



Universidad del Desarrollo

Facultad de Gobierno

SALUD MENTAL, UNA MIRADA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Caracterización de la población en tratamiento por Depresión de la región
Metropolitana de Chile, según datos de la encuesta CASEN 2017.

POR: GISELA ALEXANDRA SALVO CELEDÓN.

Tesis preparada a la facultad de gobierno de la Universidad del Desarrollo para optar al
Grado Académico de Magister en Políticas Públicas mención Economía y Gestión Pública.

PROFESORES GUÍA:

Sr. MAURICIO APABLAZA SALINAS.

Sra. IRIS DELGADO BECERRA.

Julio, 2022

SANTIAGO DE CHILE.

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que incluya la referencia bibliográfica.

A mi Moi por su eterno y
abnegado amor y entrega.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mi familia por todo el apoyo brindado no sólo en esta etapa de la vida, sino que, en toda ella sin ellos nada sería lo que es.

Agradezco a mi profesor guía don Mauricio Apablaza por todo el tiempo depositado en este proyecto y consejos cuando el rumbo no era tan claro, así mismo a Patricia Marmolejo, por su apoyo incondicional en todo lo que respecta a lo académico, sin la Paty las cosas no funcionarían.

Agradezco a mis amigas María Javiera, Cristina e Isabel que prestaron oído cuando no todo parecía estar también y no se avanzaba. Y por sobre todo a la Jefa Angelica por toda su comprensión, apoyo desinteresado y sapiencia sobre la vida.

Eternamente agradecida.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Resumen | 4 |
| Abstract | 5 |
| 1 Introducción | 6 |
| 2 Planteamiento del Problema de estudio. | 8 |
| 3 Planteamiento de interrogantes e hipótesis. | 16 |
| 4 Objetivos de la investigación | 17 |
| 4.1 Objetivo General..... | 17 |
| 4.2 Objetivos específicos..... | 17 |
| 5 Marco Teórico..... | 18 |
| 5.1 Salud Mental y Psiquiatría..... | 20 |
| 5.1.1 Psiquiatría..... | 22 |
| 5.1.2 Salud Mental | 24 |
| 5.2 Modelos de Atención (Modelo asistencial) | 26 |
| 5.2.1 Modelos de Atención de Salud Mental Asilar (Manicomial)..... | 27 |
| 5.2.2 Modelos de Atención de Salud Mental Comunitario..... | 29 |
| 5.2.3 Modelos de Atención de Salud Mental en Chile..... | 32 |
| 5.3 Política de Salud Mental en Chile..... | 34 |
| 5.3.1 Plan Nacional de Salud Mental 1993-2001 (MINSAL, 2017)..... | 36 |
| 5.3.2 Plan Nacional de Salud Mental 2001-2017. (Minoletti & Zaccaria, 2005). 37 | |
| 5.3.3 Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (MINSAL, 2017)..... | 37 |
| 5.4 Depresión (Trastorno depresivo)..... | 39 |
| 5.5 Determinantes sociales de la Salud. | 42 |
| 6 Metodología y Estructura del Diseño de Investigación | 49 |
| 6.1 Enfoque metodológico..... | 49 |
| 6.2 Diseño de investigación Cuantitativa..... | 49 |
| 6.3 Alcance del tipo de investigación y tipo de análisis | 50 |
| 6.4 Unidad de Análisis..... | 51 |
| 6.5 Tipo de muestra..... | 52 |
| 6.6 Plan de análisis | 52 |
| 7 Resultados de la investigación. | 55 |

| | | |
|-------|--|----|
| 7.1 | Análisis demográfico (descriptivo) preliminar de la población de Chile, según datos de la encuesta CASEN 2017. | 55 |
| 7.2 | Población de la Región Metropolitana, según datos de la encuesta CASEN 2017. 57 | |
| 7.3 | Población de la región Metropolitana que se encuentra en tratamiento por Depresión. | 62 |
| 7.4 | Caracterización de la población que declaró encontrarse en tratamiento médico por depresión, según encuesta CASEN 2017. | 65 |
| 7.4.1 | Población en tratamiento por depresión según su lugar de residencia, nacionalidad y pertenencia a un pueblo indígena. | 65 |
| 7.4.2 | Población en tratamiento de depresión por tramos de edad. | 69 |
| 7.4.3 | Discriminación | 71 |
| 7.4.4 | Pobreza de ingresos y multidimensional en 5 dimensiones. | 75 |
| 7.4.5 | Tabla resumen de resultados | 79 |
| 8 | Conclusiones | 82 |
| 9 | Referencias Bibliográficas. | 92 |
| 10 | Anexos. | 98 |
| 10.1 | Anexo N°1 Análisis de significancia estadística. | 98 |

Abreviaturas

1. **CASEN:** Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
2. **CDSS:** Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.
3. **CIE - 10:** Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.
4. **DSS:** Determinantes Sociales de la Salud.
5. **MIDESO:** Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
6. **MINSAL:** Ministerio de salud.
7. **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
8. **OMS:** Organización Mundial de la salud.
9. **RAE:** Real Academia Española

Resumen

La salud mental es un fenómeno que con los años se ha ido posicionada cada vez más en la agenda pública, visibilizando de esta forma una realidad oculta por años en donde los enfermos mentales eran escondidos o reclusos por ser indeseables para la sociedad y por tanto un problema que nadie quería tener. En la actualidad este tipo de enfermedades se han hecho comunes, en donde cualquier persona las puede padecer sin necesidad de que los tilden de “loco”. Así mismo se ha entendido que no solo es un fenómeno médico, sino más bien también tiene un trasfondo social, que muchas veces está muy arraigado en las bases de ésta, siendo aquí donde nace el concepto de Determinantes Sociales de Salud, siendo estas condiciones o características que se incrustan en las poblaciones y estratifican las desigualdades sociales. En Chile este concepto es recogido tanto por las políticas públicas, a través del modelo de atención de salud comunitario como por la normativa, razón por la cual esta investigación busca describir algunas características que posee la población de la Región Metropolitana, pero asociadas específicamente a aquellas vinculadas a personas que estuvieron en tratamiento por depresión y que son recogidas en la encuesta CASEN 2017. Utilizando dichas características como Determinantes sociales de la salud que están vinculadas a algún factor de riesgo. El análisis e investigación tiene un enfoque metodológico cuantitativo, a través del cual se busca describir y caracterizar a la población estudiada, el diseño de la investigación es no experimental transversal, ya que el observa el fenómeno sin interferir en el contexto, pero a la vez flexible, a fin de que poder adaptarla a las distintas variables que pudiesen modificar el campo de acción de la investigación. El análisis y tipo de investigación es descriptivo, ya que busca especificar propiedad de la muestra analizada, utilizando como base los datos que entrega la encuesta CASEN 2017, razón por la cual se entiende que el tipo de muestra es probabilístico, donde todos los casos tienen la misma probabilidad de ser escogidos en inicio del análisis.

Palabras clave: Salud Mental, modelo de atención de salud, modelo comunitario, depresión, determinantes sociales de la salud, CASEN 2017.

Abstract

Mental health is a phenomenon that over the years has been positioned more and more on the public agenda, thus making visible a reality hidden for years where the mentally ill were hidden or confined for being undesirable for society and therefore a problem that no one wanted to have. At present, these types of diseases have become common, where anyone can suffer from them without the need to be branded as "crazy". Likewise, it has been understood that it is not only a medical phenomenon, but rather it also has a social background, which is often deeply rooted in its foundations, being here where the concept of Social Determinants of Health is born, being these conditions or characteristics that are embedded in populations and stratify social inequalities. In Chile, this concept is collected both by public policies, through the community health care model, and by regulations, which is why this research seeks to describe some characteristics that the population of the Metropolitan Region possesses, but specifically associated with those link to people who were in treatment for depression and who are collected in the CASEN 2017 survey. Using these characteristics as Social Determinants of Health that are linked to some risk factor. The analysis and research has a quantitative methodological approach, through which it seeks to describe and characterize the population studied, the design of the research is non-experimental cross-sectional, since it observes the phenomenon without interfering in the context, but at the same time flexible, so that it can be adapted to the different variables that could modify the field of action of the investigation. The analysis and type of research is descriptive, since it seeks to specify ownership of the analyzed sample, using as a basis the data provided by the CASEN 2017 survey, which is why it is understood that the type of sample is probabilistic, where all cases have the same probability of being chosen at the beginning of the analysis.

Keywords: Mental Health, health care model, community model, depression, social determinants of health, CASEN 2017.

1 Introducción

La Salud Mental y la Psiquiatría por muchos años han sido temas tabúes, propios y trascendentes para las sociedades, pero que se ocultan normalmente en la intimidad de las personas y sus familias. Esta realidad latente en muchos lugares del mundo, de la cual no se escapa Chile, ha provocado que la pesquisa y tratamiento oportuno de enfermedades derivadas de esta dimensión de la salud humana se tornase más compleja y difícil de detectar.

Con los años, uno de los trastornos de salud mental con mayor incidencia en el mundo ha sido la depresión, esto según los datos que registra la Organización Mundial de la Salud para el 2019, que indica que se ha visto afectada un 3,8% de la población a nivel mundial, de los cuales un 5% son adultos y un 5,7% son adultos de más de 60 años (IHME, 2022), transformándose de esta forma en un problema relevante, que en muchos casos provoca no solo sufrimiento a las personas que afecta, sino también discapacidad y deterioro de su calidad de vida.

En general la prevalencia de enfermedades de Salud Mental no sólo engendra los efectos antes indicados, sino que también genera impacto en las familias y comunidades a las que estos pertenecen, razón por la cual se debe entender no solo como un problema de carácter sanitario, sino también social e incluso económico, por lo que es necesario que los países construyan y mantengan Políticas de Salud Mental, que permitan enfrenar esta invisibilizada y postergada realidad.

Como se indica en el párrafo anterior la prevalencia de enfermedades de salud Mental, tiene a su vez una connotación social, lo que hace preguntarnos si las

diferentes situaciones que se incuban en una sociedad, ya sea por su estructura o las condiciones que ofrece, se relacionan de alguna forma con la gestación de enfermedades mentales en la población, para lo cual es esencial, en una primera etapa identificar las características que poseen las personas que tienen este tipo de patologías.

No obstante lo indicado, en la práctica no es posible abarcar todas las dimensiones que puede involucrar un fenómeno de este tipo, por lo que nos centraremos principalmente en la caracterización de la población que ha manifestado padecer en un periodo determinado tiempo algún cuadro de depresión, trastorno seleccionado por esta investigadora al ser una de las enfermedades más recurrentes en la población, pero a su vez es calificada como un padecimiento común que puede afectar a cualquier persona sin importar su sexo o edad, como se ha indicado previamente.

De esta forma, la presente investigación, tomará como punto de partida la pregunta s28 de la Encuesta CASEN 2017, que reza “**Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por Depresión**”, intentando caracterizar a las personas que contestaron afirmativamente a dicha consulta y entrelazándolas con otras variables del mismo instrumento que nos permitan observar notas que posea dicha población.

La presente investigación de estructura en base de los siguientes acápite: **1) Planteamiento del problema**, a través del cual se buscará contextualizar con mayor profundidad la relevancia que poseen los trastornos vinculados a la salud mental de la población, relevando de esta forma, el tratamiento internacional que se

le ha dado a la materia; **2) Planteamiento de Interrogantes e hipótesis**, en este apartado se expondrá los distintos cuestionamientos surgidos del análisis del problema, planteando a su vez posibles respuestas a dichas preguntas; **3) Objetivos**, a través de este, se plasmará lo que se quiere alcanzar con el estudio, dividiendo entre objetivos generales y específicos; **4) Marco Teórico**, este capítulo tiene por finalidad enmarcar el desarrollo académico de la temática en análisis, lo que permitirá entender cómo ha evolucionado el fenómeno investigado con el pasar del tiempo, además de incorporar otros conceptos necesarios para la comprensión adecuada del estudio; **5) Metodología y estructura de la investigación**, en esta parte de documento se expondrá la metodología que se utilizó para la elaboración del proyecto, indicando su diseño, alcance y tipo de análisis realizado; **6) Resultados de la investigación**, corresponde al análisis de las variables que constituyen en general características de la población en tratamiento por depresión, en donde los casos de tratamiento por depresión, se transforman en una constante que permite establecer la muestra de la investigación; y, **7) Conclusión**, a través de este último capítulo se mostrará el resultado obtenido al concluir la investigación, observando si las distintas hipótesis y objetivos se cumplieron de acuerdo a los datos obtenidos.

2 Planteamiento del Problema de estudio.

Con los años las sociedades se han vuelto, a lo menos a nivel discursivo, más abiertas y tolerantes, donde grupos históricamente discriminados han avanzado a lo menos en un reconocimiento de sus movimientos, no obstante, en materia de salud mental, aún tenemos problemas para reconocer y aceptar que las

enfermedades derivadas de esta dimensión de la salud humana, son tan comunes, como lo sería una diabetes o una hipertensión arterial.

De esta forma actividades cada vez más frecuentes, como visitar a un psiquiatra o psicólogo, aún son asociadas por parte de la sociedad como situaciones problemáticas, derivadas de episodios de “Locura” o “Enajenación Mental”, entendiéndose por la primera, como aquel estado de salud en donde predomina la “Privación del juicio o del uso de la razón” (RAE) y por la segunda, como aquel “Estado mental de quien no es responsable de sus actos; que puede ser permanente o transitorio” (RAE), visión que normalmente causa estigmatización y discriminación para quien lo sufre, siendo ésta una de las razones que hace más difícil la pesquisa de cuadros incipientes de enfermedades de esta naturaleza, ya que las personas prefieren mantener oculta esta información.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a este tema, ha indicado para su “Programa Mundial de Acción en Salud Mental (mhGAP): cerremos la brecha, mejoremos la atención”, que, “Una de cada 4 personas, es decir el 25 % de la población, sufre en algún momento de la vida al menos un trastorno mental”, donde “Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad mental en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial.” (OMS, 2002, pág. 2)

En esta materia a nivel estadístico, es complejo establecer datos exactos respecto de la prevalencia real de personas que sufren de enfermedades mentales, considerando, como se indicó previamente, que aún hay muchas personas que prefieren ocultar estas dolencias, minimizándolas y no consultando a especialistas;

a lo que se suma que en muchos países la existencia de datos es menor y de baja calidad, provocando lagunas de información, razón por la cual los análisis del área deben ser cautelosos al ser principalmente estimaciones. La negativa de las personas de exteriorizar estos problemas a generado, según datos de la OMS, que “En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.” (OMS, 2013, pág. 8)

De acuerdo con la investigación realizada por Dattani, Ritchie y Roser, publicada en la plataforma en línea Our World in Data, a nivel mundial en el año 2017, uno de cada diez personas sufrió de algún trastorno de enfermedad mental, con un número estimado de 792 millones de personas afectadas. Además, se observa de la investigación, que los trastornos con mayor prevalencia corresponden a: “cualquier trastorno mental por consumo de sustancias” con un 13%; “Desordenes de ansiedad” con un 3,80%; y, “Depresión” con un 3,40%, resaltando que en la mayoría de las categorías las mujeres tienen una mayor prevalencia (2021), como lo muestra la Tabla N°1.

Tabla N°1

Estimación de Prevalencia de trastornos de Salud Mental a Nivel Mundial (2017).

| Trastorno | Porcentaje de la Población Mundial con trastorno | Número de personas con el trastorno (2017) | Porcentaje de hombres y mujeres con trastorno (2017) |
|--|---|---|---|
| Cualquier trastorno de salud mental | 10,7% | 792 millones | 9,3 % hombres 11,9 % mujeres |
| Depresión | 3,40% | 264 millones | 2,7 % hombres 4,1 % mujeres |
| Desordenes de ansiedad | 3,80% | 284 millones | 2,8 % hombres |

| | | | |
|--|--------|--------------|----------------------------------|
| | | | 4,7 % mujeres |
| Trastorno bipolar | 0,60% | 46 millones | 0,55 % hombres 0,65 % mujeres |
| Trastorno de la alimentación (anorexia clínica y bulimia) | 0,20% | 16 millones | 0,13 % hombres 0,29 % mujeres |
| Esquizofrenia | 0,30% | 20 millones | 0,26 % hombres 0,25 % mujeres |
| Cualquier trastorno mental por consumo de sustancias | 13,00% | 970 millones | 12,6 % hombres 13,3 % mujeres |
| Trastorno por consumo de alcohol | 1,40% | 107 millones | 2 % hombres 0,8 % mujeres |
| Trastorno por consumo de drogas (excepto alcohol) | 0,90% | 71 millones | 1,3 % hombres 0,6 % mujeres |

Fuente: Dattani S., Ritchie H. y Roser M. (2021), Our World in Data.

Nota: Trastornos establecidos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10)

Por otro lado, el año 2020 a nivel mundial, se propagó el virus denominado SARS-COV-2, el que provocó problemas de salud en las personas que se contagiaban con el, llegando en muchas ocasiones a la hospitalización y la muerte de los casos más graves, razón por la cual la OMS el 11 de marzo de 2020, caracterizó a la enfermedad como una Pandemia, principalmente por su rápida propagación y difícil trazabilidad, lo que impidió su neutralización.

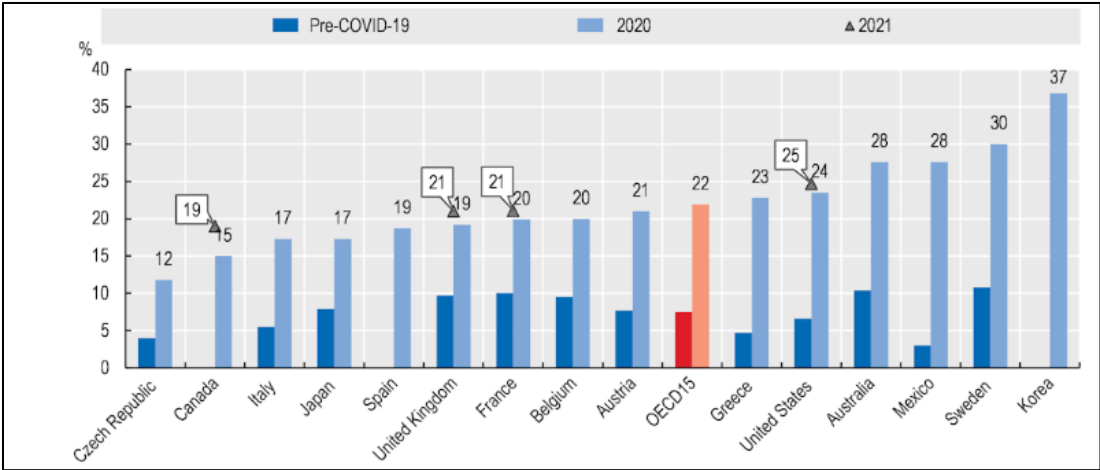
Considerando que no se tenían los medios para controlar la enfermedad en ese momento, muchos países tomaron la decisión de cerrar sus fronteras y paralizar las ciudades, a fin de que las familias pudiesen mantenerse en sus hogares de manera preventiva evitando los contagios.

Todo esto, trajo consigo una serie de problemas sociales vinculados a actividades básicas del diario vivir, visibilizando con esto sentimientos y emociones negativas, tales como: el miedo, la desesperanza, la tristeza y la sensación de abandono, situaciones que generaron como derivada el aumento de los casos reportados asociados a enfermedades mentales (Labrin, 2020), transformándose de esta manera en un verdadero catalizador de enfermedades de esta naturaleza.

Bajo este mismo respecto la OCDE ha indicado que “La crisis del COVID-19 ha tenido un impacto significativo y negativo en la salud mental de la población”, generando un aumento casi en el doble o más, de prevalencia de la ansiedad y la depresión en los países miembro de la organización, lo que se observa si se comparan los datos de antes de la pandemia y principios del año 2020, como se muestra en la Figura N°1.

Figura N°1

Estimaciones nacionales de prevalencia de depresión o síntomas de depresión entre adultos antes de COVID-19, 2020 y 2021.



