios han encontrado que el riesgo de depresión se ve reducido en personas que dejan de fumar (Khaled et al., 2012).

La figura 21 presenta la prevalencia de las distintas categorías de síntomas depresivos como función del consumo de cigarrillos. La clasificación (OMS, 2006)³ considera las siguientes categorías: no fumador (0 cigarrillos diarios), fumador leve (1-5 cigarrillos diarios), fumador moderado (6-15 cigarrillos diarios), y fumador severo (más de 15 cigarrillos diarios). Se observa una relación negativa entre nivel de consumo de cigarrillos y la salud mental. Los encuestados que declaran consumir en promedio más de 15 cigarrillos diarios (fumador severo) presentan un porcentaje tres veces mayor de síntomas moderados a severos y severos que quienes son no fumadores (19% y 6.2%, respectivamente). Del mismo modo, los fumadores severos presentan una menor proporción de personas en la categoría de sin síntomas / depresión mínima (40.7%). Los resultados son consistentes con estudios previos para Chile (Araya et al. 2007).

3.- Organización Mundial de la Salud. (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud. World Health Organization.

FIGURA 19 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y NIVEL SUBJETIVO DE DEUDA

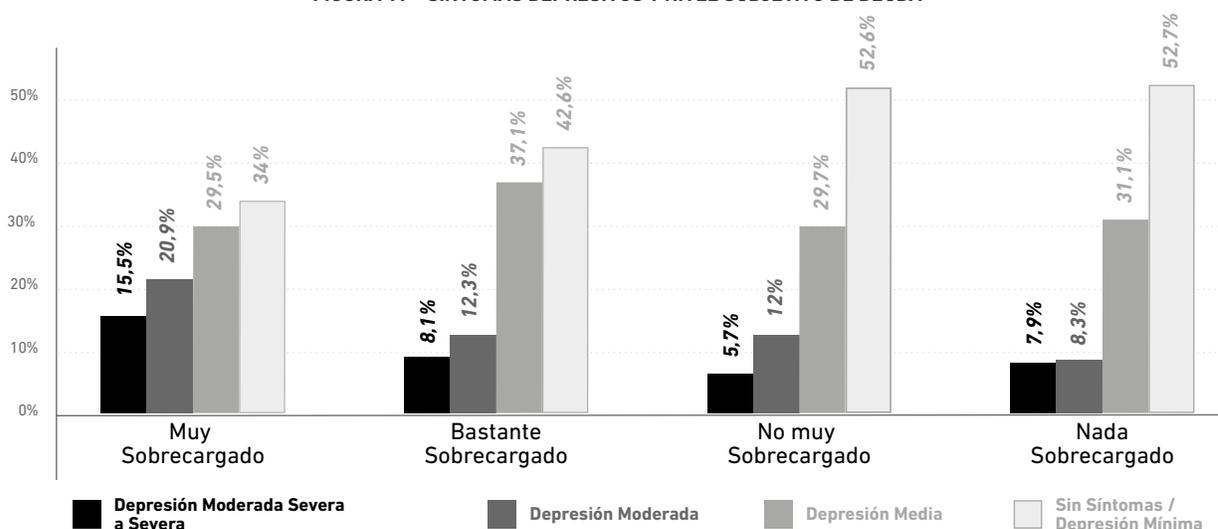


FIGURA 20 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ACEPTACIÓN DE LOS INMIGRANTES

