

# “No hay salud mental sin justicia social”: desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile

---

## “No mental health without social justice”: inequalities, social determinants and mental health in Chile

---

Álvaro Jiménez-Molina<sup>1,2,3,4,5</sup>, Gabriel Abarca-Brown<sup>5,6</sup>, Cristian Montenegro<sup>3,5,7</sup>

### RESUMEN:

Las desigualdades en las condiciones de vida impactan negativamente sobre la salud mental de las personas y comunidades. Este artículo tiene por objetivo describir algunas de las principales líneas de investigación y reflexión en torno a la relación entre desigualdad y salud mental. Más que una revisión sistemática, se trata de una discusión orientada a contribuir al debate público en torno a las dimensiones materiales, simbólicas y subjetivas de la desigualdad, mencionando algunos mecanismos que permiten comprender su relación con la salud mental. Entre estas dimensiones abordamos las desigualdades de ingreso y de género, además de otras que han recibido menor atención en los estudios nacionales e internacionales: las desigualdades en la participación, en la interacción cotidiana, y las desigualdades socio-territoriales y en el uso del tiempo. Finalmente, mencionamos algunas limitaciones teóricas de la investigación tradicional sobre desigualdad en salud y sugerimos potenciales líneas de investigación que pueden orientar los estudios en torno a desigualdades y salud mental.

**Palabras clave:** salud mental, desigualdad, determinantes sociales, Chile

1 Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales

2 Núcleo Milenio para mejorar la salud mental de adolescentes y jóvenes (Imhay)

3 Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)

4 Núcleo Milenio en Desarrollo Social (DESOC)

5 Plataforma para la Investigación Social sobre Salud Mental en América Latina (PLASMA)

6 Departamento de Salud Global y Medicina Social, King's College London, Reino Unido

7 Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

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

**ABSTRACT:**

Inequalities in living conditions negatively impact the mental health of individuals and communities. This article aims to describe some of the main lines of research and reflection on the relationship between inequality and mental health. More than a systematic review, it contributes to the public debate about the material, symbolic and subjective dimensions of inequality, emphasizing some mechanisms that allow for understanding its relationship with mental health. Among these dimensions we address income and gender inequalities in addition to others that have received less attention in national and international studies: inequalities in participation, in daily interaction, and socio-territorial and time-use inequalities. Finally, we mention some theoretical limitations of traditional research on health inequality and suggest potential lines of research that can guide studies on inequalities and mental health.

**Keywords:** mental health, inequality, social determinants, Chile

**INTRODUCCIÓN**

“¿Por qué tratar a las personas sólo para enviarlas de vuelta a las condiciones que las enfermaron?”. Con esta pregunta, la Organización Mundial de la Salud enfatizó hace más de una década que los problemas de salud mental están anclados a factores sociales, económicos, políticos y culturales (1). A través del concepto de “determinantes sociales de la salud”, diversos investigadores y activistas han demostrado cómo diversos factores (contextos de pobreza y vulnerabilidad, desigualdades, niveles de segregación territorial o déficits de cohesión social) condicionan la manera en que las personas nacen, crecen, viven y mueren (1,2). Desde esta perspectiva, ciertos subgrupos de la población corren un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales debido a su exposición y vulnerabilidad a circunstancias desfavorables que se acumulan a lo largo del curso de vida (2). De este modo, el modelo de determinantes sociales ha permitido instalar una discusión amplia en torno a la reducción de disparidades en términos de morbilidad y mortalidad.

A nivel global, el crecimiento económico de los países ha estado históricamente acompañado de una distribución desigual de la riqueza, la cual se ha visto acrecentada por la globalización y la adopción de políticas eco-

nómicas neoliberales durante las últimas décadas (3). Actualmente existe evidencia robusta de que las desigualdades en las condiciones de vida se asocian con una menor esperanza de vida, una mala percepción de la propia salud y menor acceso a servicios sanitarios (4-6), así como también con una mayor prevalencia de trastornos mentales: ansiedad y depresión (7,8), consumo de alcohol y otras sustancias (9) y esquizofrenia (10). Ahora bien, no es fácil estimar si las desventajas sociales son la causa o el efecto de los trastornos mentales; es decir, si los menores recursos económicos se asocian a mayores factores de estrés y, en última instancia, peor salud mental (“causalidad social”), o si más bien los trastornos mentales preceden al lugar desfavorecido de las personas (“selección social”) (4). En ambos escenarios, los trastornos mentales pueden agravar las desventajas asociadas a la posición socioeconómica, produciendo un círculo vicioso difícil de romper (4).