Fuente: OCDE (2021)

Así mismo, en la última encuesta realizada el año 2021, por la consultora francesa IPSOS, se muestra que lo antes señalado no es una realidad ajena a Chile, donde un 59% de los encuestados considera que la Salud Mental es uno de los principales problemas de salud en el país, encontrándose 28 puntos porcentuales sobre la media de los 30 países participantes ubicándose sólo después de Suecia que obtuvo un 63% (IPSOS, 2021)

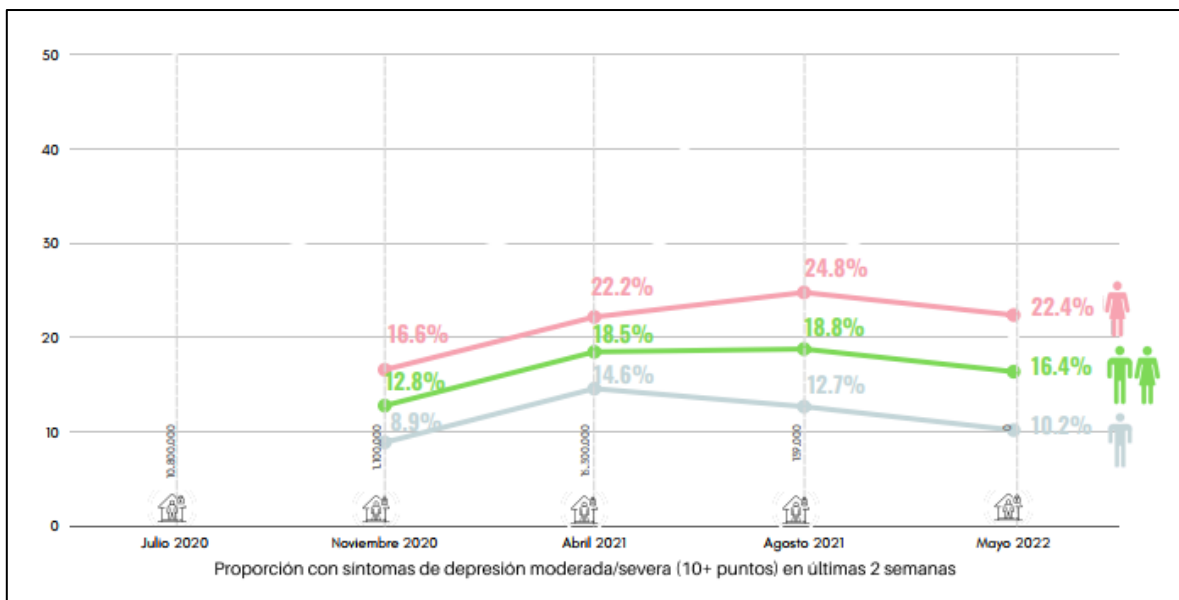
Siguiendo ésta misma lógica y con la finalidad de observar cómo afectó la Pandemia en la Salud Mental de los chilenos, la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) en colaboración con la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), realizaron un estudio denominado “Termómetro de la Salud Mental en Chile”, tercera versión, trabajo publicado el 4 de mayo de 2021, en donde se señala que el 23,6% de los chilenos presentó sospechas o problemas de salud mental y que el 45,9% evalúa su estado de ánimo peor o mucho peor que antes de la pandemia. (ACHS & PUC, Asociación Chilena de Seguridad & Pontificie Universidad Católica de Chile, 2021)

La colaboración entre la UC-ACHS, se ha mantenido durante el tiempo, entregando en junio de 2022 la quinta versión del estudio antes comentado, donde es posible observar, como muestra la Figura N° 2, que a mayo del año 2022, un 16,4% de las personas encuestadas presento síntomas asociados a depresión moderada o severa, a pesar de que ya no se encontraban presentes las cuarentenas impuestas por la autoridad sanitaria, porcentaje menor al obtenido en agosto de 2021, momento en que llegó a su peak con un 18,8%; pero, superior al exhibido en noviembre de 2020, cuando aún solo habían transcurrido pocos meses desde

iniciada la pandemia del COVID-19, donde solo un 12,8% de la muestra contestó positivamente a esta pregunta.

Figura N° 2

Evolución de la sintomatología de depresión en la población chilena.



Fuente: Estudio “Termómetro de la Salud Mental en Chile”, 5° versión. (ACHS & PUC, 2022)

Es claro que la prevalencia de casos de depresión es un tema preocupante para la población y la autoridad sanitaria en Chile como en el resto del mundo, lo que ya era evidente antes de la pandemia, como lo observamos en la Tabla N°1, en donde el año 2017, 264 millones de personas a nivel mundial padecieron de Depresión, correspondiendo a la tercera enfermedad con mayor prevalencia, con un 3,40% de la población del mundo.

Frente a lo expuesto, es evidente que el problema de la salud mental es relevante no solo para un país en particular, sino más bien, genera efectos preocupantes a nivel mundial. Estos problemas y dolencias fueron invisibilizados por muchos años, no solo por la sociedad, sino también por las personas que lo sufrían, lo que generó brechas de información que no ha permitido desarrollar adecuadamente respuestas para combatirla.

En general, el mayor conocimiento que se tiene, en relación con las enfermedades y trastornos mentales, se da desde el punto de vista clínico psiquiátrico, no obstante, muchas veces sus causas escapan de lo puramente biológico y subyacen de la propia sociedad, donde también genera sus perniciosos efectos. Por lo que no es para nada descabellado que los países en su búsqueda de poner atajo a la problemática en cuestión y disminuir las brechas existentes, hayan adoptado el modelo Comunitario de Salud Mental, que tiene como centro al paciente y el contexto en donde se desarrolla, donde la comunidad se transforma en el medio para generar tratamientos más idóneos y de larga duración.

Bajo esta lógica, queda en evidencia que es absolutamente necesario explorar y analizar algunas características sociales que poseen las personas que han evidenciado algún trastorno de éste tipo, no con la finalidad de crear modelos que expliquen el por qué se gestan o cómo se solucionan estas enfermedades, lo que claramente escapa del objeto de éste estudio; sino más bien intentar visibilizar notas comunes que pueden estar ocultas en la sociedad y que nos pueden ayudar a concientizar y entender este fenómeno social llamado Salud Mental, pero desde la

óptica de la prevalencia de casos de depresión, enfermedad que ha proliferado con el transcurso del tiempo, haciéndose cada vez más común.

3 Planteamiento de interrogantes e hipótesis.

La presente investigación, considerando la problemática analizada tiene como punto de partida las interrogantes que se plantarán a continuación, indicándose además las hipótesis o supuestos que se obtendrán de ella:

Interrogante N°1:

¿Los Determinantes Sociales de la Salud influyen en la prevalencia de trastornos depresivos en la población de la región Metropolitana, según los datos de la CASEN 2017?

Hipótesis a la interrogante N°1:

Los Determinantes sociales de la salud, que serán analizados, si influyen en la prevalencia de trastornos depresivos de la población analizada.

Interrogante N°2:

¿Según la distinción por sexo entre hombres y mujeres, a que grupo de la población estudiada con tratamiento de depresión afecta más la presencia de Determinantes Sociales de la Salud?

Hipótesis a la interrogante N°2:

Las personas de la región Metropolitana, bajo tratamiento por depresión son en su mayoría mujeres.

4 Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo General

La presente investigación tiene como objetivo general:

“Describir como se manifiestan, en la población en tratamiento por depresión que habita en la región Metropolitana, los Determinantes Sociales de la Salud, según datos de la CASEN 2017 e identificar si la presencia de estos determinantes afecta más a los hombres o mujeres de la muestra”.

4.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1:

Describir las características de la población que se encuentra en tratamiento por depresión en la región Metropolitana, de acuerdo con los datos de la CASEN 2017.

Objetivo específico 1:

Identificar si los Determinantes Sociales de la Salud afectan más a los hombres o a las mujeres.

5 Marco Teórico

Antes de iniciar el recorrido conceptual necesario para entender la temática en estudio, es esencial acercarnos teóricamente al concepto de salud, a lo menos sucintamente, como fenómeno social, económico y político, razón por lo cual se utilizará la estructura propuesta por **Angélica Román**, en el documento “**Modelos de Gestión en las organizaciones de salud**” (Román, 2012, pág. 2), quien plantea que, “Existen 3 dimensiones centrales para el análisis del sector de salud en un país: sus políticas de salud, el estado o situación de la población y el sistema de salud”.

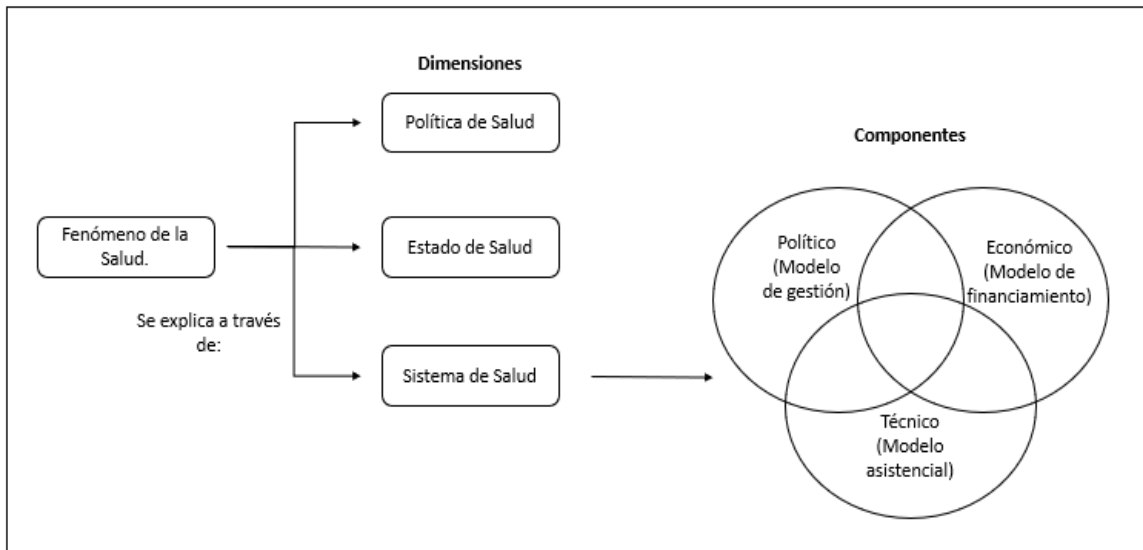
Se define en el documento en cuestión, que la **Política de Salud** es “parte integrante de las políticas sociales”, donde es implícito aceptar la salud de las personas como un problema público y es necesario que el estado tome un rol activo para reducir los problemas de salud de la población; a su vez el **Estado de Salud**, es una dimensión de la calidad de vida de las personas y se expresa en “múltiples interacciones de una serie de factores, como las condiciones económicas, sociales, educativas, los estilos de vida, el ambiente, la genética y por último, en una parte menos relevante de lo que se pensó durante largo tiempo, están los sistemas de salud.”; por último, se hace referencia al **Sistema de Salud**, que “engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud”, vinculándose directamente con los dos conceptos antes indicados, al ser la respuesta social a los problemas de salud.

Respecto de este último punto, la autora señala que siguiendo lo indicado por el Sociólogo Argentino Federico Tobar, un Sistema de Salud se articula a su vez en

tres componentes como se indica en la Figura N°3, el **Político** - Modelo de Gestión -, **el Económico** - Modelo de Financiamiento- y **el Técnico** - Modelo de Atención o Modelo Asistencial -.

Figura N°3

Análisis sector Salud, según sus dimensiones.



Fuente: Elaboración propia

Una vez introducido el concepto de salud, es menester continuar con otros conceptos atinentes al fenómeno de la Salud Mental, razón por la cual, a través del siguiente apartado, se realizará un recorrido por temáticas y distinciones vinculadas al tema en estudio y que servirán de base al análisis posterior a realizar. Para estos efectos se observará publicaciones y estudios de diferentes autores que nos permitirán comprender de mejor manera el estado del arte de conceptos tales como: Psiquiatría, Salud Mental y Determinantes Sociales de la Salud.

5.1 Salud Mental y Psiquiatría.

El filósofo griego Aristóteles, en su obra “Política”, definió al hombre como un “animal racional”, estableciendo como notas esenciales y básicas para ser buenos y dignos el “ser hombres por naturaleza y no otro animal cualquiera, y por tanto con cierta cualidad de cuerpo y alma” indicando a su vez, que “El alma ésta dividida en dos partes, una de las cuales posee por sí misma la razón, y la otra no la posee por sí misma, pero es capaz de obedecer la razón” (Aristóteles, 1988, págs. 435-438).

De sus palabras se desprende que ya desde aquella época se tenía conciencia de la existencia de la razón como característica inherente al ser humano, la que radicaba para el pensador en el alma, siendo esta cualidad la que nos diferenciaba de otros animales, dejando claro que el alma era distinta al cuerpo. El razonar (la que ésta radicada en el alma), actualmente lo podemos definir como la capacidad de establecer relaciones entre ideas y conceptos que nos permite obtener conclusiones o establecer juicios (Oxford Languages), los que en muchas ocasiones deja huellas y dirige nuestras vidas e interacciones con la sociedad.

A contrario sensu, la privación de razón también era un fenómeno conocido desde la antigüedad y que en la mayoría de los casos era atribuido a causas sobrenaturales, vinculados normalmente a espíritus malignos que invadían al enfermo y no lo dejaban escapar, atormentando su alma (razón). La manera de combatir estos espíritus en aquella época era a través de rituales u otras prácticas llevadas a cabo por hechiceros o sacerdotes dedicados a aplicar los tratamientos necesarios para la cura de la enfermedad.

En la civilización griega alrededor del siglo IV antes de Cristo, ya se comenzaban a idear las primeras clasificaciones más científicas vinculadas a enfermedades mentales, siendo la más importante la elaborada por el prestigioso médico Hipócrates quien estableció la existencia de cuatro temperamentos: el colérico, el sanguíneo, el melancólico y flemático. Clasificación a la que se sumó en el siglo I después de Cristo, la histeria y la hipocondría, esto por el médico griego Sorano de Éfeso. Dicha Clasificación con algunas variaciones se continuó utilizando por muchos más siglos con algunas pequeñas variaciones.

No obstante lo indicado, la psiquiatría como disciplina médica no tuvo grandes avances con el pasar de los años, manteniéndose la vinculación de las distintas enfermedades con situaciones sobrenaturales, en la mayoría de los casos de origen maligno y que provocaban en las personas que lo sufrían enajenación y descontrol, transformándose en personas indeseables para las familias, comunidad y sociedad, situación que se mantiene incluso hasta comienzos del siglo XX, donde, “(...) la ignorancia acerca de la enfermedad mental, junto con las creencias mítico-religiosas (...), hacían del enfermo mental una persona a esconder. Se contaban con los dedos de la mano aquellos desafortunados que, empujados por un familiar, iban a confesar a oídos de ese señor “que es un médico como otro cualquiera” como solía decirle el familiar al “hechizado”. Era tal el rechazo y el miedo que provocaba la enfermedad mental, que pocos se atrevían a ejercer de psiquiatras.” (Padró, 2019, pág. 24)

5.1.1 Psiquiatría.

La psiquiatría como la conocemos hoy, esto es, como disciplina médica que trata las enfermedades mentales, es una ciencia del área de la salud que sólo tiene algunos siglos de antigüedad, a diferencia de otras áreas de la medicina. Con la llegada de Ilustración se inician los primeros movimientos que comienzan a observar y poner en la palestra el trato indigno que se otorgaba a los denominados insanos, los que normalmente terminaban viviendo reclusos toda su vida bajo condiciones miserables en hospitales generales, creados por las monarquías y gobiernos de la época, con la finalidad de apartarlos de la sociedad; en estas verdaderas prisiones, además de no recibir ningún tipo de tratamiento médico, debían convivir con prostitutas, ancianos indigentes, niños abandonados, delincuentes comunes y vagabundos en paupérrimas condiciones. (Stagnaro, 2015, pág. 104)

Con las ideas de la Ilustración en pleno auge, es el alienista francés Philippe Pinel (1745 -1826), recordado por la historia como aquel médico que al ver la miseria que vivían en los asilos los enfermos mentales, tomo la decisión de liberar de las cadenas a éstos, alejándolos de las ataduras morales y físicas, al considerar que era necesario devolverles en alguna medida la dignidad, ya que pueden ser considerados “(...) alienados, pero no malditos, dementes, pero no asesinos.” (Padró, 2019, pág. 36)

Así, el filósofo Michel Foucault, en el (2007, pág. 115) en el texto “Los Anormales”, ubica el inicio de la psiquiatría a principio del siglo XIX, concibiendo a ésta como una rama especializada, fundada en la teoría médica, siendo además una rama de la higiene pública. El concibe la necesidad de la institucionalización de los enfermos

mentales, como una solución a los problemas que estas personas generan, siendo éstos, una amenaza contante que pone en peligro el orden social y que el ordenamiento jurídico no ha podido solucionar.

No obstante, es ya en el siglo XX, cuando se genera una de las primeras revoluciones en la praxis médica de la psiquiatría, con la aparición en escena el neurólogo austriaco de origen judío, Sigmund Freud, considerado como el padre del psicoanálisis, que traerá una nueva manera de estar y ver el mundo. Donde la causa y solución de muchos de los problemas de naturaleza psiquiátrica estarán radicados en el inconsciente, por lo que es necesario analizar los conflictos existentes en el ciclo vital de las personas, donde el psiquiatra al frente de un diván, juega un papel trascendental al ser el interlocutor válido, que logra desentrañar los recuerdos más recónditos, escondidos en las mentes de sus pacientes, permitiendo de esta manera su recuperación, a lo menos aparente para los pacientes no asilares.

En paralelo al desarrollo del psicoanalismo, se comenzó a desarrollar una serie de clasificaciones que permitían encasillar a los pacientes psiquiátricos, estableciendo un manual que ayudaba a la detección, pero también al tratamiento de las enfermedades mentales con un enfoque científico, gestándose de esta manera el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM), con su primera versión el año 1952, el que buscaba ser conocido por psiquiatras y psicólogos norteamericanos, pero que, rápidamente se fue expandiendo por el resto del mundo, siendo utilizado como guía hasta nuestros días con su versión DSM-5, al ordenar el caos que arrastraba la psiquiatría.

De la mano del avance de la psiquiatría como disciplina médica, se comenzó a buscar tratamientos eficaces para curar los diversos trastornos existentes, en una suerte de ensayo y error que utilizaba la experimentación científica como método de trabajo, a través de la cual se crearon compuestos químicos que al ser suministrados a los pacientes generaban efectos positivos en la evolución de las patologías de los pacientes.

De esta forma el litio en el año 1949 fue uno de los primeros medicamentos que demostró resultados efectivos en trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, de acuerdo con las investigaciones realizadas por el psiquiatra australiano John Cade (Padró, 2019, pág. 125). Llego a tal punto la utilización de este medicamento, que se comenzó a transformar en el tratamiento estrella de los psiquiatras, siendo utilizado para distintas afecciones mentales independiente del resultado producido o los efectos colaterales generados. Lo único evidente es que la integración de medicamentos a la praxis médica de la psiquiatría permitió el inicio de la desinstitucionalización de muchos pacientes psiquiátricos, que al estar bajo tratamiento podían ser cuidados por sus propias familias, al disminuir las descompensaciones y conductas disruptivas.

5.1.2 Salud Mental

La Salud Mental, es un concepto mucho más holístico de lo que es el de la psiquiatría, considerando que integra en su construcción a más de una disciplina, al punto que no se vincula directamente con los trastornos o enfermedades mentales per se, cómo lo hace la disciplina médica, sino más bien colocando en el centro a la persona, pero bajo una connotación positiva.

De esta manera la OMS define a la salud mental como, “(...) un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001a, pág. 1), siendo necesario relevar que la OMS, encuadra el concepto como un estado de la persona y no como una disciplina propiamente tal, a pesar, que normalmente tiende a utilizar el concepto con una mirada programática, que se acerca más el enfoque disciplinar, lo que hace presumir que se le concede una naturaleza polisémica.

Ahora, como disciplina las primeras referencias las encontramos en el año 1948 en Londres, donde se celebra el primer Congreso de Salud Mental de dicho lugar, en el marco de la creación de la OMS, donde se tiende a utilizar el concepto de salud mental -estado-, como símil de higiene mental -actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental-. (Bertolote, 2008), razón por lo cual revisaremos este último concepto para mostrar la evolución del primero.

La Higiene Mental como movimiento, nace del trabajo del psicólogo estadounidense Clifford Beers quien el año 1908 publicó el trabajo “A mind that found itself” (Una mente que se encontró a sí misma), documento que buscaba mejorar las condiciones básicas de atención de personas con trastornos mentales, que tuvo muy buena acogida en el mundo académico y médico (a lo menos desde el punto de vista teórico), ya que propendía a “humanizar de la atención de los locos: erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento ha causado tradicionalmente a los enfermos mentales.” (Beers, 1937)

Con el crecimiento del movimiento en Estados Unidos en los años venideros, se observó la incorporación de labores de naturaleza preventiva, ya que consideraban que los trastornos mentales muchas veces se originan en la primera infancia o juventud – Creencia que coincide con lo indicado por Freud para el psicoanálisis, pero con un enfoque distinto, ya que este último lo abordaba en la edad adulta de los pacientes –, por lo que tomar medidas preventivas, como la intervenciones en las condiciones ambientales y la forma de vivir generaba efectos más efectivos, disminuyendo la prevalencia de casos en edades adultas.

De esta forma, podemos observar que la salud mental, a pesar de insertarse en la praxis psiquiátrica, es distinta a ella, ya que, al ser un movimiento, es más cercana a la política, entregando directrices con impacto global y social, y por tanto se debe considerar como un campo complementario a la disciplina médica, distinción que a pesar de haberse realizado por la OMS hace más 70 años, aún no se logra del todo incorporar o se ha hecho a paso cansino.