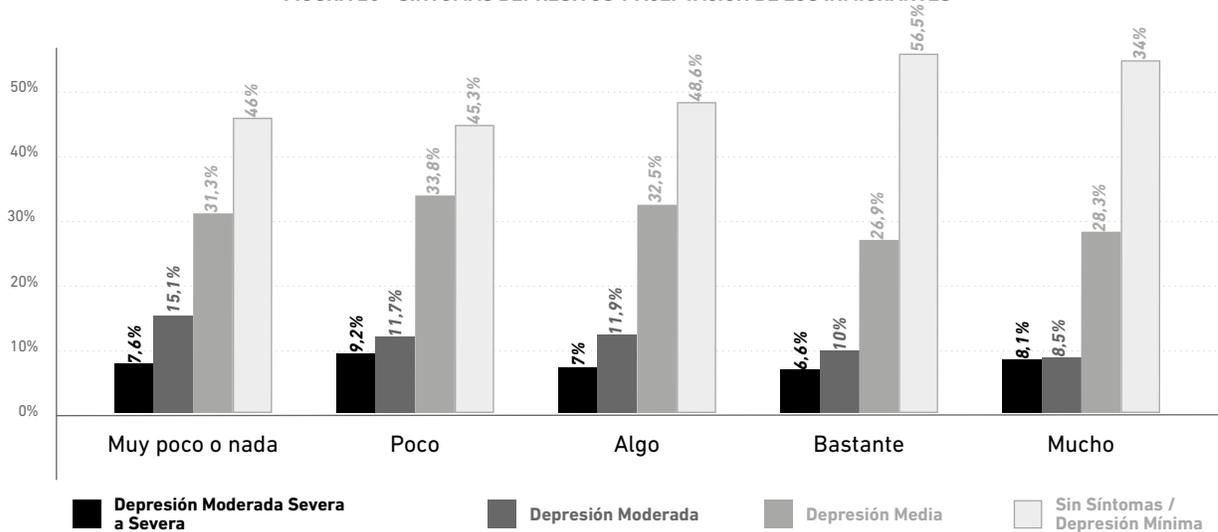
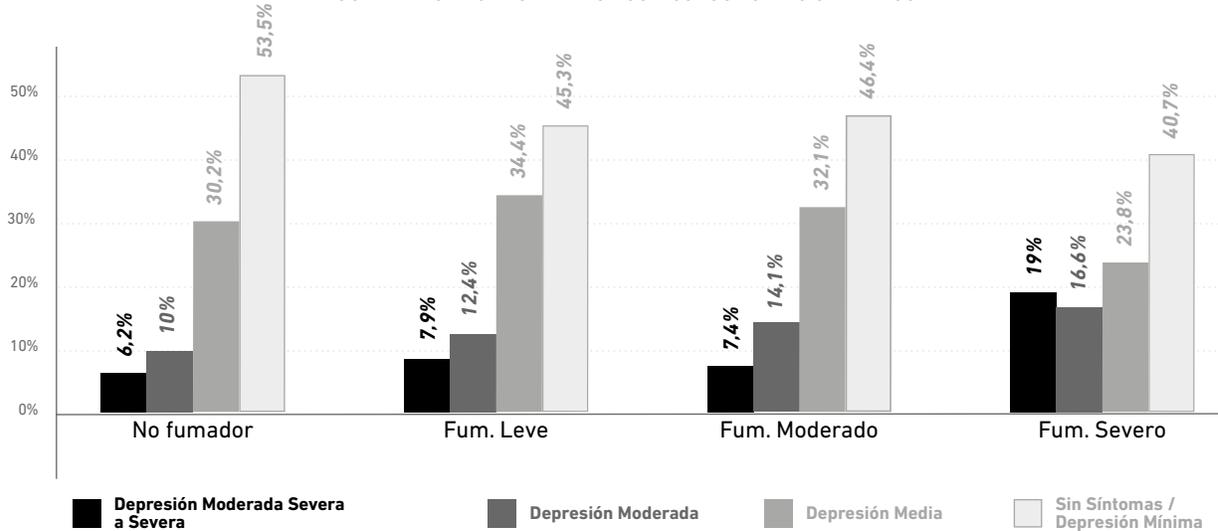


FIGURA 21 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE CIGARRILLOS



Obesidad. Diversos estudios longitudinales han encontrado una relación predictiva bidireccional entre depresión y obesidad (Luppino et al., 2010), de modo que la depresión predice el desarrollo de obesidad y, a la inversa, la obesidad predice el desarrollo de depresión. Un meta-análisis reciente (Mannan et al., 2016) encontró que esta relación es más fuerte en la dirección que va desde la depresión a la obesidad. Por otra parte, esta relación parece ser significativa en mujeres, pero no en hombres (de Wit et al., 2010).

La clasificación de obesidad utilizada corresponde a la definición actual propuesta por la OMS, la cual se basa en el índice de masa corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre la masa corporal (en kilogramos)

y el cuadrado de la altura (en metros). La figura 22 presenta la relación entre salud mental y nivel de obesidad, quienes se encuentran en los grupos Obesidad I-II y Obesidad III son los que presentan un mayor porcentaje de personas en la categoría de depresión más severa (10.1 y 15%, respectivamente).