Durante la última década, el estudio de la desigualdad en salud desde la perspectiva de los determinantes sociales se ha visto enriquecido por el desarrollo teórico y metodológico del enfoque “interseccional” (11). Esta perspectiva analiza la complejidad de procesos sociales

que subyacen a los problemas de salud mental a partir de diferentes posiciones, identidades, estructuras y relaciones de poder que (re) producen resultados sociales desiguales. La interseccionalidad proporciona una perspectiva para pensar las desigualdades más allá de los análisis mono-categoriales, concentrándose en el entrelazamiento de dimensiones como clase, etnicidad y género (11). En este sentido, el enfoque interseccional tiene el potencial de captar los efectos asociados a la experiencia simultánea de múltiples desigualdades, describiendo su impacto combinado sobre la vida cotidiana de las personas (12).

En este artículo de revisión describimos algunas de las principales líneas de investigación y reflexión en torno a la relación entre desigualdad y salud mental. Más que una revisión sistemática, se trata de una discusión orientada a contribuir al debate público en torno a las dimensiones materiales, simbólicas y subjetivas de la desigualdad, considerando las demandas de justicia y dignidad que cobraron forma a partir del “estallido social” de octubre de 2019 en Chile. Dentro de este marco describimos cómo algunas dimensiones de la desigualdad afectan o podrían afectar la salud mental de la población. Entre estas dimensiones abordamos las desigualdades de ingreso y de género, mencionando algunos mecanismos que permiten comprender su relación con la salud mental. Pero además abordamos otras dimensiones que han recibido menor atención en los estudios nacionales e internacionales: las desigualdades en la participación, en la interacción cotidiana, y las desigualdades socio-territoriales y en el uso del tiempo. Finalmente, mencionamos algunas limitaciones teóricas de la investigación tradicional sobre desigualdad desde el modelo de determinantes sociales de la salud y sugerimos potenciales líneas de investigación que pueden orientar los estudios en torno a desigualdades y salud mental en Chile.

### **“NO ERA DEPRESIÓN, ERA CAPITALISMO”: DESIGUALDADES DE INGRESO**

Desde la década de los 80', diversos estudios han demostrado que la desigualdad de ingresos puede tener un efecto negativo sobre el estado de salud mental de la población (13,14). Sin embargo, la evidencia es contradictoria (8,14). En los países de altos ingresos, mayores niveles de desigualdad se han asociado a una mayor prevalencia de depresión y ansiedad (9), pero estas asociaciones no son concluyentes en los países de bajos ingresos o menores niveles de desarrollo humano (8,15). Es posible que la desigualdad de ingresos (un indicador de privación relativa) sea más importante en los países de altos ingresos en comparación a los países de ingresos medio-bajos, donde los efectos negativos de la pobreza material (un indicador de privación absoluta) parecen ser más sustanciales (8). En este sentido, el efecto de la desigualdad de ingresos sobre la salud mental varía en función del nivel medio de recursos disponibles para el conjunto de la población. Sin embargo, algunos estudios subrayan que en sociedades más equitativas (como Etiopía o Nigeria) parece existir una asociación débil entre pobreza y trastornos mentales, mientras que en países en desarrollo con altos niveles de desigualdad (como Chile o Brasil), esta asociación es más fuerte (16). Dicho de otro modo, la pobreza se asocia a diversos factores nocivos para la salud mental, pero en un contexto de marcada desigualdad tiene un impacto negativo aún mayor sobre el bienestar.