5.2 Modelos de Atención (Modelo asistencial)

El modelo de atención es considerando el componente técnico de los Sistemas de Salud, de acuerdo con lo indicado por el Sociólogo Argentino Federico Tobar (2002), por lo que su construcción es estrictamente Médico Sanitario y es en general resultado del desarrollo de la praxis. En el caso particular de este estudio, nos referimos al desarrollo de la disciplina médica de la Psiquiatría.

No obstante, lo indicado es menester señalar que en general, el modelo de atención que es aplicado en un país normalmente es recogido a su vez por el modelo de

gestión, razón por la cual no es extraño encontrar principios o elementos comunes en estos dos componentes del Sistema de Salud.

Durante el desarrollo de la historia de la psiquiatría, hemos observado que el principal y predominante modelo de atención de pacientes psiquiátricos, se basó en la reclusión de estas personas en lugares específicos y periféricos a fin de exiliarlos de la sociedad, como se hacía comúnmente con delincuentes o personas indeseadas. Este modelo es conocido como modelo asilar o manicomial y fue utilizado en todo el mundo por largos periodos de tiempo. En sus inicios no existía gran intervención de la medicina como disciplina terapéutica, situación que se fue modificando con el pasar de los años.

Con el inicio del movimiento de Higiene Mental, posteriormente denominado de Salud Mental, a mitades del siglo XX impulsado principalmente por la OMS, se comienza a modificar el foco de intervención, con la finalidad de entregar dignidad en el tratamiento de los enfermos mentales, pero a su vez integrando elementos multifactoriales en la causalidad de las patologías, que podían ser controlados ex ante, abriendo de esta forma la posibilidad de tratamiento de los pacientes en la propia comunidad, para lo cual fue de gran apoyo, los avances científicos en el ámbito de la farmacología.

5.2.1 Modelos de Atención de Salud Mental Asilar (Manicomial)

Este modelo de atención como se ha indicado previamente se caracterizó, por mantener a las personas que poseían algún tipo de trastorno mental en lugares apartados de la sociedad, bajo condiciones generalmente insalubres y de

hacinamiento, donde además recibían un trato inhumano. Se consideraba que los Hospitales Psiquiátricos habían “(...) sido creados desde sus orígenes como un proyecto destinado a ocultar lo que la sociedad rechaza y no tolera, por atentar en contra de su cotidianeidad, siendo un lugar de control social, de marginalidad, donde se intenta mantener bajo clausura la diversidad y lo heterogéneo.”, estos lugares a su vez, “(...) tenían como único fin la práctica de encierro como dispositivo de segregación y depósito de los inadaptados, de los raros, de los diferentes, de los locos” (Ottaviano, 2011)

Con el transcurso de los años el modelo asilar también fue cambiando, especialmente con la integración de medicina como disciplina científica, que buscaba explicar y entregar tratamiento a las distintas afecciones mentales que sufrían las personas, no obstante, este interés de la incipiente disciplina médica, no logró que los pacientes fueran liberados y se mantuvieron por muchos años más, alejados de sus familias y de la sociedad en general.

El interés científico que generó esta área poco desarrollada de la medicina hizo que muchas veces los hospitales psiquiátricos fueran lugares perfectos para probar nuevas técnicas de tratamiento, en consideración a que el paciente psiquiátrico no tenía ni voz ni voto, ya que habían sido invisibilizados por las autoridades como medida de control social, utilizándose terapias como “la insulino terapia y teoría convulsionante a través de agentes químicos, serán alternativas aparentemente eficaces para enfermos mentales.” (Padró, 2019, pág. 119)

Con los avances científicos de la farmacología de mediados del siglo XX, y la aparición de antipsicóticos, antidepresivos y tranquilizantes se comenzó, en alguna

medida, a romper la lógica de internación obligatoria de los pacientes, ya que al estar medicados podían ser cuidados por sus propias familias.

No obstante, de la existencia de estos avances, los hospitales psiquiátricos no desaparecieron. Ya que, a pesar de que muchos pacientes estaban en condiciones de irse de ellos, eran ahora las familias y la comunidad las que no estaban preparados para recibirlos, en el entendido, de que a pesar de estar medicados seguían necesitando de tratamientos especiales, por lo que en muchas ocasiones los enfermos eran de igual forma abandonados en estos lugares. Con esto se mantuvo el modelo de atención de salud mental asilar, pero ahora con un enfoque Medico-Farmacológico.

5.2.2 Modelos de Atención de Salud Mental Comunitario.

Salud Mental bajo el modelo de la atención comunitaria, busca acercar e insertar a las personas que sufren de alguna dolencia psíquica a la sociedad, permitiendo su integración, evitando de esta forma la discriminación y segregación de estas personas. Modelo que se ha reforzado al incorporar este tipo de atención a las prestaciones que entregan los Hospitales Generales, reduciendo el tratamiento en Hospitales de Especialidad Psiquiátrica, al ser asociados con un modelo asilar anacrónico, que es necesario abandonar con el tiempo.

Para comprender el modelo comunitario, es necesario abordar el concepto de comunidad, como elemento que articula y engrana el funcionamiento del sistema de salud, al ser uno de los instrumentos necesarios para el tratamiento terapéutico

de los pacientes, para lo cual tendremos a la vista algunas acepciones que posee el concepto.

Ferdinand Tönnies (Padilla, 2015), quien es uno de los primeros en abordar el término desde una mirada más científica, e indica al respecto que:

“La comunidad posee una estructura cuya unidad no es el producto de una adición o suma de elementos, - Sociedad - sino un conjunto que, al surgir espontáneamente, posee todos los caracteres de una totalidad orgánica, en tanto que la sociedad es el resultado del predominio de los elementos mecánicos, artificiales y racionales que sustituyen las unidades originarias de la familia, de la tribu y de la aldea por los conjuntos contruidos mediante una reflexión consciente sobre los fines, como la gran ciudad o el Estado.”

En el trabajo “El Concepto de Comunidad desde el punto de vista socio- Histórico-Cultural y Lingüístico” (Causse, 2009) se incluye el concepto de comunidad entregado por F. Violich, quien indica que corresponde al:

“grupo de personas que viven en un área geográficamente específica y cuyos miembros comparten actividades e intereses comunes, donde pueden o no cooperar formal e informalmente para la solución de los problemas”

Si revisamos los conceptos antes indicados, podemos observar que es posible encontrar elementos comunes entre ellos, los que de alguna forma marcan y direccionan el objetivo que tiene la salud mental comunitaria. Siendo estos, la existencia de un grupo de personas con intereses comunes, que tienen algún grado de relación entre ellos y que en algunos casos cooperan recíprocamente. La existencia de estos elementos facilita la realización de tratamientos necesarios para la recuperación de los pacientes en su propio entorno.

Este modelo coloca el énfasis en la inclusión social y rehabilitación de aquellas personas que sufren algún problema de salud mental, por lo que son los profesionales de la salud los encargados de entregarles herramientas para que sean incluidos en la comunidad, debiéndose establecer una relación integrada y de intervención no solo de médicos psiquiatras, sino que también incluyendo a otros profesionales como psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales por nombrar algunos, donde los Centros de Atención Primaria (APS), juegan un papel trascendental al corresponder a la primera capa de atención médica de las comunidades.

Se incorpora así mismo en éste nuevo modelo los denominados “**Determinantes Sociales**”, los que en muchos casos son la causa de los problemas de salud mental, entendiendo que ellos “se refieren a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, los cuales son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos.” (MINSAL, 2017), siendo necesario bajo esta lógica, no solo conocer aquellas circunstancias que pueden gestar alguna enfermedad mental en una persona, sino a su vez, tratar de controlar anticipadamente los factores negativos a través de políticas públicas; se considera de esta manera que existe enfoque biopsicosocial en el modelo, ya que las enfermedades pueden ser resultado de cuestiones biológicas, psicológicas o sociales, o la combinación de estas.

En relación con los hospitales de especialidad (psiquiátricos), el modelo tiende a su eliminación o a lo menos a su minimización, reservándolos solo para aquellos casos más graves y bajo la condición de que otros tratamientos no hayan obtenido

resultados positivos, debiendo acotarse a tiempos breves y siempre teniendo a la vista el pleno respeto de los derechos humanos de los pacientes.

5.2.3 Modelos de Atención de Salud Mental en Chile.

En Chile hasta fines de los años 80, se mantuvo la preponderancia del modelo asilar ya comentado, que colocaba en el centro la figura del médico y a los fármacos como principal herramienta de control y tratamiento de los pacientes.

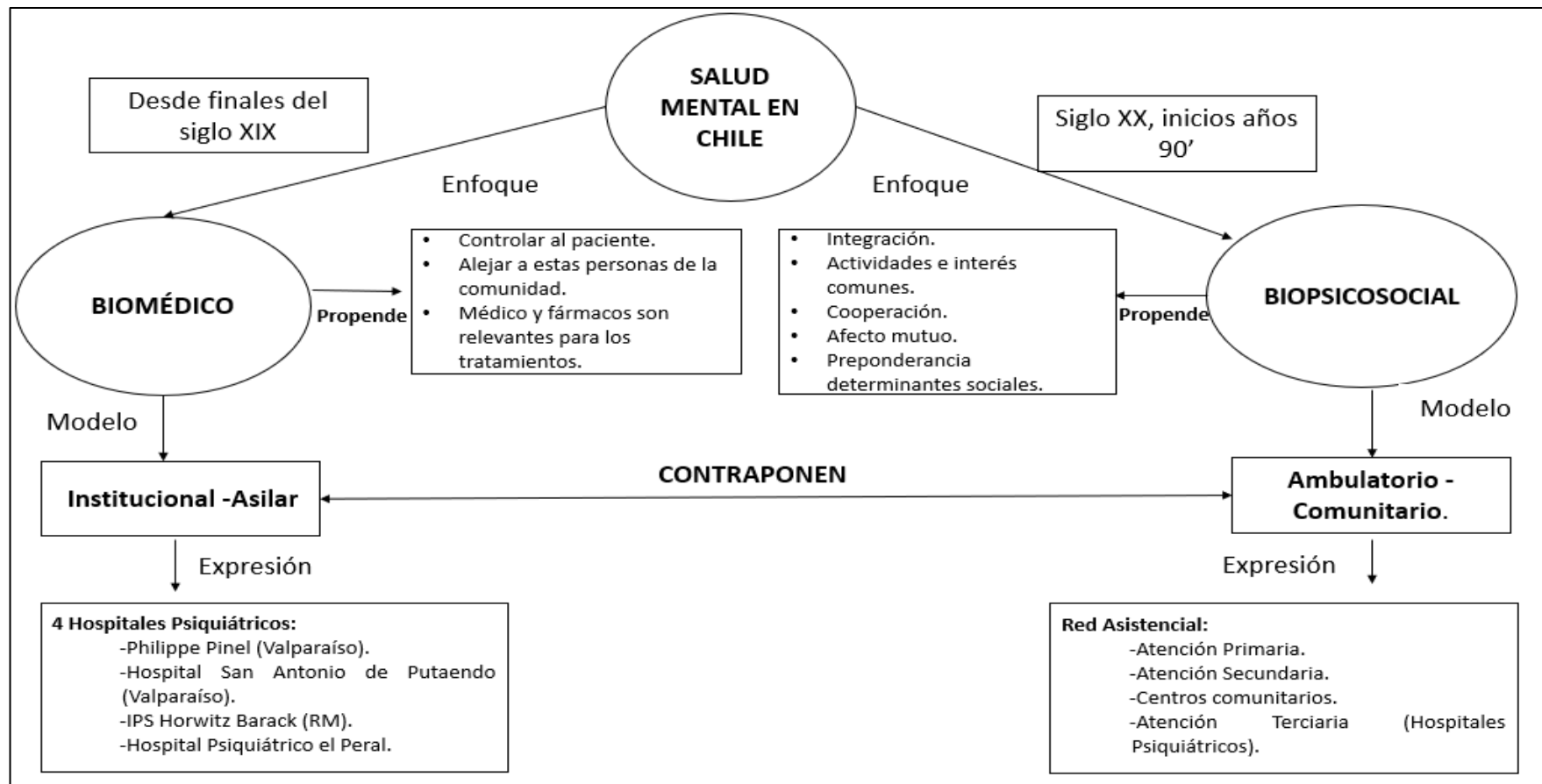
Con la llegada de la democracia, se comienza a pensar en un nuevo modelo que se adecue a las necesidades existentes de la población nacional, pero que a su vez refleje los avances mostrados por la praxis médica desde mitades del siglo XX; colocando los ojos de esta forma, en el modelo comunitario, en consideración a que éste posicionaba al paciente al centro, como parte de una comunidad en donde podían encontrarse las soluciones a los problemas que enfrentaban, siendo absolutamente esencial, la integración de los enfermos en el modelo de atención de salud general.

A pesar del cambio en el modelo de atención de salud mental, se mantuvieron integrados al Sistema de Salud, los cuatro hospitales psiquiátricos existentes a inicio de los 90 en el país, esto es: el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, Hospital Psiquiátrico “El Peral”, Hospital Psiquiátrico “Dr. Philippe Pinel de Putaendo” y Hospital del Salvador de Valparaíso, los primeros dos ubicados en la Región Metropolitana y los dos segundos en la Región de Valparaíso.

Estos centros hospitalarios, tuvieron que adaptarse a los nuevos cambios, por lo que se requirió la eliminación paulatina de las largas estadías - prohibiendo el

Figura N°4:

Modelos de Atención de Salud Mental en Chile.



Fuente: Elaboración propia

ingreso de nuevos pacientes bajo esta modalidad a partir del año 2000- y que avanzaran en el desarrollo de cortas y medianas estadías – modalidad en que los pacientes se mantenían internados máximo dos meses en los primeros y no más de doce meses respecto de los segundos -, A su vez se les solicitó el apoyo en la creación de dispositivos de acogida en donde se integrará a los pacientes dados de alta, que no podían vivir solos o no tenían redes de apoyo suficientes, centros denominados Hogares y Residencias Protegidos. (MINSAL, 2017)

Es relevante indicar que este modelo se integra al modelo de atención general de salud nacional, donde los hospitales generales, así como la atención primaria y secundaria también poseen atención psiquiátrica y psicológica, expandiéndose la atención a todo el país y no solo concentrándose en el centro de este.

5.3 Política de Salud Mental en Chile

De acuerdo con el modelo propuesto por el Sociólogo Argentino Federico Tobar (2002), la Política de Salud Mental, corresponde al componente político o modelo de gestión que posee un Sistema de Salud. En este caso en particular y considerando que el espacio físico en donde se centra la investigación es Chile, se expondrán aquellos elementos que han caracterizado la Política de Salud Mental en el país. Es relevante indicar que Chile se ha caracterizado por tener grandes avances en la materia desde la llegada de la Democracia, donde el principal desarrollo es observado en el ámbito de las Políticas Públicas, incluso por sobre el avance legislativo al respecto, en donde la primera ley asociada a la materia se promulga recién en el año 2021.

El 14 de noviembre de 1990, en Venezuela se realizó la Conferencia Regional Panamericana de Salud, cita en la que participó Chile; en dicha instancia se firma la llamada “Declaración de Caracas”, instrumento que viene a proclamar la necesidad de “Reestructuración de la atención psiquiátrica”, instaurando la necesidad de migrar de un modelo de naturaleza asilar, donde los pacientes se mantenían largos periodos internados en hospitales psiquiátricos, a un modelo donde la recuperación estuviese centrada en la sociedad, comunidad, familias y cercanos de los propios pacientes.

Desde ese momento la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, ha tenido un rol protagónico en la ardua tarea de promover, respaldar y asesorar técnicamente a los países en el desarrollo de planes y programas de atención orientados al tratamiento de pacientes psiquiátricos.

En Chile hasta inicios de los años 90’ la realidad del área de la salud mental, no era muy distinta a la del resto del mundo, donde a pesar de los grandes avances en otras áreas de la salud, en el área psiquiátrica aún se mantenía el predominio de un modelo de atención de salud mental centrada en la existencia de Hospitales de Especialidad, donde primaba la atención clínica, médica y farmacológica; pero, que continuaba reproduciendo la lógica de los antiguos manicomios o asilos que recluían a los pacientes muchas veces por toda su vida.

Con la llegada de la democracia y siguiendo las diversas recomendaciones internacionales asociadas a la materia, el país comenzó a cambiar la lógica subyacente en la Política Pública de Salud Mental, que se mantenía hasta ese momento, comenzando a generar diversos lineamientos que buscaban implementar un sistema centrado y con foco en la comunidad.

De esta forma el año 1993 el Ministerio de Salud de la época lanza el primer Plan de Salud Mental y Psiquiatría para el país, a través del cual se “introdujeron prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo plan, que estableció un modelo más elaborado de red de atención y de programas de actividades que abarcaban los problemas prioritarios.” (Minoletti & Zaccaria, 2005). Siendo lanzado por la autoridad un segundo Plan de Salud Mental el año 2001, el que mantuvo su vigencia hasta el 2017, año en que se hizo el Plan Nacional de Salud Mental vigente en la actualidad, que entrega los lineamientos para el periodo 2017-2025.

En términos generales cada uno de los planes impulsados, vinieron a cambiar el paradigma de Atención de Salud Mental, profundizando el enfoque comunitario y social, de los que podemos destacar los siguientes planteamientos y líneas de acción y que se resumen en la Figura N°5.

5.3.1 Plan Nacional de Salud Mental 1993-2001 (MINSAL, 2017)

- Integración de contenidos de salud mental en todos los programas de salud y los 3 niveles de atención.
- Cambio organizacional, incorporando las Unidades de Salud Mental a nivel Central y en los Servicios de Salud, además del Consejo Técnico de Salud Mental y Consejo Intersectorial de Salud Mental.
- Desarrollo de la atención de salud mental en Atención Primaria de Salud.
- Capacitación continua de los equipos de salud en temáticas de salud mental y protección de esta para trabajadores de la salud.
- Generación de propuestas legales tendientes a proteger los derechos.

5.3.2 Plan Nacional de Salud Mental 2001-2017. (Minoletti & Zaccaria, 2005)

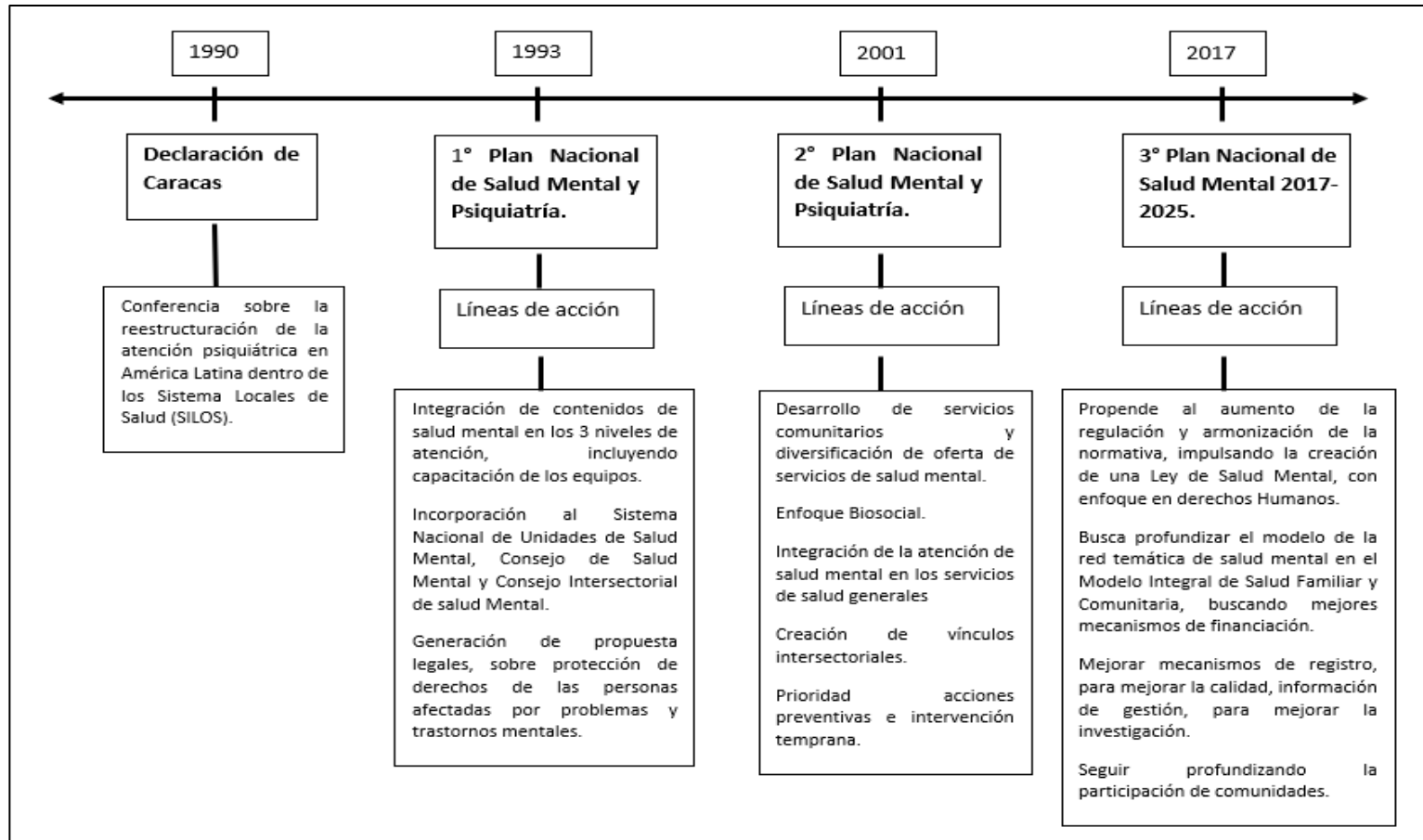
- Integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales.
- Creación de vínculos intersectoriales.
- Diversificación de la oferta de servicios impulsando Hospitales Diurnos, Centros Diurnos, Hogares Protegidos, etc.
- Enfoque Biopsicosocial.
- Priorización de las acciones preventivas y de intervención temprana.
- Mejora en la calidad de la atención, con el desarrollo de Centros de Salud Mental Comunitaria.
- Participación activa de usuarios, familias y organizaciones locales.