Jornada Laboral. La última dimensión que se aborda en esta sección corresponde a la extensión de la jornada laboral medida en horas semanales. Como se puede apreciar en la figura 23, encuestados que declaran trabajar desde 25 a 45 horas semanales presentan mejores indicadores de salud mental que trabajadores con jornadas más reducidas o extensas. Lo anterior se evidencia en un mayor porcentaje de personas en la

FIGURA 22 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y OBESIDAD

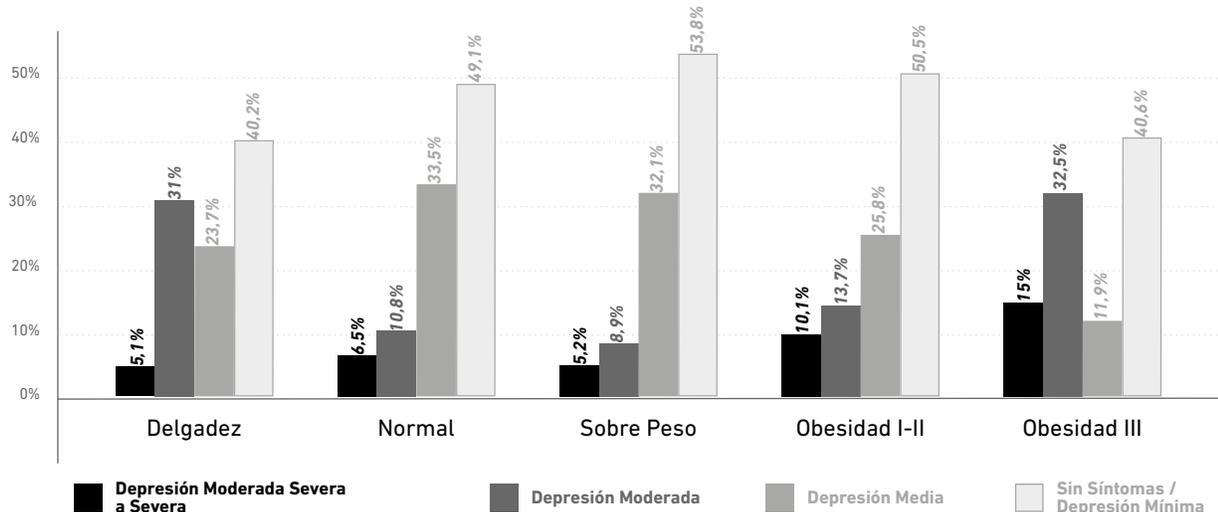
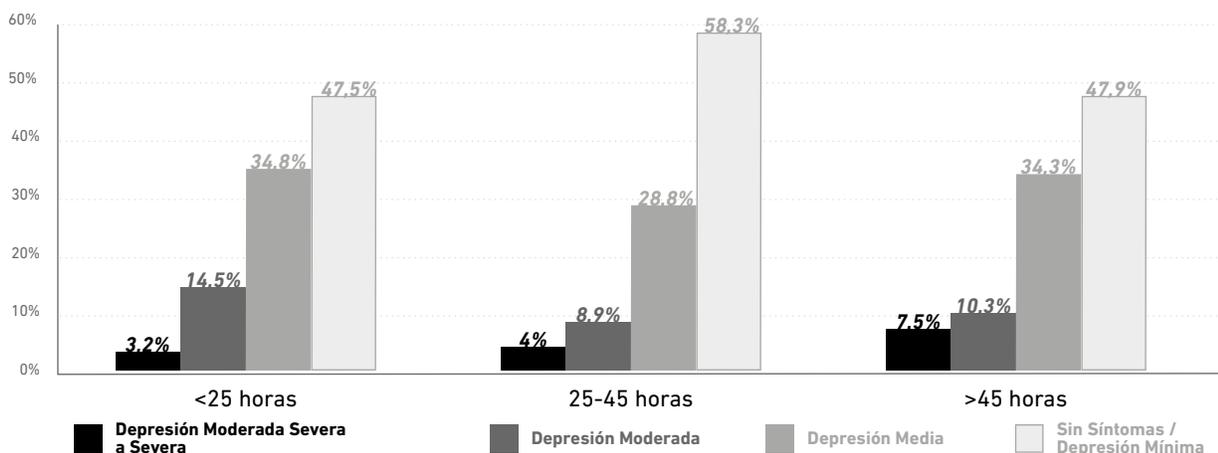


FIGURA 23 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y JORNADA LABORAL



categoría de sin síntomas / depresión mínima (58.3%), así como una menor prevalencia de las dos categorías más severas (13%).