Estos antecedentes permiten pensar una de las paradojas que enfrenta Chile. Chile es un país de ingreso medio-alto con niveles de desigualdad de ingreso comparativamente altos (17). Sin embargo, durante los últimos 30 años, tanto la pobreza como la desigualdad de ingresos han dis-

<sup>1</sup> Este subtítulo, así como los siguientes, reproducen frases emergentes de diversos actores sociales (por ej. Ministros de Estado) y colectivos (por ej. Las Tesis) en el contexto del denominado estallido social de octubre de 2019

minuido (el índice de Gini bajó de 0,57 en 1990 a 0,47 en 2017). Y si se corrige la desigualdad de ingresos por cohortes, se observa que las generaciones nacidas desde los 90' (es decir, aquellas que se han beneficiado de un mayor acceso a educación) son mucho menos inequitativas que las generaciones nacidas en los 60' (18). En otras palabras, la desigualdad de ingresos ha disminuido, pero la percepción de las personas es que ha aumentado. ¿Cómo explicar esta paradoja? Podríamos estar frente a una de las consecuencias de la modernización capitalista: a medida que las sociedades mejoran las condiciones materiales de vida, la intolerancia frente a las diferencias sociales se hace más intensa. O podría tratarse del reflejo de una transformación cultural profunda: la desigualdad se ha vuelto menos soportable porque el relato que le dio legitimidad durante las últimas décadas -el ideal meritocrático- ha dejado de funcionar socialmente. Cuanto más crea una persona que su destino depende exclusivamente de sus acciones individuales, y no de las condiciones sociales, es más probable que legitime un sistema en el que los recursos se distribuyen de manera desigual (19). Esto nos permite llegar a la siguiente conclusión: el mecanismo que media la relación entre desigualdad y salud mental no depende sólo de las diferencias reales de ingreso, sino que está asociado a las creencias y actitudes de las personas en torno a la justicia y a las percepciones sobre la legitimidad de la desigualdad (20).

En la literatura internacional es posible identificar distintos mecanismos que permiten explicar el impacto de la desigualdad de ingresos sobre la salud mental, los cuales se diferencian entre sí por el énfasis dado a distintas dimensiones materiales o psicosociales (7,13,21). Un primer tipo de explicación sostiene que mayores niveles de desigualdad erosionan la cohesión social (la densidad asociativa, la confianza interpersonal, el sentimiento de pertenencia y la participación) (13), produciendo mayores niveles de conflictividad social y volviendo a los individuos más vul-

nerables a los estresores del ambiente (22). Por el contrario, mayores niveles de cohesión social pueden mitigar los efectos adversos de las privaciones socioeconómicas sobre la salud mental (23). En este sentido, es posible pensar que la alta prevalencia de depresión en Chile se asocia, por un lado, al acelerado proceso de individualización que ha experimentado la sociedad chilena durante las últimas décadas y, por otro, al debilitamiento de los vínculos comunitarios y la disminución de la percepción de apoyo social que produce la desigualdad (24).

Un segundo tipo de explicación, a menudo denominada “hipótesis neomaterialista”, sostiene que la desigualdad de ingresos no sería en sí misma la causa de “patologías sociales”, sino la manifestación de un sistema económico e institucional que pone menor énfasis en la protección de las personas (21,25). En sociedades más desiguales, los grupos de altos ingresos tienen mayor influencia sobre las instituciones y menores incentivos para implementar políticas redistributivas. Además, los países más desiguales invierten menos en protección social, lo que se refleja, por ejemplo, en menor gasto público en educación, vivienda y salud, y en un acceso limitado a servicios sanitarios (26). De este modo, la desigualdad coexiste con una amplia gama de privaciones materiales que inciden sobre la salud mental. Desde esta perspectiva, la desigualdad de ingresos sería un indicador de la disponibilidad de recursos para los diferentes estratos de la población, especialmente los sectores más pobres.

En Chile, desde 2005 el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES) garantiza el acceso, la calidad, oportunidad de la atención y protección financiera para el tratamiento de la depresión. Un estudio de Araya et al (27) muestra que el programa GES aumentó significativamente la probabilidad de que una persona deprimida acceda a servicios de salud. Asimismo, este estudio muestra que las mujeres de menor nivel educacional han sido las principales bene-

ficiarias de esta política de acceso universal. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por reducir la brecha de tratamiento y corregir las marcadas desigualdades socioeconómicas en el acceso, la prevalencia de depresión a nivel poblacional ha permanecido relativamente inalterada a lo largo del tiempo (27). Esto sugiere que la evolución de la prevalencia de trastornos mentales está influida por factores distintos del acceso a tratamiento, como los cambios demográficos u otros determinantes socioeconómicos.