5.3.3 Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (MINSAL, 2017)

- Plantea la Necesidad de una Ley de Salud Mental, con enfoque en Derechos Humanos y armonización de la legislación existente.
- Profundizar el modelo de la red temática de salud mental en el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- Propende a la mejora de los mecanismos de financiación impulsando el modelo comunitario.
- Gestión de Calidad, postula a mejorar los mecanismos de registro alineados a procesos de calidad y de información de la gestión, para mejorar los insumos para futuras investigaciones.

Figura N°5

Cuadro resumen de los Planes Nacionales de Salud Mental en Chile.



Fuente: Elaboración propia

- Intenta romper la soledad del sector salud, respecto de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social a través del aumento de la participación de las comunidades.

5.4 Depresión (Trastorno depresivo)

La depresión de acuerdo con los datos estadísticos publicados en la plataforma digital de **Our World in Data**, es una de las tres enfermedades de Salud mental, con mayor prevalencia a nivel mundial, con una tasa de 3,40% de la población, afectando de esta forma a aproximadamente 264 millones de personas el año 2017. Esta problemática ha llevado a distintos países a nivel mundial a realizar diversas campañas de prevención, considerando que esta enfermedad es una de las principales causas de discapacidad en los jóvenes y adultos, por lo que es necesario implementar mecanismos para prevenirla y tratarla.

Tabla N°2

Porcentaje de la Población con Depresión, 2000 a 2019.

| Lugar | 2000 | 2010 | 2019 |
|------------------------------|-------|-------|-------|
| Chile | 4,42% | 3,99% | 3,95% |
| Latino América y el Caribe | 3,75% | 3,56% | 3,53% |
| Mundo | 3,70% | 3,55% | 3,59% |
| Región de las Américas (OMS) | 4,04% | 3,91% | 3,84% |
| Países OCDE | 3,91% | 3,97% | 3,95% |

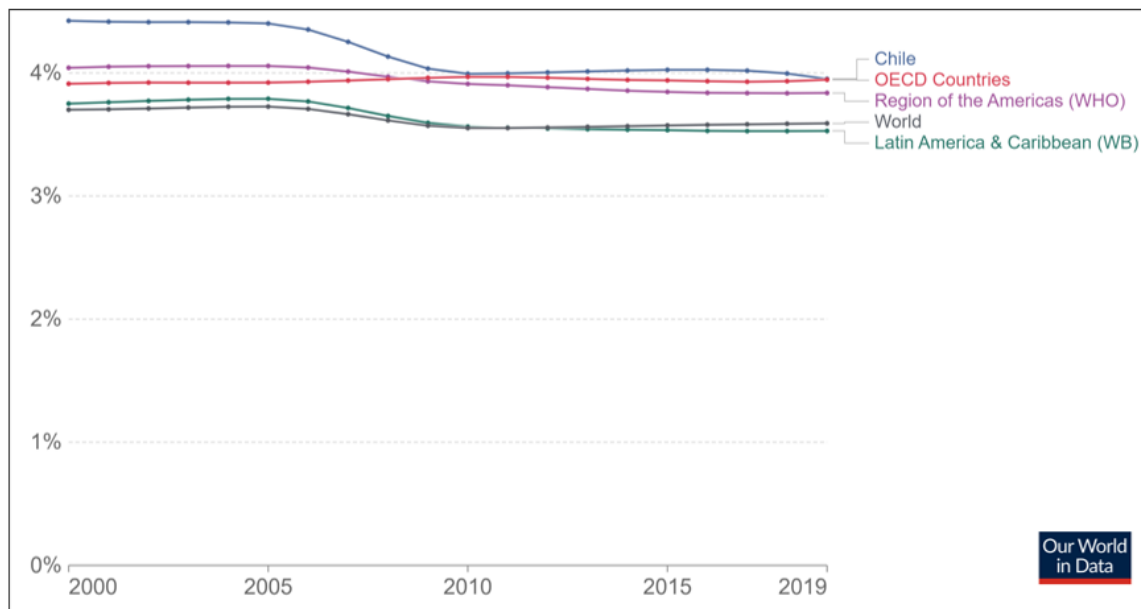
Fuente: Our World in Data (2019)

En Chile de acuerdo con los datos publicados en Our World in Data, la prevalencia de casos de depresión ha disminuido entre los años 2000 y 2019, de un 4,42% a un

3,95%, ubicándose aún con una tasa alta si lo comparamos con otros países de Latinoamérica y el Caribe, países de las Américas en general o del promedio del mundo, pero igualando la media de los países OCDE, como lo muestra la Tabla N° 2 y Figura N° 6, lo que es un buen indicio de que las políticas de Salud Mental, asociadas a la depresión, han empezado a tener algún efecto en la población, en que aún hay mucho trabajo que hacer.

Figura N° 6

Porcentaje de la Población con Depresión, 2000 a 2019.



Fuente: Our World in Data (2019)

Nota: La figura muestra la prevalencia de los trastornos depresivos en una población determinada, Las cifras intentan proporcionar una estimación real (que va más allá del diagnóstico informado) de la prevalencia de la depresión basada en datos médicos, epidemiológicos, encuestas y modelos de metarregresión.

Ahora respecto del alcance de los Trastornos Depresivos, la OMS ha indicado que es una enfermedad que “se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio.” (OMS, 2017), considerada de esta forma como una enfermedad común y muy recurrente en la vida de las personas.

En general, la depresión se tiende a confundir con el sentimiento de la tristeza, razón por la cual muchas veces las personas no le dan la importancia que corresponde, invisibilizándola, al punto de que solicitan ayuda solo cuando alcanza grados más complejos de la enfermedad. Desde el punto de vista Clínico, MINSAL (2017), ha indicado que para que determinar un Episodio Depresivo, siguiendo los lineamientos del CIE-10, se debe tener en consideración los siguientes antecedentes:

- a) El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- b) No debe haber síntomas hipomaniacos o maniacos en ninguna etapa de la vida del individuo.
- c) El episodio no puede ser atribuido al abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
- d) Además, se puede presentar a lo menos 4 de los siguientes síntomas:
 - Pérdida de interés o capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.

- Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada por terceras personas).
- Perdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
- Notable disminución de la libido.

Por otro lado, la depresión se considera un trastorno multifactorial, por lo que puede deberse a distintas causas (Gastó & Navarro, 2001), entre las que encontramos aquellas asociadas a:

- **Factores relacionados con la personalidad**, (psicológicos) estos están asociados a cualidades propias de las personas, como por ejemplo inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo o autoexigencia.
- **Factores ambientales**, como puede ser sufrir algún problema, ya sea económico, familiar o de salud, externo a la persona, incluyendo en este punto problemas sociales (factores sociales).
- **Factores biológicos**, entre ellos podemos encontrar alteraciones cerebrales, de los neurotransmisores o genéticas.

5.5 Determinantes sociales de la Salud.

Muchas veces se piensa que la salud está circunscrita a lo biológico y genético de cada persona, posición en la que estuvo inmersa muchos años la medicina tradicional, no obstante, hay muchas circunstancias adicionales que influyen en nuestra salud y que en ocasiones obviamos o desconocemos.

Desde la epidemiología, esto es, aquella rama de la medicina “que estudia el fenómeno de la propagación de enfermedades que afectan a las sociedades de manera expansiva en el marco de un ciclo de tiempo” (Significados), se comenzaron

a configurar, desde mitades del siglo XX, enfoques que relevaron la importancia de las condiciones sociales de una población en materia de salud, en donde se destaca que “la importancia del campo social de las salud en interacción con la biología, relevan la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos clave del proceso salud enfermedad”, estableciéndose que “los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro.” (Morales - Borrero, Borde, Eslava - Castañeda, & Concha, 2013), estructurándose de esta forma los denominados “Determinantes Sociales de la Salud”.

Este concepto en los últimos años ha provocado tal interés, que creó la necesidad en el mundo académico y político de ser estudiando con mayor profundidad, en consideración a la relevancia que podía adquirir a la hora de la toma de decisiones en beneficio de la salud de las personas. De esta forma el año 2005, el Dr. J. W. Lee, Director General de la OMS creó una red mundial, denominada “**Comisión sobre determinantes sociales de la salud**”, conocida por la sigla CDSS, que buscaba revisar y analizar datos y antecedentes normativos, técnicos, investigaciones y otros documentos emanados de la sociedad civil, que ayudaran a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables. (CDSS, 2009)

La CDSS el año 2009 definió los Determinantes Sociales de la Salud, en adelante DSS, como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (CDSS, 2009, pág. 3), en donde características y fenómenos como el género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia (p.8) están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud y por tanto,

a la experiencia que tienen los pacientes respecto de la atención de sus necesidades médicas.

En Chile, este enfoque también es recogido por las Políticas Públicas de Salud que se han implementado en los últimos años, siendo a su vez ampliamente aplicado en el modelamiento de las políticas, planes y programas de Salud Mental que poseemos actualmente; de esta forma, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, destaca la importancia del enfoque en cuestión, al considerar que éste, acompañado del enfoque de curso de vida^a, “iluminan sobre las consecuencias en el bienestar, el malestar y el enfermar, que ejercen las condiciones estructurales, de los sistemas intermedios y en el nivel proximal de las familias y las comunidades. Así la desigualdad socioeconómica, los entornos sanitarios, laborales y educativos, la calidad de vida en la infancia, la adultez y el envejecer están íntimamente relacionados, e impactando de manera transgeneracional sobre la salud y salud mental de las personas y las comunidades.” (MINSAL, 2017, pág. 44)

La CDSS, para aplicar y entender el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, utilizó el modelo conceptual de Solar & Irwin (2007), el que busca:

- “a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades de salud;
- b) indicar la posible relación de los determinantes entre sí;

^a Enfoque “**Curso de vida**”, de acuerdo con lo indicado por el Plan Nacional de Salud Mental de Chile (p.32), es aquel en donde “*se enfatiza las perspectivas social y temporal, buscando a lo largo de la vida de una persona o de cohortes, experiencias de una o varias generaciones que den pistas sobre patrones actuales de salud y enfermedad, entendiendo que, tanto el pasado como el presente deben comprenderse en contextos sociales, económicos y culturales amplios. Su propósito es comprender como los riesgos sociales y físicos durante las etapas de la vida se acumulan y contribuyen al riesgo de desarrollar enfermedades, identificando procesos biológicos, comportamentales y psicosociales que operan subyacentemente a través de las trayectorias vitales y como el efecto de éstos, impacta en aumentar o atenuar el riesgo sobre la salud en el largo plazo. Estos efectos de largo plazo pueden ocurrir en el transcurso de una vida o intergeneracionalmente.*”

c) proporcionar un marco conceptual que permita evaluar cuáles son los DSS más importantes de abordar; y,

d) proyectar niveles y elementos específicos de intervención para la implementación de políticas para la acción en torno a los DSS.” (Parra & Carmona, 2015)

Como se indicó previamente éste enfoque de los DSS, es recogido en las políticas públicas implementadas en el país, por lo que el modelo en cuestión es ampliamente utilizado por el Ministerio de Salud Chileno, el que podemos encontrar, por ejemplo, en el anexo N°1 de las “Orientaciones para la planificación y programación de la red 2022”, en donde se expone un diagrama similar al utilizado por la CDSS en su informe del año 2009, como se muestra en la Figura N°7, en el que podemos observar una estructura integrada que vincula causalmente factores y variables relacionados entre sí. De esta forma el contexto socioeconómico y político influye en la estratificación social y distribución del poder a través de la estructura social, la que a su vez facilita u obstaculiza el acceso y calidad de los recursos materiales a los que pueden optar las personas. Así, todo esto acompañado de factores psicosociales y biológicos genera mayores o menores niveles de desigualdad en salud.

Para entender como mejor claridad la Figura N°7, es necesario saber el alcance de cada uno de los componentes del modelo, lo que es posible explicar utilizando el análisis realizado por los autores De la Guardia & Ruvalcaba (2020), el que se sintetiza a continuación:

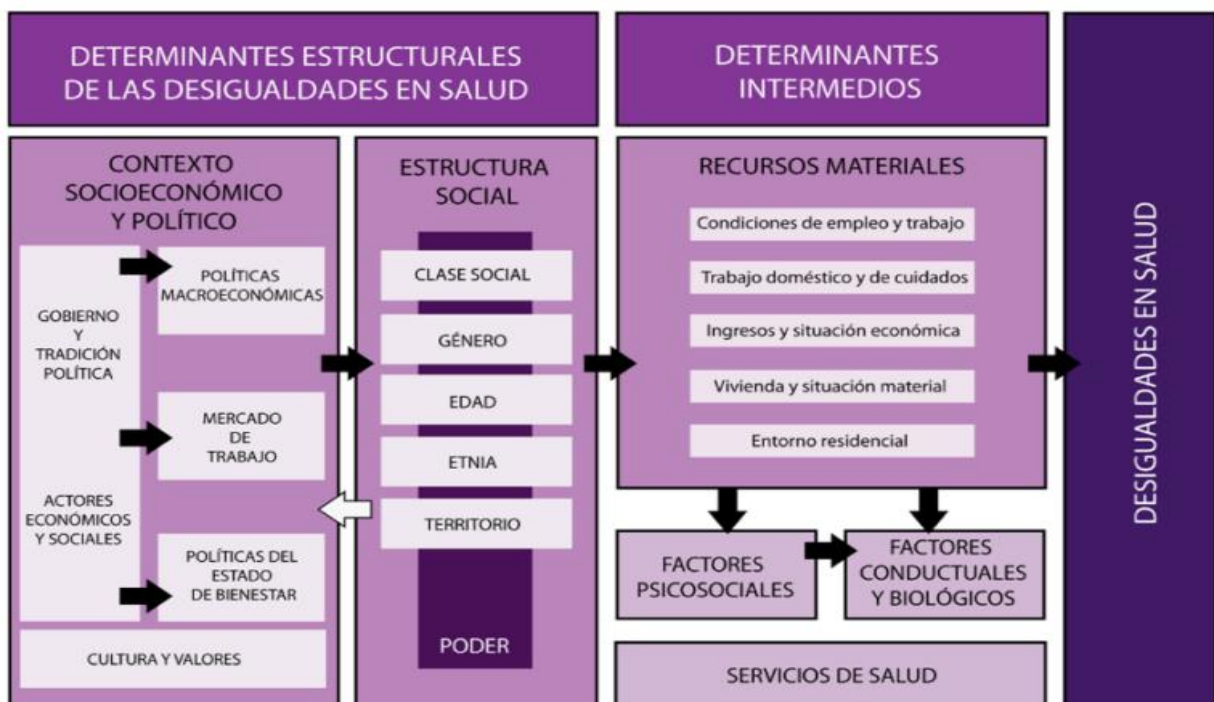
Determinantes Estructurales, o también llamados sociales y que refieren a atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la población, determinado de esta forma posición

social, género, acceso a la educación y empleo. Dentro de los Determinantes estructurales encontramos:

- **El contexto Socioeconómico y Político**, correspondiendo este a las características en que se sustenta la estructura de una sociedad, vinculadas con el sistema político y económico imperante, así como los rasgos de la cultura y los valores existentes en dicho lugar.
- **Estructura Social**, características que subyacen a las personas, las que pueden estar dadas por condiciones biológicas o espaciales y que determinan la forma en que las personas se relacionan en la sociedad.

Figura N°7

Modelo de Determinantes Sociales de Salud de Solar & Irwin.



Fuente: Enfoques de la Planificación en la Red de Atención de Salud Pública, (MINSAL, 2022)

Nota: Modelo adaptado de Solar & Irwin para los Determinantes Sociales de Salud, adoptado por la OMS, a través de la CDSS.

Determinantes Intermedios, están dados por la exposiciones y vulnerabilidad que potencialmente pudiesen afectar a la salud, estableciendo las principales categorías:

- **Recursos materiales:** encontramos aquí elementos como: calidad de vida, condiciones de empleo y trabajo, nivel de cuidados, situación económica e ingresos, vivienda y entorno residencial.
- **Factores Psicosociales**, entendiéndolos por ellos, aquellas situaciones de tensión relacionadas con circunstancias de la vida y relaciones estresantes, de apoyo y existencia de redes sociales.
- **Factores conductuales y biológicos**, como, por ejemplo: nutrición, actividad física, consumo de alcohol y tabaco; incluyéndose además como factor biológico la carga genética de las personas.

Un DSS intermedio que no es tratado por los autores antes citados y que se encuentra en el modelo de Solar & Irwin, son los Servicios de Salud como expresión del Sistema Sanitario, los que pueden tener un gran impacto en la población beneficiaria, ya que se considera respecto de estos que “tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa de las condiciones sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención” (Hirnas, y otros, 2013, pág. 224), disminuyendo de esta forma las inequidades y modificando el curso de otros DSS.

Otra forma más gráfica para explicar el concepto de los DSS, es utilizando el modelo de Dahlgren y Whitehead, como lo muestra la Figura N°8, los que, a través de un sistema de capas o niveles, muestran como las personas que están en el centro de ven influenciadas por las capas superiores formadas por factores ambientales, sociales y políticos, afectando de esta forma sus conductas personales y estilos de vida. (González, y otros, 2012)

Figura N°8

Modelo de Determinantes Sociales de Salud de Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud.

(1993)

En el ámbito de la salud, en general los DSS son transformados en factores de riesgo, entendiendo por estos como "cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar

localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente” (Echemendia, 2011) , los que se contraponen a los factores protectores.

6 Metodología y Estructura del Diseño de Investigación

6.1 Enfoque metodológico

Para la elaboración del presente estudio se utilizó un enfoque metodológico **cuantitativo**, a través del cual se busca describir y caracterizar a las personas que se encuentran en tratamiento médico por depresión, en consideración a que dichas características constituyen determinantes sociales de la salud, ya sea en su variante estructural o intermedio. La finalidad de la investigación es definir cuales características se repiten en este grupo de la población, en el entendido que pueden ser condiciones base que se pueden observar para la detección de otros casos.

Dentro de las razones para escoger este enfoque, se encuentra principalmente la objetividad que puede entregar una investigación de este tipo, considerando que se trabaja con un contexto concreto y el análisis se realiza sobre la base de datos objetivos y medibles.

6.2 Diseño de investigación Cuantitativa

El diseño de la investigación escogido para el presente estudio es de naturaleza **no experimental transversal**, ya que lo que se busca es observar el fenómeno estudiado tal como es, sin intervenir en la realidad que se observa y el contexto en que se desarrolla, centrando el análisis en un periodo de tiempo determinado.

Además, es importante destacar que esta investigación fue trabajada a través de un **diseño flexible**, en los términos planteados por Nora Mendizábal, quien establece

que, “El concepto de flexibilidad alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas que se vinculan con el tema de estudio que pueden implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos; a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos; y a la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original durante el proceso de investigación” (Vasilachis de Gialdino, 2006, pág. 67)

Esto último, fue considerado con la finalidad de tener espacio suficiente para ir modelando la investigación, de forma de poder incorporar en la medida en que avanzaba el trabajo algunos cambios o modificaciones necesario, como por ejemplo, en las interrogantes originalmente pensadas, fuentes de información a considerar, el análisis realizado u otras variables del estudio atingentes, todo esto con la finalidad de ejecutar un trabajo lo más completo en la medida que el tiempo lo permitiera.

6.3 Alcance del tipo de investigación y tipo de análisis

La presente investigación utilizó metodologías de investigación con alcance Descriptivo.

La investigación se considera **descriptiva**, ya que busca “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier fenómeno que se someta a análisis” (Hernández & Mendoza , 2018, pág. 108), conceptualización que se alinea con el espíritu de esta investigación, que intenta develar las características de la población en análisis que sufre y es objeto de tratamiento por trastornos depresivos, tomando como fuente de información los datos que nos entrega la encuesta CASEN 2017.