Es necesario investigar hasta qué punto este cuadro refleja brechas de género, pues dentro de los que declaran una jornada laboral menor a 25 horas se incluyen mujeres que realizan trabajo doméstico y de cuidado.

7. CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta ELSOC sugieren que la mitad de la población en ciudades chilenas de 10,000 o más habitantes no muestra síntomas depresivos relevantes, mientras que un 18.3% reporta síntomas moderados y severos, y un 7.7% manifiesta síntomas severos.

En línea con la evidencia previa, los datos muestran un marcado gradiente socioeconómico de los síntomas depresivos. La incidencia de síntomas severos en el quinto quintil de ingresos es 7 veces mayor que en el primer quintil. Sin embargo, para los grupos medios vulnerables (sexto y séptimo decil) se obtienen peores índices de salud mental que para los grupos de los deciles 3, 4 y 5. Este “bache depresivo” de la clase media es consistente con un menor acceso a tratamiento.

Las diferencias de género en los síntomas reportados son sustanciales, también en línea con la evidencia previa. Un punto interesante es que, para los hombres, las diferencias de salud mental entre hombres de ingresos por encima y debajo de la mediana de ingresos son menores. En contraste, para las mujeres, las diferencias de salud mental entre estos dos grupos socioeconómicos son muy sustantivas y las diferencias de sintomatología del grupo de mujeres de ingreso por sobre a la media son bastante más similares a los de los hombres. En consecuencia, la interseccionalidad –el grupo de mujeres de ingresos bajos– juega un rol importante en explicar diferencias de salud mental asociadas al género y el nivel socioeconómico. Para una misma categoría de síntomas depresivos, los hombres reciben menor tratamiento.

El apoyo social muestra un gradiente socioeconómico similar a la depresión, pero las mujeres reportan mayor apoyo social que los hombres. Existe también una fuerte correlación positiva entre síntomas depresivos obesidad y consumo de tabaco.

La prevalencia de síntomas depresivos muestra también patrones territoriales. La zona sur presenta mejores índices de salud mental que el resto del país. Las ciudadanas de Concepción y Valparaíso, y las ciudades grandes (más de 100,000 habitantes) muestran niveles de salud mental mejores que las ciudades medianas y pequeñas, y estos resultados se alinean con las estadísticas de accesos a tratamiento.

Dos aspectos distintivos del Chile contemporáneo, es el aumento sustancial de la migración y el acceso masivo al endeudamiento. Los extranjeros muestran menores niveles de depresividad que los chilenos y existe una correlación positiva entre síntomas depresivos y la menor aceptación de la inmigración. Por otra parte, existe una correlación positiva con mayor endeudamiento.

Se requiere un análisis más profundo de los gaps socioeconómicos, de género y territoriales en salud mental, así como su relación con otros fenómenos que marcan el Chile de hoy –migración, endeudamiento, hábitos, entre otros. La agenda de colaboración entre los centros COES y MIDAP busca avanzar en esta dirección a partir de un análisis multifactorial de las historias de salud mental, apoyo social y consumo de alcohol y tabaco, usando esta y las próximas olas de la encuesta ELSOC.

REFERENCIAS

- » Araya R, Gaete J, Rojas G, Fritsch R, González I, Lewis G. (2007) Smoking and common mental disorders: a population-based survey in Santiago, Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 42(11):874-80.
- » Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. (2006) Inequities in mental health care after the health care system reform in Chile. *Am J Public Health.* 96(1): 109-113.
- » Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry.* 178:228-233.
- » Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al. (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.* 50:10-22.
- » de Wit, L., Luppino, F., van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry research,* 178(2), 230-235.
- » Flensburg-Madsen, T. v., Flachs, E. M., Mortensen, E. L., Prescott, E., & Tolstrup, J. S. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of psychiatric research,* 45(2), 143-149.
- » Hojman, D. A., Miranda, Á., & Ruiz-Tagle, J. (2016). Debt trajectories and mental health. *Social Science & Medicine,* 167, 54-62.
- » Khaled, S. M., Bulloch, A. G., Williams, J. V., Hill, J. C., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2012). Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence—evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *Journal of psychiatric research,* 46(4), 436-443.
- » Kroenke K, Spitzer RL. (2002) The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals,* 32:509-521.
- » Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology,* 157(2), 98-112.
- » Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry,* 67(3), 220-229.
- » Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian journal of psychiatry,* 21, 51-66.
- » Organización Mundial de la Salud. (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud. World Health Organization.
- » Rojas G, Araya R, Lewis G. (2005) Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Social Science & Medicine* 60(8): 1693-1703.
- » Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B. (2011) Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Rev. Médica de Chile.* 139(10):1298-1304.
- » Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin,* 143(8), 783.
- » World Health Organization; 2017. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva.