La hipótesis neomaterialista también puede interpretarse a la luz de una experiencia de vulnerabilidad e incertidumbre económica compartida por muchas personas que habitan el territorio nacional. Algunos estudios sugieren que en gran parte de las familias de clase media existe un intenso y persistente “miedo a caer”, es decir, un miedo a retroceder y perder el estatus social ganado durante las últimas décadas (28). Esto también ha sido descrito como una experiencia de “inconsistencia posicional” (29), es decir, la percepción de que los lugares y las trayectorias sociales son inestables y altamente permeables a la precarización. En esta línea, un estudio de Orchard y Jiménez (30) muestra que esta sensación de inseguridad social e incertidumbre económica se asocia a una mayor presencia de síntomas depresivos en las personas.

Finalmente, la hipótesis de la “ansiedad de estatus” (6,9) sostiene que un contexto con desigualdades de ingreso más amplias produce una mayor tendencia a compararse con aquellos que están en una mejor situación (31,32). Dicho de otro modo, aumenta la importancia de la diferenciación de estatus y el contacto social se vuelve más estresante, algo ampliamente estudiado por la sociología y la psicología social en términos de reconocimiento, respeto, prestigio o capital simbólico (33).

Los habitantes de países con mayor desigualdad tienden a subrayar la importancia de la posición

social y de dimensiones como el éxito y la obtención de admiración (31,32). En estos contextos, la amenaza de ser objeto de una evaluación social negativa aumenta no sólo entre los más pobres, sino en todos los estratos sociales (31). Tal experiencia podría producir dos tipos de respuesta: por un lado, podría producir sentimientos de fracaso, injusticia o “derrota social”, desencadenando mayor estrés, ansiedad y autocrítica (9,32); por otro lado, algunas personas podrían responder a la amenaza de evaluación social bajo la forma de auto-exaltación o sobrevaloración de sí (9). En Chile, quienes declaran sentirse “(muy) incómodos” en una situación de contacto con desconocidos de clase alta tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos (34). Esta ansiedad de contacto entre las clases sociales podría ser interpretada como una forma de “ansiedad de estatus” que afecta cotidianamente la salud mental de los y las habitantes de Chile.

Las teorías psicosociales y neomateriales pueden ser interpretadas como explicaciones complementarias. Por ejemplo, a diferencia de la *ansiedad* de estatus, cuyo énfasis reside en el estrés resultante de la amenaza socio-evaluativa, la hipótesis neomaterialista pone mayor énfasis en la *inseguridad* de estatus, es decir, el miedo a la movilidad social descendente (35). Ahora bien, teóricamente es probable que los mecanismos que subyacen a la relación entre desigualdad y trastornos mentales comunes presenten un poder explicativo diferencial según los distintos niveles ecológicos. A nivel individual, por ejemplo, los efectos de la desigualdad de ingresos sobre la salud mental están mediados por el estrés psicológico, mientras que a nivel barrial o comunitario, el capital social -especialmente los niveles de confianza- y la ansiedad de estatus podrían ser más explicativos (8). Por su parte, el menor gasto público en servicios de salud que enfatiza la hipótesis neomaterialista podría tener un valor explicativo mayor a nivel nacional o regional.

Si bien los efectos negativos de la desigualdad son más evidentes en los sectores más pobres de la población, se trata de un problema que afecta la salud mental de las personas independientemente de sus ingresos (6). Esto se debe a que los efectos corrosivos de la desigualdad no sólo repercuten sobre la salud mental mediante el establecimiento de comparaciones sociales estresantes, sino también a través de tensiones de la dinámica social en su conjunto (9). Asimismo, se suele pensar que los efectos de la desigualdad de ingresos se evidencian principalmente durante la vida adulta. Sin embargo, la salud mental, las oportunidades y las trayectorias de vida de los niños y niñas también se ven afectadas por los efectos de la desigualdad sobre la experiencia temprana. De hecho, en sociedades más desiguales, la movilidad social se ve más restringida por el origen familiar, y existe evidencia creciente de que desde los cinco años los niños y niñas ya son conscientes de las diferencias de estatus (6). En esta línea, un estudio de Wilkinson y Pickett (9) muestra que en los países de altos ingresos el bienestar infantil está estrechamente relacionado con el nivel de desigualdad de ingresos.