Con la investigación se intentará establecer las características, elementos y particularidades de las personas que han estado en tratamiento médico por depresión en la Región Metropolitana, dentro de los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta, que de acuerdo con los datos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia fue levantada entre los días 2 de noviembre de 2017 y 4 de febrero de 2018. (MIDESO, 2017)

6.4 Unidad de Análisis

La investigación está orientada principalmente al análisis de las características sociales de aquellas personas que han estado en tratamiento médico por depresión, durante los 12 meses anteriores a la aplicación de la Encuesta CASEN 2017.

En el instrumento en cuestión se indica que la población objetivo de la encuesta corresponde a aquella que:

“(…) reside en viviendas particulares a lo largo del territorio nacional, excluyendo las áreas de difícil acceso definidas por el INE. Al interior de cada vivienda seleccionada, se entrevista a todos los hogares y a las personas que se declaran residentes habituales.” (MIDESO, 2018)

Considerando la temática de investigación, se utilizó para determinar a la unidad de análisis en específico, las respuestas positivas a la opción “Depresión” obtenidas en la pregunta s.28, que pedía indicar si, **“Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por...?”**

Además, es relevante indicar que, atendido al tenor de la extensión del presente estudio, solo se consideró en el análisis sólo a la población de la región Metropolitana.

Por tanto, la Unidad de análisis de la presente investigación corresponde a la:

“Población de la Región Metropolitana, que durante los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta CASEN 2017, se encontraban en tratamiento médico por depresión”

6.5 Tipo de muestra

Para efecto de la presente investigación se escogió una muestra de tipo **Probabilística**, en base de la información levantada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia a través de la encuesta CASEN que fue realizada en el país el año 2017, siendo utilizada, por tanto, la base de datos publicada por dicha institución.

La principal razón de utilizar una muestra probabilística versa en que en ella “todas las unidades, casos o elementos de la población tienen al inicio la misma probabilidad de ser escogidos para conformar la muestra y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño adecuado de la muestra, y por medio de una selección aleatoria de las unidades de muestreo” (Hernández & Mendoza , 2018, pág. 200)

6.6 Plan de análisis

Como se ha indicado previamente la investigación busca describir ciertas características de la población de la región Metropolitana que se encontraba en tratamiento médico por depresión, los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta CASEN 2017^b. Para efectos del análisis se seleccionó como muestra a

^b La información de la encuesta CASEN 2017 fue levantada entre los días 2 de noviembre de 2017 y 4 de febrero de 2018, siendo la muestra representativa a nivel nacional, por zona de residencia (urbana y rural) y por regiones.

todas las personas que indicaron encontrarse en tratamiento médico por depresión en el periodo de tiempo antes indicado, información contenida en la pregunta s28 del instrumento en cuestión.

Además, considerando el alcance de uno de los objetivos de la investigación, se utilizó como variable dicotómica y dependiente, aquella denominada en la CASEN como sexo, a fin de poder identificar las características de los hombres y mujeres, en relación con el resto de las variables utilizadas en el análisis.

Considerando la extensión y alcance del trabajo, solo serán analizadas algunas características de la población de la región Metropolitana que se encuentra en tratamiento por depresión, las que se derivaron de otras preguntas realizadas en la encuesta CASEN 2017, siendo condición para su selección que pudiesen ser asimiladas a algunos de los DSS indicados en el subtítulo 5.5 de este documento.

Los DSS utilizados serán a su vez relacionados con un factor de riesgo que se deriva de la caracterización negativa del mismo, en donde se observará principalmente si este afecta o no a la prevalencia de trastornos depresivos, de acuerdo con el porcentaje que represente de la muestra analizada.

Tabla N°3

Variables y factores de riesgo a considerar

| Variable Dependiente | TIPO DSS | Variable Independiente | TIPO DSS | Factor de Riesgo |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sexo | Estructural | | | Ser mujer |
| | | Zona de residencia | Estructural | Vivir en zonas urbanas |
| | | Etnia | Estructural | Pertenecer a pueblos indígenas |
| | | Nacionalidad | Estructural | Ser extranjero |

| | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|--|
| | Edad | Estructural | Ser Mayor de 60 años |
| | Discriminación | Intermedio, Psicosocial | Sentirse discriminado, el o alguien de su hogar. |
| | Pobreza por ingresos | Intermedio, recursos Materiales | Ser Pobre o Pobre extremo. |
| | Pobreza multidimensional | Intermedio, recursos Materiales | Ser Pobre |

Fuente: Elaboración propia.

A fin de graduar la influencia del factor de riesgo en el análisis final, se estable para el presente instrumento una escala de valoración, la que será contrastada con el resultado obtenido en las distintas variables analizadas, corresponde a esta escala lo siguiente:

Tabla N°3-1

Escala de valoración del factor de riesgo.

| Nivel de prevalencia | % requerido | Medición |
|----------------------|--------------|--|
| Baja | De 0 a 50% | -% obtenido por el factor de riesgo considerando toda la muestra. |
| Alta | De 51 a 100% | -Para medir la influencia en las mujeres se observará el % obtenido por ese grupo dentro del factor de riesgo. |

Para las variables de pobreza por ingresos y multidimensional se utilizará un criterio distinto, en donde se considera que es alta si se encuentra por sobre el porcentaje de esta misma categoría de la región Metropolitana.

Fuente: Elaboración propia.

Solo para efectos de contextualizar el análisis y en el entendido que la muestra representa un parte de un universo más grande, al inicio del título N°7 denominado Resultados de la Investigación, se señalaran algunos datos estadísticos y demográficos de la población del país y de la región Metropolitana.

7 Resultados de la investigación.

Los resultados de esta investigación se obtuvieron a través de análisis univariados y bivariados.

Para efecto de los análisis bivariados realizados y considerando que todas las variables revisadas son de naturaleza cualitativa (categórica), se elaboraron Tablas de Contingencia, realizando respecto de estas pruebas de Chi Cuadrado, con la finalidad de establecer la existencia de asociación entre las variables en análisis, determinado de esta forma si dicha asociación es estadísticamente significativa o no.

Se estableció como magnitud de error posible un 5%, debiendo indicar de antemano, que todas las asociaciones realizadas en la presente investigación arrojaron que las diferencias obtenidas eran estadísticamente significativas, en consideración a que la probabilidad de error fue inferior a 0,005 (5%). Esta información consta en el anexo acompañado al presente documento, por lo que en cuerpo del documento no se hará mención a dicha situación más allá de lo indicado en el presente párrafo.

7.1 Análisis demográfico (descriptivo) preliminar de la población de Chile, según datos de la encuesta CASEN 2017.

Como muestra la Tabla N°4, según datos de la encuesta CASEN 2017, Chile posee una población de 17.807.414 habitantes distribuida en 16 regiones, de los cuales un 40,6% vive en la Región Metropolitana con 7.223.236 personas, siendo secundada por la Región de Valparaíso con apenas un 10,4%, equivalente a 1.856.498 personas.

Tabla N°4

Datos demográficos de Población de Chile al 2017.

| Región | Población | | Zona | | | | Sexo | | | |
|---|-------------------|----------------|-------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | Total | | Urbano | | Rural | | Hombre | | Mujer | |
| | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % |
| Región de Tarapacá | 346.917 | 1,90% | 326.546 | 2,10% | 20.371 | 0,90% | 169.107 | 2,00% | 177.810 | 1,90% |
| Región de Antofagasta | 586.198 | 3,30% | 576.603 | 3,70% | 9.595 | 0,40% | 283.908 | 3,40% | 302.290 | 3,20% |
| Región de Atacama | 284.814 | 1,60% | 260.922 | 1,70% | 23.892 | 1,10% | 135.411 | 1,60% | 149.403 | 1,60% |
| Región de Coquimbo | 775.198 | 4,40% | 636.108 | 4,10% | 139.090 | 6,20% | 368.253 | 4,30% | 406.945 | 4,40% |
| Región de Valparaíso | 1.856.498 | 10,40% | 1.698.591 | 10,90% | 157.907 | 7,00% | 866.458 | 10,20% | 990.040 | 10,60% |
| Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins | 929.632 | 5,20% | 662.904 | 4,30% | 266.728 | 11,80% | 444.690 | 5,30% | 484.942 | 5,20% |
| Región del Maule | 1.047.293 | 5,90% | 707.626 | 4,60% | 339.667 | 15,00% | 506.595 | 6,00% | 540.698 | 5,80% |
| Región del Biobío | 1.625.099 | 9,10% | 1.435.711 | 9,20% | 189.388 | 8,40% | 765.442 | 9,00% | 859.657 | 9,20% |
| Región de La Araucanía | 999.730 | 5,60% | 678.142 | 4,40% | 321.588 | 14,20% | 474.680 | 5,60% | 525.050 | 5,60% |
| Región de Los Lagos | 882.790 | 5,00% | 629.535 | 4,00% | 253.255 | 11,20% | 421.335 | 5,00% | 461.455 | 4,90% |
| Región de Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo | 105.156 | 0,60% | 92.186 | 0,60% | 12.970 | 0,60% | 51.385 | 0,60% | 53.771 | 0,60% |
| Región de Magallanes y de la Antártica Chilena | 151.681 | 0,90% | 145.363 | 0,90% | 6.318 | 0,30% | 73.933 | 0,90% | 77.748 | 0,80% |
| Región Metropolitana de Santiago | 7.223.236 | 40,60% | 6.975.047 | 44,90% | 248.189 | 11,00% | 3.440.197 | 40,60% | 3.783.039 | 40,50% |
| Región de Los Ríos | 371.358 | 2,10% | 254.263 | 1,60% | 117.095 | 5,20% | 175.380 | 2,10% | 195.978 | 2,10% |
| Región de Arica y Parinacota | 161.015 | 0,90% | 145.282 | 0,90% | 15.733 | 0,70% | 78.308 | 0,90% | 82.707 | 0,90% |
| Región de Ñuble | 460.799 | 2,60% | 325.457 | 2,10% | 135.342 | 6,00% | 214.629 | 2,50% | 246.170 | 2,60% |
| Total | 17.807.414 | 100,00% | 15.550.286 | 100,00% | 2.257.128 | 100,00% | 8.469.711 | 100,00% | 9.337.703 | 100,00% |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

De los datos expuestos es posible observar, que existen grandes diferencias en lo que respecta a la distribución de la población a lo largo del país, ya que al contrario de los que sucede en la región Metropolitana, existen 10 regiones que concentran apenas el 23,3% del total de los habitantes de éste, cada una de ellas con porcentajes inferiores al 5% de la población nacional.

Así mismo, del total de la población se observa que un 87,3% de las personas viven en zonas urbanas, con un total de 15.550.286 personas, mientras que sólo un 12,4% habitan en zonas rurales con un total de 2.257.128 personas, siendo la región del Maule con un 15% y la Araucanía con un 14,20% las que concentran la mayor población rural. Por otro lado, en las zonas urbanas, se repite la lógica de distribución de población del territorio nacional, en donde la región Metropolitana concentra un total de 6.975.047 personas, equivalente a un 44,9% de toda la población la que habita en un 2% de toda la superficie del territorio.

Respecto del número de mujeres y hombre que habita en el país, se observa que predomina el género femenino con un 52,4% de la población, equivalente a 9.337.703 de personas, por sobre la población masculina que alcanza un 47,6% de ésta con 3.440.197 de personas.

7.2 Población de la Región Metropolitana, según datos de la encuesta CASEN 2017.

La región Metropolitana es una de las 16 regiones de Chile, en donde se ubica la ciudad de Santiago capital del país, esta concentra como observamos en la Tabla N°3, más de 7 millones de personas, equivalente al 40,6% de la población nacional,

las que se distribuyen en el territorio principalmente en la zona urbana, con un 96,60% y donde apenas un 3,40% de la población habita en una de las 18 comunas rurales de la región.

Tabla N°5

Tabla de contingencia por Sexo y zona, Región Metropolitana.

| | | Sexo | | |
|--------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|
| | | Hombre | Mujer | Total |
| Zona Urbano | Recuento | 3.315.756 | 3.659.291 | 6.975.047 |
| | % dentro de Zona | 47,50% | 52,50% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 96,40% | 96,70% | 96,60% |
| Rural | Recuento | 124.441 | 123.748 | 248.189 |
| | % dentro de Zona | 50,10% | 49,90% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 3,60% | 3,30% | 3,40% |
| Total | Recuento | 3.440.197 | 3.783.039 | 7.223.236 |
| | % dentro de Zona | 47,60% | 52,40% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Respecto de la variable cualitativa sexo es posible observar que habitan en la región Metropolitana más mujeres que hombres, las primeras con un 52,4% de la población y los segundos con un 47,6% de los habitantes de la región, realidad que se expresa en términos similares en la zona urbana, no así en la zona rural donde la diferencia se estrecha y cambia la mayoría en favor de los hombres con un 50,10%, quedando las mujeres en segundo lugar con un 49,90% de la población.

Ahora, si analizamos la distribución por tramo de edad de la población de la región Metropolitana, es posible apreciar que existe una distribución similar entre cada uno de los grupos, en donde los menores de 0 a 17 años tienen una mayor representatividad con 1.698.618 personas equivalente a un 23,50% de estas; en los siguientes dos tramos, correspondientes a aquellos que tienen entre 18 y 29, así como aquellos que se encuentran entre los 30 y 44 años, es posible observar que la población bordea el 20% en cada uno de los grupos, equivalente a 1.484.568.- y 1.446.225.- personas respectivamente; sobre los 45 años la población disminuye paulatinamente, representando el grupo de entre 45 y 59 años un 18,50% de la población; por último el grupo etario que posee menor población es la compuesta por personas mayores de 60 años, las que representan un 17,40% del total de la población de la región, como muestra la Tabla N° 6.

Tabla N°6

Tabla de Contingencia según sexo y tramos de edad, región Metropolitana.

| | | Sexo | | Total | |
|---------------------------|----------------------|-----------------------------|---------|---------|------------------|
| | | Hombre | Mujer | | |
| Edad según tramos de edad | 0 a 17 años | Recuento | 885.267 | 813.351 | 1.698.618 |
| | | % dentro de Edad por tramos | 52,10% | 47,90% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 25,70% | 21,50% | 23,50% |
| | 18 a 29 años | Recuento | 745.337 | 739.231 | 1.484.568 |
| | | % dentro de Edad por tramos | 50,20% | 49,80% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 21,70% | 19,50% | 20,60% |
| | 30 a 44 años | Recuento | 677.846 | 768.379 | 1.446.225 |
| | | % dentro de Edad por tramos | 46,90% | 53,10% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 19,70% | 20,30% | 20,00% |
| | 45 a 59 años | Recuento | 606.123 | 731.906 | 1.338.029 |
| | | % dentro de Edad por tramos | 45,30% | 54,70% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 17,60% | 19,30% | 18,50% |
| | 60 años o más | Recuento | 525.624 | 730.172 | 1.255.796 |
| | | % dentro de Edad por tramos | 41,90% | 58,10% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 15,30% | 19,30% | 17,40% |

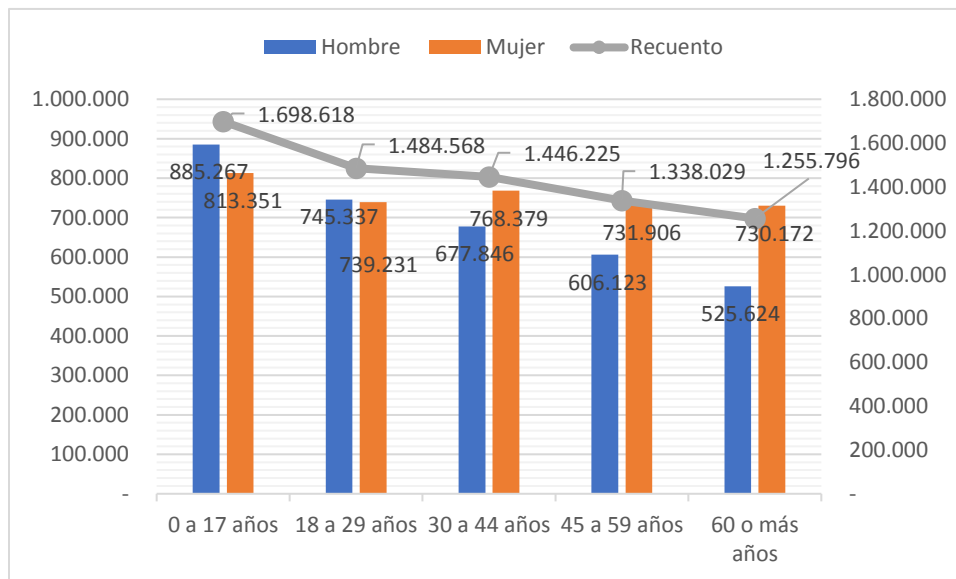
| | | | | |
|--------------|-----------------------------|-----------|-----------|------------------|
| Total | Recuento | 3.440.197 | 3.783.039 | 7.223.236 |
| | % dentro de Edad por tramos | 47,60% | 52,40% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

En lo que respecta a la distribución por sexo, se observa que se revierte la preponderancia de la población femenina en las generaciones más jóvenes, situación contraria a lo que se muestra en los tramos con personas de edad más avanzada en donde las mujeres representan el mayor porcentaje de la población; en el grupo etario de entre 18 y 29 años se provoca un empate técnico, en donde las mujeres alcanzaron un 49,80% de la población equivalente a 739.231 y los hombres un 50,20% con 745.337 personas, como muestra la Figura N° 9.

Figura N°9

Gráfico según sexo y tramos de edad.



Fuente: Elaboración propia, según CASEN 2017.

Además, en términos generales, el menor número de hombres se registra en el grupo etario de más de 60 años con 525.624 personas, los que representan un 7,28% de toda la población de la región, encontrándose el menor número de mujeres entre los 0 y 17 años con 813.351 personas equivalente a 11,26% de la población.

Respecto de otras características de la población de la región Metropolitana, tales como nacionalidad, etnia, sensación de discriminación o pobreza, sólo expondremos una tabla a modo de resumen, donde no se describirá los datos obtenidos.

Tabla N°7

Frecuencia por etnia, nacionalidad, sensación de discriminación y pobreza de la población de la región Metropolitana.

| | | Totales | Sexo | | | |
|--|---------------------------------------|------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | | | Hombre | | Mujer | |
| | | | Recuento | % fila | Recuento | % fila |
| r3. Pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? | Pertenece a un pueblo indígena | 488.864 | 224.825 | 46,00% | 264.039 | 54,00% |
| | % columna | 6,77% | 6,54% | | 6,98% | |
| | No pertenece a ningún pueblo indígena | 6.728.946 | 3.213.128 | 47,80% | 3.515.818 | 52,20% |
| | % columna | 93,16% | 93,40% | | 92,94% | |
| | No sabe/no responde | 5.426 | 2.244 | 41,40% | 3.182 | 58,60% |
| | % columna | 0,08% | 0,07% | | 0,08% | |
| | Total | 7.223.236 | 3.440.197 | 47,63% | 3.783.039 | 52,37% |
| r1a. ¿Cuál es la nacionalidad? | Chilena (Exclusiva) | 6.613.709 | 3.137.884 | 47,40% | 3.475.825 | 52,60% |
| | % columna | 91,56% | 91,21% | | 91,88% | |
| | Chilena y otra (Doble nacionalidad) | 82.529 | 39.703 | 48,10% | 42.826 | 51,90% |
| | % columna | 1,14% | 1,15% | | 1,13% | |
| | Otra nacionalidad. | 526.998 | 262.610 | 49,80% | 264.388 | 50,20% |

| | | | | | | |
|--|--------------------|------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | % columna | 7,30% | 7,63% | | 6,99% | |
| | Total | 7.223.236 | 3.440.197 | 47,63% | 3.783.039 | 52,37% |
| r9s. No ha sido tratado injustamente o discriminado* | No | 426.835 | 223.028 | 52,30% | 203.807 | 47,70% |
| | % columna | 18,63% | 16,94% | | 20,92% | |
| | Sí | 1.863.842 | 1.093.523 | 58,70% | 770.319 | 41,30% |
| | % columna | 81,37% | 83,06% | | 79,08% | |
| | Total | 2.290.677 | 1.316.551 | 57,47% | 974.126 | 42,53% |
| Situación de pobreza por ingresos* | Pobres extremos | 110.071 | 50.557 | 45,90% | 59.514 | 54,10% |
| | % columna | 1,53% | 1,47% | | 1,58% | |
| | Pobres no extremos | 277.186 | 119.912 | 43,30% | 157.274 | 56,70% |
| | % columna | 3,84% | 3,49% | | 4,17% | |
| | No pobres | 6.821.904 | 3.269.032 | 47,90% | 3.552.872 | 52,10% |
| | % columna | 94,63% | 95,04% | | 94,25% | |
| | Total | 7.209.161 | 3.439.501 | 47,71% | 3.769.660 | 52,29% |
| Situación de pobreza multidimensional con entorno y redes (5 dimensiones) * | No pobre | 5.556.425 | 2.629.910 | 47,30% | 2.926.515 | 52,70% |
| | % columna | 80,02% | 79,40% | | 80,59% | |
| | Pobre | 1.387.116 | 682.337 | 49,20% | 704.779 | 50,80% |
| | % columna | 19,98% | 20,60% | | 19,41% | |
| | Total | 6.943.541 | 3.312.247 | 47,70% | 3.631.294 | 52,30% |

Fuente: Elaboración propia, según CASEN 2017.