APENDICE DE TABLAS

TABLA 2 - SÍNTOMAS Y ESTATUS SOCIOECONÓMICO: DECIL DE INGRESO PER CÁPITA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión Moderada Severa a Severa	13%	12%	8%	7%	3%	8%	6%	3%	3%	2%
Depresión Moderada	13%	15%	13%	14%	12%	11%	16%	5%	8%	6%
Depresión Media	31%	38%	34%	24%	40%	32%	34%	28%	26%	28%
Sin Síntomas / Depresión Mínima	43%	35%	46%	56%	46%	49%	44%	64%	64%	65%

TABLA 3 - ACCESO A TRATAMIENTO POR QUINTIL DE INGRESO Y CATEGORÍA DE SÍNTOMAS

	1	2	3	4	5
Total	22%	21%	15%	13%	21%
Sin Síntomas / Depresión Mínima a Media	18%	15%	12%	12%	18%
Depresión Moderada a Severa	34%	42%	31%	21%	45%

TABLA 4 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR GÉNERO

	Hombre	Mujer
Depresión Moderada Severa a Severa	5%	9%
Depresión Moderada	8%	14%
Depresión Media	29%	33%
Sin Síntomas / Depresión Mínima	59%	43%

TABLA 5 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR GÉNERO Y GRUPOS DE INGRESOS ALTOS Y BAJOS

	Hombre		Mujer	
	Bajo la mediana	Sobre la mediana	Bajo la mediana	Sobre la mediana
Depresión Moderada Severa a Severa	4%	3%	12%	6%
Depresión Moderada	8%	7%	17%	11%
Depresión Media	30%	29%	36%	30%
Sin Síntomas / Depresión Mínima	58%	61%	35%	53%

TABLA 6 - ACCESO A TRATAMIENTO POR GÉNERO Y SÍNTOMAS

	Hombre	Mujer
Total	13.1%	24%
Sin Síntomas / Depresión Mínima	7.0%	15.5%
Depresión Media	20.2%	25.0%
Depresión Moderada	25.6%	31.9%
Depresión Moderada Severa a Severa	25.1%	47.8%

TABLA 7 - APOYO SOCIAL Y CIUDADES

	Gran Santiago	Gran Valparaíso	Gran Concepción	Ciudades Grandes	Ciudades Medianas	Ciudades Pequeñas
Nunca	6.7%	7%	7.8%	9.5%	8%	8.4%
Pocas veces	13.8%	13.3%	20.1%	11.9%	15.2%	12.6%
Algunas veces	21.6%	19.6%	19.7%	14%	18.2%	26.3%
Muchas veces	24.2%	17.1%	8.8%	19.3%	23.5%	21.6%
Siempre	33.7%	43%	43.6%	45.3%	35.3%	31%

TABLA 8 - SALUD MENTAL POR ZONA GEOGRÁFICA

	Norte	Centro-Sur	Sur
Depresión Moderada Severa a Severa	11.1%	10.2%	6.6%
Depresión Moderada	15.2%	8.9%	12.5%
Depresión Media	29.1%	38%	28.7%
Sin Síntomas / Depresión Mínima	44.7%	42.9%	52.2%

TABLA 9 - SÍNTOMAS DEPRESIVOS: CHILENOS Y EXTRANJEROS

	Chileno	Extranjero
Depresión Moderada Severa a Severa	7%	1%
Depresión Moderada	11%	18%
Depresión Media	31%	40%
Sin Síntomas / Depresión Mínima	51%	41%

Fuente de todas las tablas : Elaboración propia en base a ELSOC 2016.