#### **“HASTA QUE LA DIGNIDAD SE HAGA COSTUMBRE”: DESIGUALDADES EN LA INTERACCIÓN**

Los significados y alcances de la desigualdad no se limitan a las brechas salariales, la distribución de bienes sociales y el acceso a oportunidades. Durante las últimas décadas, la reproducción de las desigualdades socioeconómicas en Chile coincide con el incremento de demandas por igualdad en las relaciones cotidianas, las cuales refieren a expectativas de respeto y buen trato (29,36). La disonancia entre expectativas de horizontalidad y lógicas verticales de interacción genera un creciente grado de irritación en la sociabilidad cotidiana. Esta “economía moral” de la desigualdad implica que las reivindicaciones de igualdad trascienden la dimensión jurídica, política y económica, y se articulan en torno a expe-

riencias concretas de abuso y maltrato, incluida la experiencia de no sentirse respetado por motivos de clase, género, edad o etnicidad (17,36). En el corazón de esta experiencia se encuentra la importancia que otorgamos al carácter socio-evaluativo de la mirada de los otros: “ser mirado en menos”, sentirse “pasado a llevar”, discriminado o estigmatizado (36). Los resultados del *Estudio Longitudinal Social de Chile* (ELSOC) de los centros de investigación COES y MIDAP muestran que 45% de las personas de clase baja indican que nunca o casi nunca son tratadas con respeto en los servicios de salud y el 44% opina lo mismo cuando el trato proviene de personas de clase alta (37).

En otros términos, cuando hablamos de desigualdad no hablamos sólo de un problema de *redistribución*, sino también de *reconocimiento*, de lógicas relacionales entre grupos sociales. En relación al impacto subjetivo de esta dimensión interaccional de la desigualdad, un estudio de Orchard y Jiménez (30) mostró una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y el hecho de no sentirse respetado en dignidad y derechos. Asimismo, un análisis de los datos de ELSOC muestra que las personas que declaran sentirse “nunca o casi nunca tratadas justamente” presentan mayor persistencia o recurrencia de los síntomas depresivos a lo largo de un periodo de dos años (34). Esto significa que una persona que no se siente respetada o que se siente herida en su dignidad tiene una mayor probabilidad de mantenerse en un estado depresivo.

#### **“NADA POR NOSOTROS, SIN NOSOTROS”: DESIGUALDADES EN LA PARTICIPACIÓN**

Además de las limitaciones en el acceso a bienes materiales y simbólicos, una expresión profunda de la desigualdad en Chile es la falta de acceso de la ciudadanía a espacios de expresión de sus necesidades y a oportunidades de participación vinculantes. Actualmente existen pocos espacios en el país donde las personas puedan decidir

efectivamente sobre un determinado curso de acción en materia de política pública o servicios. En el campo de la salud mental, esta forma de desigualdad se reproduce en distintos espacios institucionales al encontrarse frecuentemente normalizada. Sin embargo, el llamado al involucramiento de usuarios de servicios de salud mental y sus organizaciones en el diseño y entrega de prestaciones de salud es cada vez más común en diferentes declaraciones y políticas de alcance global. Por ejemplo, el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de la Organización Mundial de la Salud llamó explícitamente a los países a involucrar a los usuarios “en acciones de abogacía, política, planificación, legislación, provisión de servicios, investigación y evaluación” (38). En países donde la participación de usuarios tiene décadas de desarrollo, como en Estados Unidos o Reino Unido, estas iniciativas se vincularon directamente con los procesos de desinstitucionalización y el desarrollo paralelo de movimientos de lucha por derechos civiles. En este contexto, las personas con discapacidad (incluyendo discapacidad psicosocial) se organizaron en torno a la idea de “nada por nosotros, sin nosotros” (39).