7.3 Población de la región Metropolitana que se encuentra en tratamiento por Depresión.

Para realizar esta investigación se consideró sólo a la población de la región Metropolitana, que frente la pregunta de la encuesta CASEN 2017, “Durante los últimos 12 meses ¿Ha estado en tratamiento médico por...?”, respondió haber estado en tratamiento por Depresión (s.28).

La pregunta en cuestión contaba con 23 opciones entre las que se encontraban las alternativas, “no ha estado en tratamiento”, “no sabe o no responde” y una serie de enfermedades que se podían escoger, siendo respondida ésta por el 100% de la población a nivel nacional. Es importante destacar a su vez, que el instrumento solo permitía marcar una única alternativa, la que debía corresponder al tratamiento

principal al que estaba o estuvo sometiendo el encuestado en el periodo de tiempo señalado, razón por la cual, se debe tener en consideración la posibilidad de que exista un número indeterminado de casos que no es posible observar, al ser subsumidos por otras enfermedades que se identificaron como principales.

Las respuestas obtenidas en la pregunta en cuestión, respecto de la región Metropolitana se reflejan en la Tabla N°8, donde se observa que un 75% de los encuestados indica, no estar o haber estado, en tratamiento por ninguna condición de salud en los últimos 12 meses.

Los que contestaron afirmativamente a esta pregunta, indicaron que principalmente estuvieron en tratamiento médico por **Hipertensión arterial** con un 8,6%, por **algún tratamiento distinto** a las alternativas entregadas en el instrumento con un 6,1%, por **diabetes** en un 4,2% y encontrándose en cuarto lugar aquellas personas que estuvieron en tratamiento médico principalmente por **depresión** con un 1,4% equivalente a 100.237 personas; siendo estos últimos la muestra y unidad de análisis de la investigación en curso. Ahora si se consideran solo aquellas personas que indican estar en tratamiento médico, el 1,4% indicado para los tratamientos por depresión tiene una equivalencia al 5,7 de todas las personas en tratamiento.

Para efectos del análisis se asimilará el concepto de “persona en tratamiento por depresión” con “persona con depresión”, asciendo referencia a un mismo individuo y situación inequívocamente.

Tabla N°8

Tabla de Frecuencias pregunta s.28. Durante los últimos 12 meses ¿Ha estado en tratamiento médico por?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--|------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Hipertensión arterial | 621.485 | 8,6 | 8,6 | 8,6 |
| | Otra condición de salud | 442.672 | 6,1 | 6,1 | 14,7 |
| | Diabetes | 300.013 | 4,2 | 4,2 | 18,9 |
| | Depresión | 100.237 | 1,4 | 1,4 | 20,3 |
| | Asma bronquial moderada o grave | 92.256 | 1,3 | 1,3 | 21,6 |
| | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 34.920 | 0,5 | 0,5 | 22,1 |
| | Urgencia odontológica | 27.055 | 0,4 | 0,4 | 22,5 |
| | Infarto agudo al miocardio | 24.618 | 0,3 | 0,3 | 22,8 |
| | Cáncer de mama | 17.573 | 0,2 | 0,2 | 23 |
| | Cataratas | 13.735 | 0,2 | 0,2 | 23,2 |
| | Insuficiencia renal Crónica terminal | 12.316 | 0,2 | 0,2 | 23,4 |
| | Cáncer de próstata | 11.036 | 0,2 | 0,2 | 23,6 |
| | Cáncer cérvico uterino | 9.470 | 0,1 | 0,1 | 23,7 |
| | | 9.318 | 0,1 | 0,1 | 23,8 |
| | Lupus | 8.461 | 0,1 | 0,1 | 23,9 |
| | Trastorno bipolar | 7.984 | 0,1 | 0,1 | 24 |
| | Cáncer gástrico | 4.783 | 0,1 | 0,1 | 24,1 |
| | Leucemia | 4.572 | 0,1 | 0,1 | 24,2 |
| | Cáncer de testículo | 2.877 | 0 | 0 | 24,2 |
| | Cáncer colorectal | 2.253 | 0 | 0 | 24,2 |
| | Colecistectomía preventiva | 2.025 | 0 | 0 | 24,2 |
| | No ha estado en tratamiento por ninguna condición de salud | 5.419.678 | 75 | 75 | 99,2 |

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------------|------------|-------------------|----------------------|
| No sabe/No recuerda | 53.899 | 0,7 | 0,7 | 100 |
| Total | 7.223.236 | 100 | 100 | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Como dato adicional, es relevante indicar que de todas las personas que indicaron encontrarse en tratamiento por depresión a nivel nacional un 44,86% corresponde a población de la región Metropolitana de acuerdo con los datos extraídos de la encuesta CASEN 2017.

7.4 Caracterización de la población que declaró encontrarse en tratamiento médico por depresión, según encuesta CASEN 2017.

En este apartado se realizará una descripción de diversas características que posee la población de la región Metropolitana que se encontraba en tratamiento por depresión en los 12 meses anteriores de la aplicación de la encuesta CASEN 2017 y que fueron previamente seleccionadas en consideración a su asimilación con algún DSS. Además, cada uno de los subtítulos utilizará como variable dependiente al sexo, a fin de establecer a que grupo de la población asociado a la variable afecta el DSS.

7.4.1 Población en tratamiento por depresión según su lugar de residencia, nacionalidad y pertenencia a un pueblo indígena.

De acuerdo con los datos analizados y que se expresan en la Tabla N°9, no se observa mayor influencia de la **nacionalidad** respecto de aquellos que declararon estar bajo tratamiento médico por depresión, debiendo destacar que el número de

encuestados extranjeros sólo alcanzo a un 0,89% de la muestra equivalente a 896 personas. Por otra parte, en relación con la composición por sexo de este grupo, se observa una preponderancia de mujeres con un 74,40% de la muestra general, con un total de 74.582 personas bajo esta característica, por sobre los hombres que solo representan un 25,60% de la muestra con 25.709 personas.

Tabla N°9

Tabla de Contingencia por sexo y zona en que vive la población en tratamiento.

| | | | Sexo | | Total | % |
|--|--------------------|------------------|--------|--------|---------|--------|
| | | | Hombre | Mujer | | |
| Chilena (Exclusiva) | Zona Urbano | Recuento | 25.316 | 70.901 | 96.217 | |
| | | % dentro de Zona | 26,30% | 73,70% | 100,00% | |
| | Rural | Recuento | 226 | 2.116 | 2.342 | |
| | | % dentro de Zona | 9,60% | 90,40% | 100,00% | |
| | Total | Recuento | 25.542 | 73.017 | 98.559 | 98,33% |
| | | % dentro de Zona | 25,90% | 74,10% | 100,00% | |
| Chilena y otra (Doble nacionalidad) | Zona Urbano | Recuento | 62 | 720 | 782 | |
| | | % dentro de Zona | 7,90% | 92,10% | 100,00% | |
| | Total | Recuento | 62 | 720 | 782 | 0,78% |
| | | % dentro de Zona | 7,90% | 92,10% | 100,00% | |
| Otra nacionalidad. Especifique país | Zona Urbano | Recuento | 105 | 791 | 896 | |
| | | % dentro de Zona | 11,70% | 88,30% | 100,00% | |
| | Total | Recuento | 105 | 791 | 896 | 0,89% |
| | | % dentro de Zona | 11,70% | 88,30% | 100,00% | |
| Total | Zona Urbano | Recuento | 25.483 | 72.412 | 97.895 | 97,66% |
| | | % dentro de Zona | 26,00% | 74,00% | 100,00% | |
| | Rural | Recuento | 226 | 2.116 | 2.342 | 2,34% |
| | | % dentro de Zona | 9,60% | 90,40% | 100,00% | |
| | Total | Recuento | 25.709 | 74.528 | 100.237 | 100% |
| | | % dentro de Zona | 25,60% | 74,40% | 100,00% | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Situación similar se produce respecto de las personas que habitan en zonas rurales, en donde sólo un 2,34% de estas (2.342) viven en dicho lugar, concentrándose la mayoría de la población en las zonas urbanas con un 97,66%, equivalente a 97.895 personas.

Como se indicó anteriormente el porcentaje promedio de mujeres de la muestra en tratamiento por depresión es de un 74,40%, no obstante, este no se mantiene constante entre las distintas categorías. De esta forma respecto de los nacionales se observa que en las zonas rurales el porcentaje de mujeres con depresión aumenta a un 90,40% y solo en la zona urbana se registra un porcentaje de representación menor al promedio con un 73,70% del total de habitantes de dicho lugar. Misma situación se repite respecto de los chilenos con más de una nacionalidad que viven en zonas urbanas, en donde las mujeres con depresión corresponden a un 92,10% y en el grupo de extranjeros, en donde un 88,30% son mujeres.

Respecto de la **pertenencia a un pueblo originario**, podemos observar que dentro de los casos analizados en la Tabla N°10, el mayor número de encuestados indica no pertenecer a ningún pueblo originario de los indicados en el instrumento, correspondiendo estos a 94.601 personas equivalentes a un 94,40% de la muestra. De esta forma sólo un 5,50% de los encuestados declara pertenecer o ser descendiente de algún pueblo indígena reconocido por el estado, siendo necesario destacar, que todas las respuestas obtenidas corresponden a personas que se identifican con el pueblo mapuche, no presentándose respuestas respecto del resto de los pueblos señalados en la pregunta r3 de la encuesta CASEN 2017 que indica: “En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿Pertenece usted o es

descendiente de alguno de ellos?”, asciendo referencia a los siguientes pueblos: 1) Aimara; 2) Rapa-Nui o Pascuense; 3) Quechua; 4) Mapuche; 5) Atacameño (Likan-Antal);6) Collas; 7) Kawashlar o Alacalufes; 8) Yámana o Yagán; y, 9) Diaguita.

Tabla N°10

Tabla de Contingencia por sexo y pertenencia a pueblo indígena de la población en tratamiento (o descendencia).

| | | Sexo | | |
|--|---|---------|---------|---------|
| | | Hombre | Mujer | Total |
| Mapuche | Recuento | 510 | 4.987 | 5.497 |
| | % dentro de r3. Pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? | 9,30% | 90,70% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 2,00% | 6,70% | 5,50% |
| No pertenece a ningún pueblo indígena | Recuento | 25.199 | 69.402 | 94.601 |
| | % dentro de r3. Pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? | 26,60% | 73,40% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 98,00% | 93,10% | 94,40% |
| No sabe/no responde | Recuento | - | 139 | 139 |
| | % dentro de r3. Pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? | 0,00% | 100,00% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 0,00% | 0,20% | 0,10% |
| Total | Recuento | 25.709 | 74.528 | 100.237 |
| | % dentro de r3. Pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? | 25,60% | 74,40% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Ahora, si observamos la composición de la población que pertenece o desciende de un pueblo indígena, podemos concluir que existe una mayor prevalencia de mujeres en tratamiento por depresión, en donde representan 90,70% del grupo porcentaje

superior al promedio de mujeres que se declaró estar bajo tratamiento por depresión sin distinción de origen, diferencia que asciende a 16,3 puntos porcentuales.

7.4.2 Población en tratamiento de depresión por tramos de edad.

Para el análisis de este apartado, se utilizó la misma estructura de tramos utilizada en el subtítulo 7.2 del presente documento.

De acuerdo con la investigación en curso, el tramo de edad en el que se concentra la mayor cantidad de personas bajo tratamiento por depresión corresponde a aquellos que poseen entre los 45 y 59 años, con un 28,7% del total de la muestra, siendo secundados por las personas de entre 30 y 44 años con un 25,9%, porcentajes que al ser sumados ascienden a más del cincuenta por ciento de la población con depresión, con un 54,6% de ella, como se indica en la Tabla N°11.

Tabla N°11

Tabla de Contingencia según sexo y tramos de edad de la población en tratamiento.

| | | Sexo | | | |
|----------------------------------|---------------------|---------------------------------------|--------|--------|---------|
| | | Hombre | Mujer | Total | |
| Edad según tramos de edad | 0 a 17 años | Recuento | 4.160 | 3.827 | 7.987 |
| | | % dentro de Edad según tramos de edad | 52,10% | 47,90% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 16,20% | 5,10% | 8,00% |
| | 18 a 29 años | Recuento | 7.219 | 12.493 | 19.712 |
| | | % dentro de Edad según tramos de edad | 36,60% | 63,40% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 28,10% | 16,80% | 19,70% |
| | 30 a 44 años | Recuento | 4.828 | 21.105 | 25.933 |
| | | % dentro de Edad según tramos de edad | 18,60% | 81,40% | 100,00% |
| | | % dentro de Sexo | 18,80% | 28,30% | 25,90% |

| | | | | |
|----------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| 45 a 59 años | Recuento | 4.624 | 24.136 | 28.760 |
| | % dentro de Edad según tramos de edad | 16,10% | 83,90% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 18,00% | 32,40% | 28,70% |
| 60 o más años | Recuento | 4.878 | 12.967 | 17.845 |
| | % dentro de Edad según tramos de edad | 27,30% | 72,70% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 19,00% | 17,40% | 17,80% |
| Total | Recuento | 25.709 | 74.528 | 100.237 |
| | % dentro de Edad según tramos de edad | 25,60% | 74,40% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

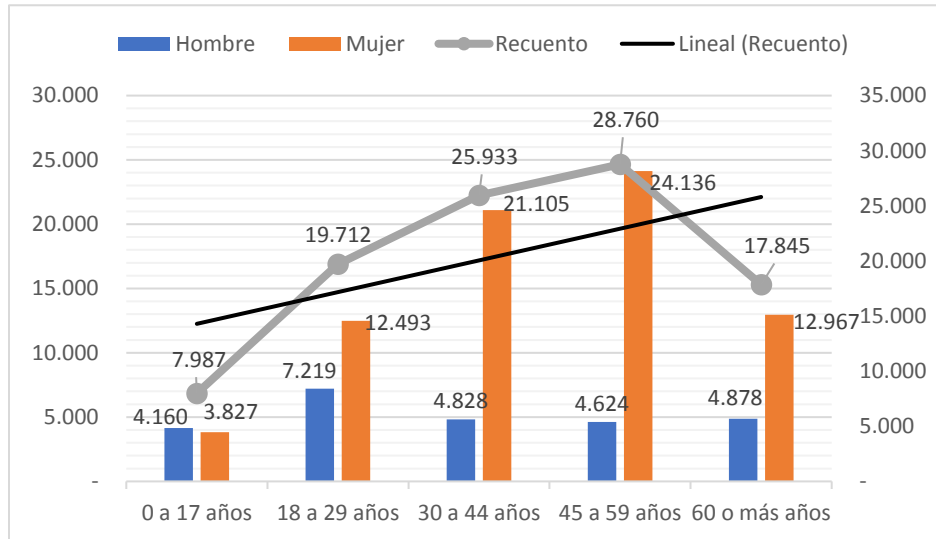
Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

En relación con el sexo de las personas, se da en general la constante de que el sexo femenino predomina en cuanto a los casos de personas bajo tratamiento médico, esto es en cuatro de los cinco grupos etarios establecidos, promediando un 74.4% de los encuestados, en donde la cantidad de mujeres de la mayoría de los tramos es superior al 70% en cada uno de ellos (3 de 5). Verificándose sólo porcentajes inferiores en las personas de 18 a 29 años con un 63,40% y en el grupo de menores de 17 años, en donde las mujeres solo representan el 47,90% de las personas del tramo, como lo muestra la Figura N°11.

En general la prevalencia de casos con depresión entre las mujeres es mayor al de los hombres, observándose los porcentajes más elevando en el grupo de 45 a 59 años con un 83,90%, siendo seguido muy de cerca por el grupo de entre 30 y 44 años con 81,40%. En el resto de los grupos el porcentaje disminuye por bajo del promedio de toda la muestra, pero, aún con porcentajes significativos en el tramo de personas con más de 60 o más años, en donde alcanza un 72,70% de los casos.

Figura N°10

Gráfico según sexo y tramos de edad.



Fuente: Elaboración propia, según CASEN 2017.

7.4.3 Discriminación

Uno de los determinantes sociales que puede estar estrechamente vinculado con la salud mental es la discriminación, siendo este un DSS intermedio psicosocial, considerado por muchos años como una de las causas del porqué, las personas con sintomatología asociada a problemas mentales no exteriorizaban su necesidad de atención médica, esto atribuido muchas veces al miedo que les causaba el ser tratado de forma diferente por su condición o alguna situación que pudiesen vivir.

A si mismo la presencia de actos discriminatorios en otras dimensiones de la vida, pueden derivar en la incubación y fortalecimiento de factores de riesgo asociados a enfermedades de naturaleza mental, en consideración a que afectan la sensibilidad de las personas, la autoestima y por tanto su estabilidad emocional y psíquica.

En consideración a lo indicado, y a la importancia que puede tener este DSS como indicador de problemas de salud mental es que, utilizando la pregunta r9 de la encuesta CASEN 2017, que indica: **Durante los últimos 12 meses. ¿Usted o alguien de su hogar ha sido tratado injustamente o discriminado, fuera de su hogar debido a?**, se mostrará la percepción que poseen bajo este respecto las personas bajo tratamiento de depresión, ya sea por situaciones vividas por ellos o su familia cercana, ante actitudes injustas o discriminatorias. cuyos resultados que se muestran en el Tabla N°12.

Respecto de la pregunta utilizada es importante indicar que ésta fue contestada solo por 41.696 personas con tratamiento por depresión, no obstante, se permitía la selección múltiple de alternativas, por lo que el número de respuestas válidas obtenidas de todo el ejercicio difiere del número total de la muestra, correspondiendo el número 41.696 el total de preguntas validas por alternativa.