En Chile para la salud mental, no alcanza

María Isabel Robles Meza

Directora Ejecutiva

Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo

En enero 2018 fueron se dieron a conocer los resultados del Módulo VI del Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC) de COES, que nos entrega importantes luces sobre esta materia en nuestro país. De manera muy incipiente hemos ido generado mayores niveles de conciencia respecto a la mala calidad de la salud mental en nuestra población. Son variados y contundentes los indicadores que alertan respecto a que los trastornos de salud mental se están convirtiendo en un importante problema de salud pública en nuestro país. En los últimos 10 años, se ha visto un aumento significativo de licencias médicas por esta causa con cifras cercanas al 7% de la población.

Los posibles cursos de acción y/o niveles de inversión requeridos parecieran ser obvios a la luz de la evidencia internacional, que muestra de manera contundente la importancia de una adecuada salud mental en la calidad de vida de las personas y familias. Efectivamente, ya en el año 2013 los estados miembros de la OMS, de la cual nuestro país es parte, se comprometieron a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental, desarrollando acciones concretas para su promoción, prevención, mejorar la atención y recuperación de las personas con problemas de salud mental, promoviendo sus derechos. En nuestro país, lo anterior, resulta casi imposible de materializar considerando que el presupuesto destinado a salud mental, es levemente superior al 2% del presupuesto destinado a salud, dejándonos por debajo de países como Uruguay, Perú y Brasil, sin mencionar a países pertenecientes a la OCDE como Estados Unidos que destina el 6%, o bien Suecia y Australia con cifras superiores al 10% invertidas en salud mental.

Por otra parte, si consideramos el nivel socio-económico y/o la desigualdad, el panorama se torna aún más complejo. Las personas y familias más pobres, que por su situación se ven enfrentadas a más dificultades de vida, tienen mayor riesgo de padecer de un trastorno mental y de carecer de un acceso apropiado a tratamientos y apoyos oportunos y de calidad. La falta de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, de apoyo social y redes requeridos, genera en ellos una importante situación de aislamiento social y riesgo de exclusión.

El desafío país es garantizar una inversión de al menos un 5% del presupuesto de salud a salud mental y de esta forma avanzar en servicios de prevención, promoción y tratamiento, que sean oportunos, con acceso y cobertura universal, basados en una perspectiva de derechos y que mejoren la calidad de vida de las personas y sus familias, principalmente de aquellos que son los más pobres y excluidos en nuestra sociedad.

Mitos y realidades de la salud mental en Chile

*Dr. Mauricio Gómez Chamorro
Jefe Departamento de Salud Mental
Ministerio de Salud*

¿Es Chile un país en la cima del ranking mundial de la depresión? ¿Es cierto que nuestras cifras de suicidio están fuera de control y que los adolescentes se están suicidando cada vez más?

Se ha generado una imagen de un país con desbordados problemas de salud mental, a eso han contribuido probablemente discursos sensacionalistas, deficiencias de comunicación y la ausencia de mediciones recientes que permitan estimar la prevalencia de trastornos mentales. También la pobre interpretación de fenómenos tales como las licencias médicas y enfermedades laborales asociadas a salud mental (hoy por fin visibilizadas) o el ascenso en las tasas de suicidio a mediados de la década pasada.

¿Pero cuál es la realidad?, si podemos aproximarnos a una imagen relativamente objetiva de lo que llamamos salud mental.

De acuerdo a las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI), a nivel nacional, hay una buena autopercepción de calidad de vida y salud. La mayoría (67,4%) de los encuestados declaró sentir que su calidad de vida era buena o muy buena y entre la ENCAVI 2006 y 2016 el promedio de nota autoasignada al bienestar emocional sube de 5,4 a 5,7. No obstante, la distribución por sexo, edad y nivel educacional es desigual. Las mujeres, las personas de mayor edad y de menor nivel educacional presentan peores evaluaciones en su calidad de vida y estado de salud.

Los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile, como en la mayor parte del mundo, la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados

por las condiciones neuro-psiquiátricas. Para los niños y niñas entre 1 y 9 años un 30,3% de los AVISA se deben a estas condiciones, proporción que se incrementa a un 38,3% entre los 10 a 19 años.

En las mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras cinco causas de AVISA. En los hombres, los trastornos por consumo de alcohol juegan un rol preponderante, junto a los accidentes y violencia externa. Cuando se consideran los factores de riesgo que subyacen a las diversas enfermedades para ambos sexos, el consumo de alcohol alcanza el 12% de la atribución de peso más determinante de la carga de enfermedad, duplicando el peso de la hipertensión arterial y el sobrepeso. Las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas o ex parejas, tienen casi el doble de probabilidades de presentar depresión o trastornos por consumo de alcohol en comparación con las mujeres no víctimas de violencia.