Diversas fuerzas actúan en contra de esta capacidad de empoderamiento y autodeterminación en salud mental. Según Barnes y Bowl (40), un elemento crucial es cómo la aplicación de un rótulo diagnóstico introduce a las personas en una dinámica de sujeción que los ubica en una posición pasiva en términos de (re)definición de problemas y toma de decisiones. Luego de este acto inaugural, cuyos efectos performativos han sido ampliamente descritos por las ciencias sociales, a menudo los usuarios son considerados “incapaces de tomar control de sus propias vidas y sometidos a poderes coercitivos ‘por su propio bien’” (40). Los trastornos mentales constituyen sin duda una fuente de debilitamiento de capacidades, pero se expresan en una matriz de relaciones y actúan en conjunto con otras expresiones de exclusión activadas con la oficialización

del diagnóstico, las cuales se manifiestan en al menos tres niveles: en las relaciones interpersonales, en las relaciones con los servicios de salud y en la posición de las personas dentro de las comunidades políticas en las que viven.

En Chile, durante las últimas décadas, distintos grupos de usuarios y usuarias se han organizado para repensar las políticas, programas y servicios de salud mental desde un enfoque de derechos (41). Las investigaciones del sociólogo Jorge Chuaqui (42), usuario de servicios y activista en salud mental, han mostrado que el funcionamiento de diferentes unidades de apoyo psicosocial y sanitario -como los hogares y residencias protegidas- se sostienen en dinámicas de imposición de normas rígidas y arbitrarias que restringen la autonomía de usuarios y usuarias, así como sus capacidades de participación en la toma de decisiones cotidianas. Familiares y funcionarios -generalmente en un acuerdo implícito- posicionan a los y las usuarias en un rol pasivo de enfermos, limitando cualquier posibilidad de empoderamiento o promoción de autonomía. La rigidez de esta dinámica de instituciones y programas no sólo va en contra de los principios e ideales normativos que acompañan el desarrollo de los discursos y prácticas en salud mental, sino que restringe la inclusión e integración real de sus residentes, limitando de este modo el ejercicio de la ciudadanía.

#### **“QUIEN MADRUGUE PUEDE SER AYUDADO A TRAVÉS DE UNA TARIFA MÁS BAJA [DE METRO]”: DESIGUALDADES SOCIO-ESPACIALES Y DE USO DEL TIEMPO**

Desde fines del siglo XIX, en el contexto de las profundas y aceleradas transformaciones de las sociedades modernas, investigadores pertenecientes a la sociología y epidemiología social se han interrogado cómo las transformaciones urbanas y las desigualdades socio-espaciales se relacionan con las afecciones mentales (43). Sin embargo, en comparación con otras formas de

expresión de la desigualdad, las relaciones entre desigualdades socio-espaciales y salud mental parecen haber sido relegadas a un segundo plano, de manera que los mecanismos específicos que permiten explicar estos vínculos están aún siendo explorados (44).

Algunos estudios han revelado cómo la segregación territorial, la exposición a amenazas físicas y violencia, así como las malas condiciones del entorno vinculadas a la calidad del aire, agua y contaminación acústica, pueden favorecer la emergencia de trastornos ansiosos, depresión o esquizofrenia (45,46). Por ejemplo, algunos estudios han sugerido que la escasez de espacios públicos puede impedir el desarrollo de cohesión social y promover la emergencia de sentimientos de soledad (47), y que la falta de espacios de juego al aire libre es un factor asociado a una mayor prevalencia de problemas de salud mental entre niños y jóvenes (48). Por el contrario, una mayor exposición a entornos naturales reduce los niveles de estrés y mejora el estado de ánimo (49).