Tabla N°12

Tabla de frecuencia, pregunta r9: Durante los últimos 12 meses. ¿Usted o alguien de su hogar ha sido tratado injustamente o discriminado, fuera de su hogar debido a?

| Discriminación | Sexo | | | | Personas que contestaron | % | |
|-------------------------------|----------|--------------|----------|--------------|--------------------------|--------|-------|
| | Hombre | | Mujer | | | | |
| | Recuento | % de hombres | Recuento | % de mujeres | | | |
| r9a. Nivel socioeconómico | No | 9.120 | 24,20% | 28.640 | 75,80% | 37.760 | 90,56 |
| | Sí | 1.273 | 32,30% | 2.663 | 67,70% | 3.936 | 9,44 |
| r9b. Por ser mujer/ser hombre | No | 10.035 | 26,60% | 27.758 | 73,40% | 37.793 | 90,64 |
| | Sí | 358 | 9,20% | 3.545 | 90,80% | 3.903 | 9,36 |

| | | | | | | | |
|--|----|--------|--------|--------|---------|--------|-------|
| r9c. Por su estado civil | No | 10.290 | 24,90% | 31.092 | 75,10% | 41.382 | 99,25 |
| | Sí | 103 | 32,80% | 211 | 67,20% | 314 | 0,75 |
| r9d. Por su ropa | No | 9.874 | 25,10% | 29.429 | 74,90% | 39.303 | 94,26 |
| | Sí | 519 | 21,70% | 1.874 | 78,30% | 2.393 | 5,74 |
| r9e. Por su color de piel | No | 10.393 | 25,20% | 30.924 | 74,80% | 41.317 | 99,09 |
| | Sí | - | 0,00% | 379 | 100,00% | 379 | 0,91 |
| r9f. Por ser extranjero | No | 10.350 | 25,00% | 31.079 | 75,00% | 41.429 | 99,36 |
| | Sí | 43 | 16,10% | 224 | 83,90% | 267 | 0,64 |
| r9g. Por su edad | No | 9.913 | 24,70% | 30.191 | 75,30% | 40.104 | 96,18 |
| | Sí | 480 | 30,20% | 1.112 | 69,80% | 1.592 | 3,82 |
| r9h. Por su orientación sexual o identidad de género | No | 10.108 | 24,40% | 31.273 | 75,60% | 41.381 | 99,24 |
| | Sí | 285 | 90,50% | 30 | 9,50% | 315 | 0,76 |
| r9i. Por tener tatuajes, piercing, perforaciones o expansiones | No | 10.211 | 25,00% | 30.564 | 75,00% | 40.775 | 97,79 |
| | Sí | 182 | 19,80% | 739 | 80,20% | 921 | 2,21 |
| r9j. Por su apariencia física | No | 9.955 | 24,80% | 30.261 | 75,20% | 40.216 | 96,45 |
| | Sí | 438 | 29,60% | 1.042 | 70,40% | 1.480 | 3,55 |
| r9k. Por sus creencias o religión | No | 10.133 | 25,30% | 29.868 | 74,70% | 40.001 | 95,93 |
| | Sí | 260 | 15,30% | 1.435 | 84,70% | 1.695 | 4,07 |
| r9l. Por su ideología u opinión política | No | 10.021 | 24,80% | 30.326 | 75,20% | 40.347 | 96,76 |
| | Sí | 372 | 27,60% | 977 | 72,40% | 1.349 | 3,24 |
| r9m. Por participar o no en sindicatos u organizaciones gremiales | No | 10.229 | 24,90% | 30.873 | 75,10% | 41.102 | 98,58 |
| | Sí | 164 | 27,60% | 430 | 72,40% | 594 | 1,42 |
| r9n. Por el lugar donde vive | No | 10.050 | 25,30% | 29.615 | 74,70% | 39.665 | 95,13 |
| | Sí | 343 | 16,90% | 1.688 | 83,10% | 2.031 | 4,87 |
| r9o. Por el establecimiento donde estudió | No | 9.668 | 24,00% | 30.625 | 76,00% | 40.293 | 96,64 |
| | Sí | 725 | 51,70% | 678 | 48,30% | 1.403 | 3,36 |

| | | | | | | | |
|--|----|--------|--------|--------|---------|--------|-------|
| r9p. Por pertenecer a un pueblo indígena | No | 10.393 | 25,00% | 31.173 | 75,00% | 41.566 | 99,69 |
| | Sí | - | 0,00% | 130 | 100,00% | 130 | 0,31 |
| r9q. Por su condición de salud o discapacidad | No | 9.378 | 24,30% | 29.137 | 75,70% | 38.515 | 92,37 |
| | Sí | 1.015 | 31,90% | 2.166 | 68,10% | 3.181 | 7,63 |
| r9r. Por otro motivo | No | 9.691 | 24,40% | 29.974 | 75,60% | 39.665 | 95,13 |
| | Sí | 702 | 34,60% | 1.329 | 65,40% | 2.031 | 4,87 |
| r9s. No ha sido tratado injustamente o discriminado | No | 4.024 | 28,40% | 10.168 | 71,60% | 14.192 | 34,04 |
| | Sí | 6.369 | 23,20% | 21.135 | 76,80% | 27.504 | 65,96 |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

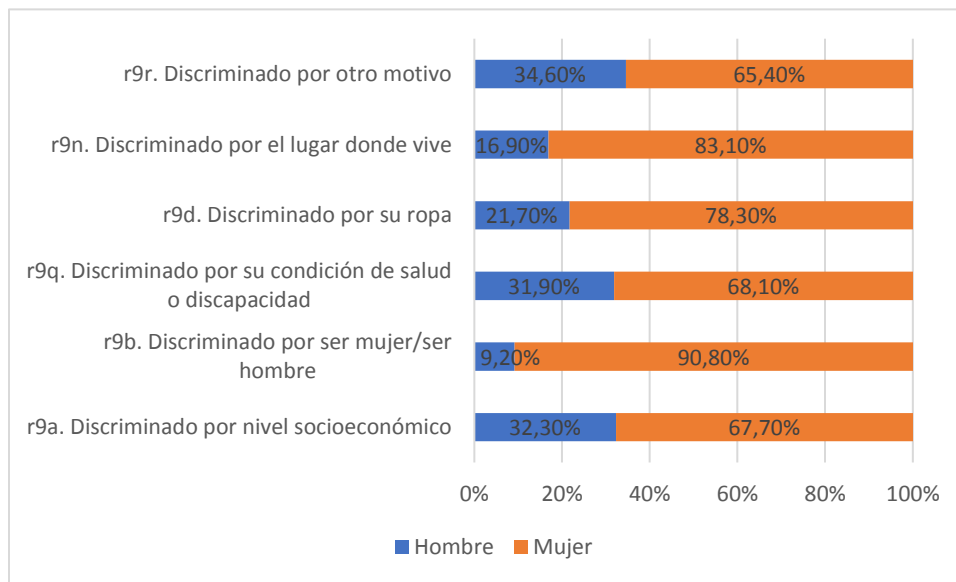
Como se muestra en la Tabla N° 12, un 34,04% de las personas que han estado en tratamiento por depresión, afirman haber sido víctima el o alguien de su hogar, de alguna acción injusta o discriminatoria, de las cuales 71,60% corresponden a mujeres versus un 28,40% de hombres que se consideran en la misma situación.

Al analizar las distintas causales indicadas en las respuestas recibidas se observa que se encuentran dentro de las primeras cinco preferencias las siguientes alternativas: **1) Discriminación por nivel socioeconómico** con 3.936 personas que eligieron esta opción, en donde 67,70% son mujeres y un 32,30% son hombres; **2) Discriminación por ser hombre o mujer** con 3.903 personas que eligieron esta opción, en donde 90,80% son mujeres y un 9,20% son hombres; **3) Discriminación por su condición de salud o discapacidad** con 3.181 personas que eligieron esta opción, en donde 68,10% son mujeres y un 31,90% son hombres; **4) Discriminación por su ropa** con 2.393 personas que eligieron esta opción, en donde 78,30% son mujeres y un 21,70% son hombres; y, en la quinta posición se encuentran **5) Discriminación por el lugar donde vive** con 2.031 personas que eligieron esta

opción, en donde 83,10% son mujeres y un 16,90% son hombres y **5) Discriminación por otro motivo** con 2.031 personas que eligieron esta opción, en donde 65,40% son mujeres y un 34,60% son hombres, como se muestra en la Figura N°11

Figura N°11

Ranking de preferencias ante actos por tratos injustos y discriminatorios.



Fuente: Elaboración propia, según CASEN 2017.

7.4.4 Pobreza de ingresos y multidimensional en 5 dimensiones.

La pobreza como fenómeno social, es en general una preocupación constante de la mayoría de los países y autoridades del mundo, en consideración a que su existencia genera dificultades no sólo para cubrir necesidades básicas, sino que es un impedimento para que las personas escojan la vida que quieren y desean vivir.

De esta forma el combate de ella es por esencia complejo, ya que posee más de una dimensión, lo que implica mantener abiertos diferentes flancos a la vez; la

pobreza no sólo es carecer de recursos económicos, sino que puede implicar la falta de otras condiciones de vida, tales como la vivienda, la salud o la educación. De esta forma la medición de la pobreza se considera relevante en el estudio de los DSS al englobar a otros DSS en su construcción, razón por la a través de este apartado se realizará un somero acercamiento a la pobreza de su dimensión ingreso y multidimensional en 5 dimensiones, respecto de las personas que se encuentran en un tratamiento por depresión de acuerdo con los datos que entrega la encuesta CASEN 2017.

La encuesta CASEN 2017 mide la **pobreza** en primer lugar a través del **ingreso** disponible del hogar, excluyendo las transferencias sociales en especies y las ganancias inesperadas. Bajo este respecto y en consideración a las personas que indicaron encontrarse en tratamiento por depresión, se observa que en general un 94,10% de la población en estudio es considerada como no pobre, esto implica que per cápita posee ingresos por sobre los \$158.145.-, como se muestra en la Tabla N°13. Dentro de la muestra se observa que un 4,90% es considerado como pobre no extremo, esto es que recibe más de \$105.430.- y menos o igual a \$158.145.- per cápita, en donde un 70,60% son mujeres y un 29,40% son hombres.

Ahora, respecto de aquellos que per cápita reciben menos o igual a \$105.430.-, o sea aquellos que están bajo la línea de la pobreza extrema, se observa que sólo un 1% de la población de la región, que se encuentra bajo tratamiento médico se considera pobre extremo, destacando que el 100% de los encuestados que se encuentran bajo la condición indicada son mujeres.

El porcentaje de pobres no extremos sumados a los extremos, obtenidos de la muestra, esto es 5,9%, es inferior al porcentaje de pobres extremos y pobres no

extremos a nivel nacional, que corresponde a un 12,7%, pero superior al de la región Metropolitana, que corresponde a 5,4%, de acuerdo con los datos aportados por la encuesta CASEN 2017.

Tabla N°13

Tabla de contingencia según pobreza por ingresos según sexo.

| | | Sexo | | Total |
|---------------------------|---|---------|---------|---------|
| | | Hombre | Mujer | |
| Pobres extremos | Recuento | - | 1.006 | 1.006 |
| | % dentro de Situación de pobreza por ingresos | 0,00% | 100,00% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 0,00% | 1,30% | 1,00% |
| Pobres no extremos | Recuento | 1.447 | 3.476 | 4.923 |
| | % dentro de Situación de pobreza por ingresos | 29,40% | 70,60% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 5,60% | 4,70% | 4,90% |
| No pobres | Recuento | 24.262 | 70.046 | 94.308 |
| | % dentro de Situación de pobreza por ingresos | 25,70% | 74,30% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 94,40% | 94,00% | 94,10% |
| Total | Recuento | 25.709 | 74.528 | 100.237 |
| | % dentro de Situación de pobreza por ingresos | 25,60% | 74,40% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración propia, según CASEN 2017.

Además de la medición antes indicada, la encuesta CASEN 2017 nos entrega una segunda manera de medir la **pobreza**, pero de forma multidimensional en **5 dimensiones**, incluyendo en ella diferentes carencias con distintos porcentajes de contribución en el resultado final, siendo estas: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social y Vivienda y entorno, con un 22,5% cada una y Redes y cohesión con un 10%, en donde cada una de las dimensiones, a su vez se dividen en otras sub-carencias. Para ser considerado en situación de pobreza multinacional, la

persona debe acumular a lo menos un 22,5% entre todas las características indicadas.

Es relevante indicar respecto de esta forma de medición de la pobreza, que dentro de la dimensión Redes y Cohesión Social, se encuentra incorporada la Discriminación, variable independiente ya estudiada, como antítesis del indicador Trato Igualitario, la que fue incorporada entre otras razones, “porque afecta las relaciones sociales, el respeto consigo mismo y la habilidad de ir por la vida sin sentir vergüenza.” (MIDESO, 2016, pág. 34), según indica el Comité Asesor Ministerial sobre entorno y Redes.

De acuerdo con el análisis realizado, es posible concluir que la pobreza multidimensional es mayor a la registrada en la pobreza por ingresos, en donde solo un 78,10% se encuentra sobre la línea de pobreza multidimensional, lo que implica bajo este supuesto que un 16% de los encuestados que no son pobres por ingreso (94,10%) pasa a estar lo bajo esta metodología de análisis, como lo muestra la Tabla N° 14.

De esta forma un 21,90% de las personas en tratamiento médico se encuentran bajo la línea de la pobreza multidimensional acumulando más de 22,5% de carencias, en donde un 77% de los pobres corresponden a mujeres.

El porcentaje de pobres obtenido de la muestra, esto es 22,5%, es inferior al porcentaje de pobres multidimensionales a nivel nacional, que corresponde a un 26,1%, pero superior al de la región Metropolitana, que corresponde a 21,9%, de acuerdo con los datos aportados por la encuesta CASEN 2017.

Tabla N°14

Tabla de contingencia según sexo y pobreza multidimensional (5 dimensiones).

| | | Sexo | | |
|-----------------|---|---------|---------|----------------|
| | | Hombre | Mujer | Total |
| No pobre | Recuento | 20.312 | 56.016 | 76.328 |
| | % dentro de Situación de pobreza multidimensional con entorno y redes (5 dimensiones) | 26,60% | 73,40% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 80,50% | 77,20% | 78,10% |
| Pobre | Recuento | 4.921 | 16.510 | 21.431 |
| | % dentro de Situación de pobreza multidimensional con entorno y redes (5 dimensiones) | 23,00% | 77,00% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 19,50% | 22,80% | 21,90% |
| Total | Recuento | 25.233 | 72.526 | 97.759 |
| | % dentro de Situación de pobreza multidimensional con entorno y redes (5 dimensiones) | 25,80% | 74,20% | 100,00% |
| | % dentro de Sexo | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración propia, según CASEN 2017.

7.4.5 Tabla resumen de resultados

Para efectos de resumir los resultados más importantes obtenidos en este título y poder contrastarlos con los factores de riesgo contruidos y expuestos en el subtítulo Plan de análisis (6.6), se ha confeccionado una Tabla auto explicativa que indica como fue el comportamiento de las distintas variables objeto del análisis, el que se expone a continuación:

Tabla N°15

Resumen de variables según el factor de riesgo asociado y el resultado obtenido

| Variable | TIPO DSS | Factor de Riesgo | Observación del comportamiento de la variable, según factor de riesgo | Influye en la prevalencia de depresión. (Población General) | Prevalencia en las mujeres |
|---------------------------|-----------------|--------------------------------|---|--|--|
| Zona de residencia | Estructural | Vivir en zonas urbanas | Alta (97,66%), se observa que existe una mayor prevalencia de casos de depresión en las zonas urbanas, con un 97,66% de la muestra. | SI | Alta (74,40%), respecto de las personas que viven en zona urbana. |
| Etnia | Estructural | Pertenecer a pueblos indígenas | Baja (5,50%), no se observa mayor relación entre pertenecer a un pueblo indígena y la prevalencia de depresión, siendo marginal la participación de este grupo en la muestra, en donde sólo se ve representado el pueblo mapuche. | NO | Alta (90,70%), respecto de las personas que declaran pertenecer a un pueblo indígena, especialmente mapuche. |
| Nacionalidad | Estructural | Ser extranjero | Baja (0,89%), no se observa mayor relación entre ser extranjero y la prevalencia de depresión, siendo marginal la participación de este grupo en la muestra. | NO | Alta (88,30%), respecto de las mujeres extranjeras de la muestra |

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|--|----|--|
| Edad | Estructural | Ser Mayor de 60 años | Baja (17,80%), no se observa una mayor prevalencia de depresión por ser mayor de 60 años, lo que es atribuible a que existe una distribución relativamente homogénea en los distintos tramos de edad en la población en estudio. | NO | Alta (72,70%), respecto de la población en el mismo grupo etario. |
| Discriminación | Intermedio, Psicosocial | Sentirse discriminado, el o alguien de su hogar. | Baja (34,04%), se observa un porcentaje menor al 50% de personas que encontrándose en tratamiento por depresión hayan sido ellas o su hogar discriminadas o sometidas a un trato desigual. | NO | Alta (76,80%), respecto de total de la población discriminada. |
| Pobreza por ingresos | Intermedio, recursos Materiales | Ser Pobre o Pobre extremo. | Alta (5,9%), el porcentaje pobres extremos y no extremos es superior al 5.4% que presenta la población de la Región Metropolitana | SI | Alta (70,60%), respecto de los pobres no extremos y Alta (100%) respecto de los pobres extremos. |
| Pobreza multidimensional | Intermedio, recursos Materiales | Ser Pobre | Alta (22,5%), el porcentaje pobres superior al 21,9% que presenta la población de la Región Metropolitana | SI | Alta (77%), respecto de los pobres de esta medición. |

Fuente: Elaboración propia.

8 Conclusiones

Cuando a principios de los años 90 Chile recobro la democracia, se encontraba ante un escenario algo oscuro en lo que respecta a la implementación de modelos de atención asistencial vinculados con Salud Mental, en donde aún se mantenía a los hospitales psiquiátricos como principales fuentes de diagnóstico, pero, también como medio necesario para implementar los tratamientos, en donde los pacientes eran internados en sus dependencias por largos periodos de tiempo y en algunos casos para toda la vida, en donde, estos lugares no solo tenían una connotación de sanatorios, sino que también, de asilos asistenciales que cobijaban a aquellos que nadie quería tener a su cargo. Esta situación se potenciaba al concentrar la oferta de atención sólo en regiones de Chile central (Santiago y Valparaíso), en donde el resto de la red de salud participaba de manera muy escasa.

El modelo asilar antes relatado e implementado en el país hasta los 80, distaba mucho de los lineamientos que se venían vociferando por las autoridades internacionales desde mediados del siglo XX, en donde la OMS adquirió un rol fundamental en lo que respecta al desarrollo y proliferación de cambios necesarios para abordar de manera adecuada las enfermedades mentales, su tratamiento, la salud mental de la población y buscar así, las formas idóneas para contrarrestar los efectos negativos que estas dolencias generan en las personas, en donde se establece como premisa, que la comunidad posee un rol trascendente en el tratamiento de las personas con problemas de esta naturaleza..

Hoy en día, el modelo existente en el país dista mucho de lo relatado en los párrafos anteriores, siendo éste resultado de un tránsito de 22 años, en donde se ha buscado

integrar la atención de salud mental como parte de la atención de salud general, razón por la cual la preponderancia de los hospitales psiquiátricos fue perdiendo terreno, a pesar de que aún se mantienen como parte de la oferta asistencial, transformándose de esta forma en pilar fundamental del nuevo modelo la atención primaria, al ser ésta la puerta de entrada a las comunidades y familias.

El modelo comunitario actual, posee un enfoque biopsicosocial, el que se ha consagrado principalmente en las Políticas, Planes y Programas implementados por las autoridades sanitarias en el país, modelo que resalta la importancia de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), como una causa de trastornos mentales, en donde la existencia de componentes estructurales en las sociedades y otros intermedios, facilitan la estratificación de la población, influyendo de esta forma en la incidencia y prevalencia de enfermedades de este tipo, aumentando así, los niveles de desigualdad sanitaria.

Considerando esta realidad y siendo consciente de la importancia de fomentar una buena salud mental en las personas, es que nace la inquietud respecto de ¿Cuáles características subyacen en la población que sufre de alguna enfermedad mental?, escogiendo para efectos del análisis la Depresión como fenómeno particular a estudiar. La elección de la Depresión, se basa en que actualmente es considerada una enfermedad común, que puede tener diversas manifestaciones y extensiones en el tiempo, afectando el año 2017 a un 3,40% de la población mundial, equivalente aproximadamente a 264 millones de personas.

Las interrogantes planteadas al inicio de la investigación guardaban relación con establecer si los DSS, tienen alguna influencia en la prevalencia de trastornos

depresivos, para lo cual se tuvo como principal objetivo describir algunos de ellos y ver como se manifestaban en la población bajo tratamiento por depresión.

En segundo lugar, se buscaba determinar si los DSS escogidos afectaban más a las mujeres o a los hombres con trastorno depresivos, utilizándose de esta forma las mismas características analizadas para la primera pregunta.

Para realizar el análisis se utilizó la encuesta CASEN 2017, tomado como punto de partida la pregunta s28, que indicaba “Durante los últimos 12 meses ¿Ha estado en tratamiento médico por...?”, a la cual los encuestados respondieron haber estado en tratamiento por Depresión en el periodo contemplado por la encuesta, donde la unidad de análisis seleccionada correspondió a la población de la región Metropolitana.

Las características seleccionadas fueron clasificadas entre variables dependientes (1) e independientes (7), siendo asociadas a un tipo de DSS, esto es estructural o intermedio, así como a un factor de riesgo el que sería analizado al final del estudio, como lo muestra la Tabla N°3.

Respecto de la 1° interrogante **¿Los Determinantes Sociales de la Salud influyen en la prevalencia de trastornos depresivos en la población de la región Metropolitana, según los datos de la CASEN 2017?**, es posible concluir que de los ocho (8) DSS descritos en el presente trabajo, cuatro (4) de ellos se manifestaron como característica común en la población en tratamiento por depresión, consolidándose como factores de riesgo, siendo lo más relevante los resultados arrojados respecto de la variable sexo, centrado en la figura de la **mujer**,

quien estuvo presente con altos porcentajes en toda la muestra y que será abordada en la segunda pregunta de investigación.

Frente a la hipótesis de que **vivir en zonas urbanas** es constitutivo como factor de riesgo, se evidencio que efectivamente el 97,66% de la población en tratamiento por depresión vive en zonas urbanas, resultado que va de la mano con la distribución que posee el país y la región analizada, en donde la mayoría de la población de concentra en las zonas urbanas (ciudades), lugares en que normalmente se puede observar mayor número de estresores, tales como: largos tiempos de traslado, concentración de poblaciones en espacios más pequeños y muchas veces sin áreas verdes, mayores niveles de contaminación, como por nombrar algunos.

Ahora, si comparamos el resultado obtenido (97,66%), con el porcentaje de personas que habitan en zonas urbanas de la región Metropolitana (96,60%), podemos observar que el primero es mayor marginalmente por un punto porcentual, lo que denota a su vez la influencia de vivir en la ciudad respecto de los casos de depresión.

Respecto ambas dimensiones de la **pobreza**, se obtuvo porcentajes superiores a los registrados en la región Metropolitana para las mismas variables, en donde la pobreza por **ingresos** (pobres y extremos) en la región representa un 5,37% de la población porcentaje inferior al 5,90% que registra sólo la población en tratamiento por depresión; situación similar se registra en la pobreza **multidimensional (5 dimensiones)** en donde el número de pobres representa un 19,88% de la población de la región y el de las personas en tratamiento con depresión un 21,90% de la población en análisis. Estos resultados nos muestran que la pobreza no importando

la dimensión que represente influye en la prevalencia de enfermedades de salud mental, al posicionarse por sobre los índices de la región, pudiendo concluir que su presencia constituye un factor de riesgo.