En la década del 90, el Estudio de Epidemiología Psiquiátrica de Vicente y cols. mostró que un 31,5% de la población estudiada, de 15 años o más, había tenido un trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que un 22,2% había tenido un trastorno en los últimos 12 meses. En dicho estudio, la prevalencia de depresión mayor de último año era de 5,7%. El año 2012, un estudio similar, de Vicente y de la Barra, en población infanto-adolescente mostró una prevalencia global similar, de 22% de algún trastorno mental.

La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, mostró una prevalencia de "síntomas depresivos" de último año de 17,2% en población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%), así como en el nivel educacional más bajo (20,8%). Este dato, confundido con prevalencia de depresión ha generado gran confusión e interpretado como un record mundial.

Si de acuerdo a la OMS, el promedio mundial de prevalencia de enfermedades mentales es de 16,7%, el 22% estimado en Chile en los 90 está por sobre el promedio. Falta saber cuáles son las prevalencias actuales. Luego tendremos novedades al respecto, gracias que en la última Encuesta Nacional de Salud se incorporó un módulo de salud mental.

¿Es posible pensar que en un país donde las encuestas de calidad de vida muestran buenos resultados y en que la autopercepción de bienestar emocional mejora, simultáneamente haya un aumento de enfermedades mentales comunes como depresión, ansiedad y abuso de sustancias? ¿Cómo se explicaría este fenómeno? ¿Cómo juegan nuestros marcados indicadores de segregación, desigualdad y endeudamiento? ¿La violencia de género y el abuso sexual en la infancia?

Las tasas de suicidio en Chile han fluctuado de modo importante desde el año 2000, cuando desde una tasa ajustada de 9,6 por 100.000 habitantes subió hasta 12,9 el año 2008, para descender posteriormente en forma progresiva llegando a 10,2 por 100.000 el año 2015. La tasa de suicidios en el grupo de 10 a 14 años, aumentó de 1,0 el año 2000 a 2,2 por 100.000 el año 2008. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 12,9 por 100.000 en el mismo periodo. Posteriormente ambos grupos han descendido gradualmente hasta 1,7 y 8,1 al año 2015.

A contrapelo de la imagen extendida sobre el suicidio en Chile, hoy Chile tiene cifras bajo el promedio mundial y bajo el promedio de la OCDE. ¿Será cierto que logramos controlar una curva creciente de suicidio o estamos sólo en una oscilación?

El suicidio puede ser un buen indicador que refleje tanto la magnitud de la enfermedad mental en la población como la capacidad de respuesta y oferta de servicios, sin desmerecer que el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial en el cual participan no sólo variables de salud, y que en su prevención se debe intervenir de forma sectorial e intersectorial. Algo hemos avanzado al respecto.

El gran mérito de Chile en salud mental es la creciente expansión del acceso a atención de salud mental comunitaria, tanto en atención primaria como especializada, con una creciente presencia territorial. La población

atendida se ha triplicado desde el año 2005, llegando hoy a más de 750 mil personas bajo control en el sistema público. Nuestra estimación es que se debe triplicar el presupuesto y la oferta de servicios, la atención se debe mejorar en calidad y duplicar en cobertura para llevarla al 45 o 50% de los potencialmente necesitados.

La presencia de enfermedad mental en la población está fuertemente marcada por los determinantes sociales, tales como pobreza, territorios, educación, violencia, desigualdad y género, y como sector salud tenemos limitada capacidad de intervenir sobre ellos. La acumulación de factores adversos en el curso de vida afecta biológicamente por mecanismos epigenéticos a las personas, haciendo difícil cambiar el curso de una trayectoria dañada precozmente. Es hora que entendamos que la salud y la salud mental es la vía final común de muchos caminos, y que no basta con ofrecer servicios para disminuir su carga.

Los resultados del estudio ELSOC de COES que aquí se presentan, ratifican plenamente lo que se viene afirmando, la enfermedad mental está fuertemente determinada por las condiciones de vida y la distribución del poder en la sociedad.