La escasez de tiempo es una dimensión cada vez más relevante de las desigualdades en salud. El estudio de los efectos del uso de tiempo asociado a movilidad y transporte sobre la salud mental ha sido una de las áreas que ha recibido mayor atención (50). Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en once ciudades latinoamericanas mostró que largos trayectos hacia el trabajo, retrasos en el tráfico y acceso limitado a medios de transporte se asocian a una mayor probabilidad de sufrir cuadros depresivos (51). Asimismo, algunos estudios se han focalizado en las disparidades de uso del tiempo dedicado a trabajos domésticos, destacando cómo las diferencias de los roles de género afectan particularmente a las mujeres (52,53). El tiempo que dedican las mujeres a labores domésticas no sólo se asocia a mayor sobrecarga de trabajo y menores posibilidades de recreación, sino que también reduce sus posibilidades de incorporación al mercado

laboral y su participación en actividades sociales y políticas (52). En este escenario, distintos estudios han mostrado que la presión por la escasez de tiempo se asocia a mayor estrés percibido, trastornos del sueño, síntomas psicósomáticos, síntomas depresivos y una peor evaluación del estado de salud, lo cual afecta principalmente a las mujeres (54,55).

Actualmente en Chile no existen estudios que vinculen explícitamente desigualdad en el uso del tiempo y salud mental. No obstante, Basaure et al. (56) han llevado a cabo una investigación que analiza el uso del tiempo desde tres dimensiones: trabajo remunerado, trabajo doméstico y tiempo libre. Los resultados mostraron que el trabajo remunerado consume principalmente el tiempo de hombres pertenecientes a estratos bajos, mientras que el trabajo doméstico consume principalmente el tiempo de mujeres pertenecientes al mismo estrato. Más aún, los casos extremos revelan que un grupo importante de mujeres de entre 30-44 años debe compatibilizar el trabajo doméstico con la búsqueda de trabajo en el mercado laboral. Por último, los resultados evidenciaron que la escasez de tiempo libre sería más un problema de clase que de género. Estos resultados son consistentes con otros estudios que han revelado las dificultades que presentan adultos/as pertenecientes a estratos bajos para llevar a cabo actividades distintas a la laboral, de cuidado o de traslado (57).

### **“EL PATRIARCADO ES UN JUEZ, QUE NOS JUZGA POR NACER”: DESIGUALDADES DE GÉNERO**

Uno de los hallazgos clínicos y epidemiológicos más consistentes, tanto a nivel internacional como nacional, es que los trastornos mentales comunes afectan principalmente a las mujeres (58,59). En Chile, la Encuesta Nacional de Salud (60) muestra una prevalencia de depresión cinco veces mayor en mujeres (10,1%) que en hombres (2,1%), una disparidad mucho mayor que en



otros países, donde la prevalencia de depresión tiende a ser dos o tres veces más alta en mujeres que en hombres (59).

La literatura internacional ofrece dos grandes hipótesis para explicar estas diferencias de género. Según la hipótesis de “exposición diferencial”, esta brecha se debe a que las mujeres están expuestas con mayor frecuencia a desventajas sociales (niveles más bajos de educación e ingresos, inserción laboral inestable, ocupaciones menos calificadas, desigualdades de poder y de estatus) y a factores estresantes a lo largo de la vida (inseguridad económica, sobrecarga de trabajo) (61). En cambio, según la hipótesis de “vulnerabilidad diferencial”, esta brecha no se debería a una mayor exposición a estresores psicosociales y económicos, sino al mayor impacto de las desventajas socioeconómicas sobre las mujeres, así como al menor control que algunas mujeres tendrían sobre áreas importantes de sus vidas en comparación a los hombres (62). Sin embargo, actualmente no existe evidencia concluyente respecto a si los hombres o las mujeres son más sensibles en términos emocionales a las desigualdades de riqueza e ingreso (63).

En Chile, las mujeres trabajadoras reciben menores salarios que los hombres, tienen trayectorias laborales más interrumpidas producto de la maternidad y a menudo experimentan sobrecarga de roles al asumir la mayor parte del cuidado de los hijos y de las labores domésticas (17). Asimismo, las mujeres declaran experimentar mayor cantidad de situaciones de maltrato a la dignidad que los hombres, lo cual puede tener un impacto negativo sobre su salud mental. Los resultados de ELSOC muestran que el grupo de mujeres de nivel socioeconómico bajo es el que presenta mayor sintomatología depresiva; además, la gradiente de distribución de síntomas depresivos por ingreso y nivel educacional es más acentuada para las mujeres que para los hombres (34). Estos resultados sugieren que el efecto de la posición socioeconómica sobre la sintoma-

tología depresiva ocurre en interacción con el género, es decir, se produce un efecto sinérgico entre desigualdades socioeconómicas y de género: las mujeres pobres representan un grupo doblemente desfavorecido, lo que parece tener un impacto amplificado sobre su salud mental, permitiendo explicar la brecha entre hombres y mujeres.