Al analizar la variable independiente asociada a la **discriminación o trato desigual**, considerada para efectos de esta investigación como un DSS intermedio psicosocial, es posible observar que sólo un 34,4% de la muestra considera que ha sido discriminado él o algún integrante de su hogar, porcentaje menor al establecido para efectos de la medición (50%), en donde existe una multiplicidad de motivaciones las que fueron graficadas en el presente instrumento (Subtítulo 7.4.3)

No obstante, el resultado obtenido es relevante indicar que las alternativas con mayor número de respuestas corresponden a: nivel socioeconómico, género y el padecimiento de algún problema de salud o discapacidad (Tabla N°12). Alternativas que son posibles de emparejar con DSS de distinta naturaleza, dejando claro que no sólo son parte de la realidad imperante, sino que también son percibidos por las personas como condicionantes para su crecimiento, considerando la connotación negativa que tiene la discriminación en la sociedad, constituyendo además indicadores de pobreza multidimensional y causantes de segregación social.

Por último, respecto de esta variable es posible señalar que el porcentaje resultante del análisis respecto de la población en tratamiento por depresión es superior al obtenido respecto de la misma pregunta, pero aplicada a toda la población de la región Metropolitana, en donde esta última representa el 18,63% de la población, existiendo una brecha de más de 15 puntos porcentuales, información que se debe tener en consideración a la hora de implementar políticas públicas.

La pertenencia a **pueblos indígenas** (5,50%), así como el poseer una **nacionalidad distinta a la chilena** (0,89%), no arrojaron resultados que indicaran que estos puedan constituir factores de riesgo, siendo de menor magnitud incluso si se compara con la población de toda la región Metropolitana, en donde el porcentaje de indígenas alcanza a un 6,41% y el de extranjeros un 7,30% de los encuestados.

Respecto de la hipótesis de que a las **personas mayores de 60 años** tendrían mayores posibilidades de padecer depresión, es posible señalar que no se logra demostrar que este grupo tenga un mayor porcentaje de casos, por lo que se concluyó que tiene un impacto bajo (17,80%) al ser menor del 50% establecido, por lo que no se constituye como factor de riesgo. En relación con la población de la región Metropolitana (17,40%) se observa que la proporción de casos es muy similar al porcentaje de las personas que viven en dicho lugar respecto de ese grupo etario.

En términos absolutos, podemos concluir respecto de esta primera pregunta, que considerando el número total de variables analizadas (se incluye sexo), si estas se cuentan una a una, no tenemos resultados concluyentes, ya que, cuatro pueden ser consideradas factores de riesgo y cuatro no, por siendo posible validar la hipótesis levantada al inicio del proceso investigativo en su totalidad. No obstante, de este resultado es relevante indicar que la intensidad e influencia de las variables validadas, pueden entregar luces respecto de las características de las personas que sufren de alguna enfermedad mental y que es necesario tener en consideración a la hora de elaborar políticas públicas que enfrenten los problemas

asociados a la salud mental, especialmente en lo que respecta al sexo femenino y la pobreza multidimensional.

Respecto de la **2° interrogante: ¿Según la distinción por sexo entre hombres y mujeres, a que grupo de la población estudiada con tratamiento de depresión afecta más la presencia de Determinantes Sociales de la Salud?**, es posible concluir que el DSS con mayor influencia en la prevalencia de casos de personas en tratamiento por depresión, es el sexo, en donde las mujeres son las que se posicionan de manera más importante respecto de todas las variables analizadas.

Al considerar sólo la población de la muestra, las mujeres representan un 74,40% del total de personas que se encontraban en tratamiento por depresión en el periodo comprendido en la encuesta CASEN 2017, porcentaje muy superior al de la población femenina de la región Metropolitana, que representa un 52,40% de todos los habitantes de éste lugar, lo que muestra de entrada existe una diferencia de 22 puntos porcentuales.

De esta forma y con un 74,40% de mujeres en la muestra como base, se obtuvo en general porcentajes de representación similares a éste, incluso llegando en algunas variables a porcentajes superiores, permitiendo concluir respecto de las personas bajo tratamiento por depresión que: un 73,70% de las personas que viven en zonas urbanas son mujeres y un 90,40% viven en zona rural; el 91,25% de las mujeres son chilenas; del grupo de personas extranjeras un 88,30% son mujeres; de las personas pertenecientes a un pueblo indígena un 90,70% son mujeres; del grupo etario con mayor número de personas con depresión que se encuentran entre los 45 a 59 años, el 83,90% son mujeres; un 71,60% de las personas que se asocian con

una situación de discriminación o mal trato son mujeres y un 90,80% de los encuestados indica percibir que el ser mujer es causal de discriminación; el 100% de las personas en pobreza extrema por ingresos son mujeres y el 70,60% de los pobres por ingresos tienen esta misma característica; y, un 77% de los pobres multidimensionales son mujeres.

Es evidente, de acuerdo con los resultados obtenidos que la figura de la mujer está más expuesta a factores de riesgo, que afectan la prevalencia de casos de depresión en este grupo, situándose con elevados porcentajes por sobre el promedio de mujeres de la muestra, siendo mayor la brecha si se considera la población femenina de la región. De esta forma es posible concluir que la segunda hipótesis si es verdadera, debiendo por tanto indicar que las mujeres se ven más influenciadas en la prevalencia de depresión que los hombres por la existencia de DSS.

Es relevante indicar que el desarrollo de esta investigación tuvo algunas limitaciones de estudio, asociadas principalmente al alcance de la investigación en consideración, que solo fue posible analizar un periodo de tiempo determinado correspondiente al de la aplicación de la encuesta CASEN 2017, lo que nos permite tener una radiografía del momento, pero no nos muestra el resultado de algunos fenómenos sociales y sanitarios que se han genera en los últimos años, como lo es el efecto migratorio de extranjeros a Chile, así como la pandemia del COVID-19, que pueden haber modificado el contexto social del país y por tanto la influencia de DSS, generando efectos en la prevalencia e incidencia de enfermedades mentales. Interesante podría ser que, para investigaciones futuras, se pudiese realizar análisis

longitudinales asociados al fenómeno estudiando en la presente investigación, comparando de esta forma dos periodos de tiempo distinto, permitiendo de esta forma ampliar los resultados.

A su vez respecto de la pregunta utilizada, es importante indicar que la principal limitante fue dada por la naturaleza de las respuestas que se podían obtener, ya que el planteamiento de la pregunta sólo permitía incluir una respuesta como válida, debiendo además ser, el principal tratamiento, lo que limita el número de respuestas validas, escondiendo de esta forma comorbilidades con otras enfermedades distintas a las de naturaleza psiquiátrica, efecto que se ve incrementado por la reticencia de las personas de hablar de esta materia.

Para finalizar es satisfactorio indicar, que a pesar de se ha transitado lentamente en materias vinculadas a la salud mental de los chilenos, muchas veces por temas presupuestarios o de voluntad política, se ésta avanzando en la materia y muestra de ello es la promulgación de la Ley N°21.331, titulada “Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención mental”, promulgada en el país el 23 de abril de 2021, después de casi cinco años de tramitación en el Congreso, ley que incluye dentro de sus principios el reconocimiento de la persona en manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, como constituyentes y determinantes de su unidad singular (Art. 3°, letra a) y la promoción de la salud mental, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población, (Art. 3°, letra d).

Es absolutamente trascendental continuar por esta senda, profundizando el desarrollo de Políticas Públicas de Salud Mental, razón por la cual para finalizar la

presente investigación se incluyen algunas recomendaciones que pueden ser consideradas por los hacedores de políticas públicas, a saber:

- Profundizar el estudio y alcance de los determinantes sociales de la salud, considerando que constituyen muchas veces las causas que facilitan la prevalencia de enfermedades de salud mental, debiendo incentivar el desarrollo de investigaciones vinculadas a la materia.
- No basta, con saber que existen DSS si esta información no es traspasada a las personas que se pueden ver afectados a ellos, para lo cual es menester incentivar una política de educación psicosocial, que permita a las personas enfrentar de mejor manera enfermedades de este tipo, no solo en calidad de enfermos, sino que también como coadyuvante en el tratamiento de personas que lo necesiten, donde acciones de promoción y prevención son absolutamente trascendentes, debiendo incluir no solo a los que han indicado estar bajo esta situación, sino también a aquellos que no se atreven a expresarlo.
- Considerando que el modelo de atención de salud está centrado en la comunidad, es importante fortalecer aquellos recursos sanitarios que permiten el tratamiento de las personas en los lugares que ellos habitan, siendo necesario por tanto, entregar mayores recursos financieros, físicos y humanos para el desarrollo de centros de atención comunitarios, residencias, hogares protegidos y centros de atención primaria de salud.
- Se deben implementar políticas enfocadas en las mujeres, considerando que este es un grupo altamente expuesto e influenciado por factores externos

propios de la sociedad, estresores y presiones dados muchas veces por el rol que desarrollan en la sociedad.

9 Referencias Bibliográficas.

ACHS, & PUC. (2021). Asociación Chilena de Seguridad & Pontificie Universidad Católica de Chile. *Presentación Encuesta Termómetro de la Salud Mental en Chile, tercera ronda*. Obtenido de https://www.achs.cl/portal/centro-de-noticias/Documents/Termometro_SM_version3.pdf

ACHS, & PUC. (2022). Asociación Chilena de Seguridad & Pontificie Universidad Católica de Chile. *Termómetro de la Salud Mental en Chile, quinta ronda*. Obtenido de <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>

Aristóteles. (1988). *La Política*. (M. García Valdés, Trad.) Madrid, España: Gredos.

Beers, C. (1937). *A mind that found itself*. New York: Doubleday, Draw & Co. Obtenido de <https://www.gutenberg.org/files/11962/11962-h/11962-h.htm>

Bertolote, J. (2008). Raíces del Concepto de salud mental. *World Psychiatry, Ed Esp* (6:2). Obtenido de https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Aqb0FW-AZV8J:scholar.google.com/+Ra%C3%ADces+del+concepto+de+salud+mental&hl=es&as_sdt=0,5

Causse, M. (2009). *El concepto de comunidad desde el punto de vista socio - histórico- cultural y lingüístico.*, 12-21. Redayc. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1813/181321553002.pdf>

CDSS. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

- Datanni, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). *Salud Mental*. Obtenido de <https://ourworldindata.org/mental-health>
- De la Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria.*, 81-90. *Journal of Negative and No Positive Results* 5(1). Obtenido de <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Echemendia, B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y epidemiología*, 49(3), 470-481. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032011000300014&lng=es&tlng=es
- Foucault, M. (2007). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Argentina: Fondo de la Cultura Económica.
- Gastó, C., & Navarro, V. (2001). *La depresión. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en Psiquiatría*, 9-32. Barcelona: Masson. Obtenido de <https://www.consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- González, E., Gelis, M., Cruz, M., Figueroa, E., Hernández, M., & Pérez, L. (2012). *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos*. *Infodir*, 8(15). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (6a. ed.-- ed.). Argentina: McGraw-Hill.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A. M., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.*, 33 (3): 223-9. *Revista Panamericana Salud Pública*.
- IHME. (2022). *Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, Global Health Data Exchange (GHDx)*. Recuperado el 2022 de 05 de 15, de <http://ghdx.healthdata.org/gbdresultstool?params=gbdapi2019ermalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>

- IPSOS. (2021). *Presentación Encuesta Día Mundial de la Salud Mental*. Francia. Obtenido de <https://www.ipsos.com/es-cl/world-mental-health-day-2021>
- Labrin, E. (2020). Universidad de Chile. *Reportaje Académico, instan las autoridades a aumentar el presupuesto destinado a Salud Mental*. Obtenido de <https://www.uchile.cl/noticias/169437/academicos-piden-aumentar-el-presupuesto-destinado-a-salud-mental>
- MIDESO. (2016). Ministerio de Desarrollo Social y Familia. *Metodología de medición de pobreza multidimensional con entorno y redes, CASEN 2015*. Obtenido de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2015>
- MIDESO. (2017). Ministerio de desarrollo social y familia. *Manual del investigador. Guía práctica para el uso y análisis de la información, CASEN 2017*. Obtenido de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- MIDESO. (2018). Ministerio de Desarrollo Social y Familia. *Metodología de Diseño Muestral, CASEN 2017*. Obtenido de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.*, 346-358. Revista Panamericana de Salud Pública N°18. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/346-358/es/>
- MINSAL. (2017). Ministerio de Salud. *Guías Clínicas AUGE. Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años. Actualización en Psicoterapia*. Obtenido de <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/>
- MINSAL. (2017). Ministerio de Salud. *MINSAL da a conocer Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, 23 de octubre de 2017*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/minsal-da-a-conocer-plan-nacional-de-salud-mental-2017-2025/>

- MINSAL. (2017). Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- MINSAL. (2022). Ministerio de Salud. *Anexo N°1, Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública, de las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>
- Morales - Borrero, C., Borde, E., Eslava - Castañeda, J., & Concha, S. (2013). *¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicancias praxiológicas*, 15(6°), 799. Bogotá: Revista de Salud Pública. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000600001
- OCDE. (2021). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. *Panorama general de la salud 2021: Indicadores de la OCDE*. Paris. Obtenido de <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OMS. (2001a). Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente y practica Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/>
- OMS. (2002). Organización Mundial de la Salud. *Programa Mundial de acción en Salud (mhGAP): cerremos la brecha, mejoremos la atención*, 2. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67304>
- OMS. (2013). Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, 8. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
- OMS. (2017). Organización Mundial de la Salud. *Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

- Ottaviano, M. L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 44-52. Obtenido de <https://www.derechoareplica.org/secciones/control-social/792-la-institucion-psiquiatrica-y-e>
- Our World in Data. (2019). *Datos de Instituto de Métricas y evaluación de la Salud. Carga Global de Morbilidad*. Obtenido de <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Oxford Languages. (s.f.). *Definición de Razonar*. Recuperado el 07 de junio de 2022, de <https://www.lexico.com/es/definicion/razonar>
- Padilla, S. (2015). *Ensayo sobre el concepto de Comunidad*. Obtenido de Universidad de la Costa, Colombia: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/2502/Ensayo%20sobre%20el%20Concepto%20de%20Comunidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Padró, D. (2019). *Verdades y mentiras de la Psiquiatría y la psicoterapia. De la danza del chamán a las vergüenzas de afrodita*. España: Rigden Institut Gestalt.
- Parra, D., & Carmona, Z. (2015). *Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano.*, 31 (3), 608-620. *Salud Uninorte*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81745378017>
- RAE. (s.f.). Real Academia Española. *Definición de Enajenación Mental*. Recuperado el 11 de junio de 2022, de <https://dle.rae.es/enajenaci%C3%B3n>
- RAE. (s.f.). Real Academia Española. *Definición de Locura*. Recuperado el 15 de Mayo de 2022, de <https://dle.rae.es/locura>
- Román, A. (2012). *Modelos de gestión en las organizaciones sociales.*, *Medwave XII*, N°3. Obtenido de <https://www.semanticscholar.org/paper/Modelos-de-gesti%C3%B3n-en-las-organizaciones-de-salud-Rom%C3%A1n/c699d269a8dd4703c7282b57619d7989041c8976>
- Significados. (16 de junio de 2022). Significados.com. *Definición de Epidemiología*. Obtenido de <https://www.significados.com/epidemiologia/>

- Stagnaro, J. (2015). Introducción: En torno al origen del primer alienismo. *Asclepio*(67 (2)). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.22>
- Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Obtenido de https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud
- Vasilachis de Gialdino, I. V. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Argentina: Gedisa. Obtenido de [Estrategia de investigación cualitativa \(uba.ar\)](http://www.estrategia-de-investigacion-cualitativa.com/uba.ar).

10 Anexos.

10.1 Anexo N°1 Análisis de significancia estadística.

Con la finalidad de facilitar la lectura del documento, se creó este apartado que incluye todos los análisis de significancia estadística realizados durante el proceso investigativo.

Específicamente al ser todas las variables analizadas cualitativas (categóricas), se utilizó para el análisis bivariado tablas de contingencia, las que se encuentran incorporadas al cuerpo del documento y para establecer la relación entre las distintas variables, pruebas de Chi-Cuadrado, admitiendo posibilidad de error de hasta un 5%, determinado de esta forma si la asociación es estadísticamente significativa.

Para efectos de vincular cada una de las tablas de Chi cuadrado que se acompañaran a continuación con la tabla de contingencia a la que acceden, se mantuvo el número de la principal siendo adicionado un guion uno, a modo de ejemplo: si la Tabla de Contingencia es la N° 3, su Tabla de Análisis de Chi cuadrado es la N° 3-1.

Tabla N°5-1

Prueba de Chi Cuadrado por sexo y zona, Región Metropolitana

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|--------------------------------|-----------|----|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 650,613 a | 1 | 0,00 | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------|---|------|------|------|
| Corrección de continuidad b | 650,508 | 1 | 0,00 | | |
| Razón de verosimilitud | 649,879 | 1 | 0,00 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | 0,00 | 0,00 |
| Asociación lineal por lineal | 650,612 | 1 | 0,00 | | |
| N de casos válidos | 7223236 | | | | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Nota: a 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 118204,51.

b Sólo se ha calculado para una Tabla 2x2

Tabla N°6-1

Prueba de Chi Cuadrado según sexo y tramos de edad, región Metropolitana.

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|-------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 37691,352 a | 4 | 0,00 |
| Razón de verosimilitud | 37771,33 | 4 | 0,00 |
| Asociación lineal por lineal | 37238,627 | 1 | 0,00 |
| N de casos válidos | 7223236 | | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Nota: a 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 598095,59.

Tabla N°8-1

Prueba de Chi Cuadrado por sexo y zona en que vive la población en tratamiento.

| | | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|--|--|-------------------------|----|--|--|---|
| Chilena (Exclusiva) | Chi-cuadrado de Pearson | 330,585c | 1 | 0 | | |
| | Corrección de continuidadb | 329,718 | 1 | 0 | | |
| | Razón de verosimilitud | 401,291 | 1 | 0 | | |
| | Prueba exacta de Fisher | | | | 0 | 0 |
| | Asociación lineal por lineal | 330,582 | 1 | 0 | | |
| | N de casos válidos | 98559 | | | | |
| | Chilena y otra (Doble nacionalidad) | Chi-cuadrado de Pearson | .d | | | |
| N de casos válidos | | 782 | | | | |
| Otra nacionalidad. Especifique país | Chi-cuadrado de Pearson | .d | | | | |
| | N de casos válidos | 896 | | | | |
| Total | Chi-cuadrado de Pearson | 321,852a | 1 | 0 | | |
| | Corrección de continuidadb | 320,993 | 1 | 0 | | |
| | Razón de verosimilitud | 390,405 | 1 | 0 | | |
| | Prueba exacta de Fisher | | | | 0 | 0 |

| | | | |
|------------------------------|---------|---|---|
| Asociación lineal por lineal | 321,849 | 1 | 0 |
| N de casos válidos | 100237 | | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Nota: a 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 600,68.

b Sólo se ha calculado para una Tabla 2x2

c 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 606,94.

d No se han calculado estadísticos porque Zona es una constante.

Tabla N°9-1

Prueba de Chi Cuadrado según sexo y pertenencia a pueblo indígena de la población en tratamiento (o descendencia).

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|----------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 868,962a | 2 | 0 |
| Razón de verosimilitud | 1078,09 | 2 | 0 |
| Asociación lineal por lineal | 20,076 | 1 | 0 |
| N de casos válidos | 100237 | | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Nota: a 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 35,65.

Tabla N°10-1

Prueba de Chi Cuadrado según sexo y tramos de edad de la población en tratamiento.

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|-----------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6252,209a | 4 | 0,000 |
| Razón de verosimilitud | 5955,625 | 4 | 0,000 |
| Asociación lineal por lineal | 2662,019 | 1 | 0,000 |
| N de casos válidos | 100237 | | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Nota: a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2048,52.

Tabla N°12-1

Prueba de Chi - Cuadrado según pobreza por ingresos según sexo.

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|----------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 383,525a | 2 | 0,00 |
| Razón de verosimilitud | 631,717 | 2 | 0,00 |
| Asociación lineal por lineal | 68,141 | 1 | 0,00 |
| N de casos válidos | 100.237 | | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017

Nota: a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 258,02.

Tabla N°13-1*Prueba de Chi - Cuadrado según sexo y pobreza multidimensional (5 dimensiones).*

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|-------------------------------------|-----------|----|--|--|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 116,376 a | 1 | 0 | | |
| Corrección de continuidad b | 116,186 | 1 | 0 | | |
| Razón de verosimilitud | 118,54 | 1 | 0 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | 0 | 0 |
| Asociación lineal por lineal | 116,375 | 1 | 0 | | |
| N de casos válidos | 97759 | | | | |

Fuente: Elaboración propia (SPSS), según CASEN 2017**Nota:** a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5531,65.

b. Sólo se ha calculado para una Tabla 2x2