Entonces, a la hora del balance podemos decir que sí tenemos una alta prevalencia de enfermedad mental y que es alta desde al menos la década del 90. Pronto sabremos cuál es la carga actual, probablemente no esté en aumento. El suicidio no está fuera de control y nuestras tasas están bajo el promedio mundial. Pese a los avances no es suficiente lo que hacemos desde el sector salud, necesitamos expandir la oferta, para promover salud mental, aliviar sufrimiento, prevenir discapacidad y mortalidad.

El desafío es aún mayor como acción conjunta de la sociedad. Desde esa mirada, el desafío se puede resumir en mejor trato, mayor inclusión y menor desigualdad. De ese modo estaremos abordando integralmente la tarea de cuidar la salud mental de la población. Una ley de salud mental sería de gran ayuda.

Investigadores de esta edición



Daniel Hojman

(COES-UChile)

Investigador Asociado de la línea Las Dimensiones Socioeconómicas del Conflicto de COES, Vicerrector de Asuntos Económicos y Gestión Institucional de la Universidad de Chile y Profesor Asociado del Departamento de Economía de la misma universidad. Doctor en Economía de la Universidad de Harvard y realizó estudios de pregrado y posgrado en ciencias en la Universidad de Chile. Previamente fue Profesor Asociado de la Escuela de Gobierno de la Universidad de Harvard. Sus áreas de investigación son la teoría económica, economía política y políticas sociales. Ha estudiado el papel de las redes sociales en la desigualdad, el impacto de la corrupción y los medios de comunicación sobre la participación política, la dinámica de la pobreza y determinantes socioeconómicos de la salud. Su investigación reciente se concentra en políticas educativas, desigualdades en salud y medición de la segregación.



Mariane Krauze

(MIDAP-PUC)

Investigadora Responsable del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, y Profesora Titular de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtuvo su Doctorado en la Universidad Libre de Berlín, en Alemania. Sus áreas de investigación son procesos de cambio en psicoterapia, depresión, y la interacción entre condiciones socioculturales y salud mental.



Michael Llaupi

(COES-UChile)

Ingeniero Comercial, mención en Economía y tesista del Magíster en Economía de la Universidad de Chile. Asistente de investigación del documento Resultados Primera Ola, Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). Módulo 6: Salud y bienestar. Salud Mental en el Chile de hoy.

**Graciela Rojas***(MIDAP-UChile)*

Investigadora Asociada del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad y Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Sus áreas de investigación son trastornos mentales comunes e intervenciones de salud mental en atención primaria, ha dirigido proyectos de investigación nacionales e internacionales.

**Álvaro Vergés***(MIDAP-PUC)*

Psicólogo de la Universidad de Chile y PhD en Psicología Clínica de la Universidad de Missouri – Columbia. Profesor Asistente de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica y Coordinador de Estudios Longitudinales del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Sus intereses de investigación incluyen la clasificación, epidemiología, antecedentes, curso, y consecuencias de los trastornos por uso de sustancias y trastornos de personalidad. Es Investigador Principal del Proyecto Fondecyt Regular “Impulsivity Facets and Substance Use Disorders”.



Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social

Citar este documento como:

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 N°15. ISSN: 0719-8795. Santiago, Chile: COES.

Recuperado de: <http://www.elsoc.cl/publicaciones-elsoc/informes>

Notas COES de política pública

Nº 15 / Enero 2018

ISSN: 0719-8795



Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social

El Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES) desarrolla investigación colaborativa en temas relacionados al conflicto social y la cohesión (convivencia) en Chile, por medio de un equipo multidisciplinario proveniente de las ciencias sociales y humanidades. COES centra sus actividades académicas y de difusión en el análisis de las múltiples manifestaciones del conflicto social en Chile, sus causas así como también su contexto cultural e histórico. El Centro está patrocinado por la Universidad de Chile y la Pontificia Universidad Católica de Chile, y como instituciones asociadas se encuentran la Universidad Diego Portales y la Universidad Adolfo Ibáñez. COES cuenta con el financiamiento del programa FONDAP de CONICYT (CONICYT/FONDAP/15130009).



Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social

www.elsoc.cl

www.coes.cl

comunicaciones@coes.cl

Diagonal Paraguay 257, Torre 26,

Oficina 1504, Santiago - RM.

Teléfono: + 562 2977 2232



UNIVERSIDAD
DE CHILE



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



udp UNIVERSIDAD
DIEGO PORTALES



UAI
UNIVERSIDAD ADOLFO IBÁÑEZ