### **“CABROS, ESTO NO PRENDIÓ”: COMENTARIOS FINALES**

En el ámbito de salud, la desigualdad ha sido abordada principalmente a través del modelo de “determinantes sociales”, el cual ha permitido instalar un mensaje relevante en términos de política pública: la desigualdad no sólo es injusta; también es ineficiente. Desde este modelo, las relaciones entre desigualdad y salud mental se han comprendido fundamentalmente desde la perspectiva del ingreso o del género. A partir de una revisión amplia de la literatura nacional e internacional, en este artículo hemos abordado distintas expresiones de la desigualdad (de ingreso, género, trato cotidiano, socio-territoriales y uso del tiempo), describiendo sus potenciales impactos en la salud mental de las personas. Esta revisión permite dar cuenta de que la reducción de las desigualdades y asimetrías de poder constituye una condición indispensable para promover la salud mental. Asimismo, esta revisión permite destacar que las políticas sociales y de planificación sanitaria deben reconocer las distintas dimensiones de la desigualdad y sus relaciones. Por ejemplo, relevar las desigualdades en la participación implica reconocer la necesidad de diseñar, implementar y evaluar programas de salud pública en diálogo con las personas y comunidades cuyas vidas se ven afectadas por estos programas, lo cual implica concebir las intervenciones como procesos relacionales.

En este artículo hemos mencionado que la desigualdad adquiere distintos sentidos y alcances en función de los contextos locales en los que se ex-

presa. Dicho de otro modo, la percepción de falta de legitimidad de la desigualdad depende de la manera en que el principio normativo de igualdad se encarna en una sociedad específica (un sistema de ideales, creencias, normas y valores). Que se trate de un principio normativo significa que actúa como fundamento de las expectativas individuales y colectivas, orientando la vida social y la forma como las personas evalúan sus trayectorias vitales. Por ejemplo, la relevancia actual de las desigualdades en la interacción revela un cuestionamiento a los principios que tradicionalmente han ordenado el lazo social en Chile y América Latina, el cual reproduce una concepción vertical de las relaciones sociales. Esto es precisamente lo que se encuentra detrás de la demanda de “dignidad” levantada en el “estallido social”.

La insistencia en una concepción multidimensional y situada de la desigualdad permite también problematizar la idea misma de “determinantes sociales” de la salud. La idea de desigualdad que subyace al modelo de determinantes sociales supone cierta forma de comprender e intervenir “lo social”. Muchas de las metodologías y modelos explicativos empleados en salud pública conciben “lo social” como una entidad externa delimitada o delimitable (un entorno que rodea a los individuos), un conjunto preestablecido de atributos a ser medidos o modificados (en general, algo sobre lo que los individuos no tienen control) (64). De este modo, lo que se pierde de vista es la *socialidad de lo social*, las diversas formas en que se experimentan, estabilizan o transforman las condiciones de vida (64,65).

El marco de los determinantes sociales dirige nuestra atención a las “causas de las causas” de la salud de las personas y comunidades (66), pero estas “causas” y sus efectos no pueden ser conocidos o definidos por fuera del entramado de relaciones, prácticas cotidianas y condiciones histórico-culturales que constituyen la vida individual y colectiva. Desde este punto de vista, los

trastornos mentales no implican simplemente un proceso patológico o “biopsicosocial”. La experiencia de los trastornos mentales se compone tanto de biografías individuales como de narraciones colectivas que revelan una verdad histórica acerca del orden social: los trastornos mentales constituyen una de las formas en la que se expresa la “encarnación de la desigualdad” (67). Dicho de otro modo, el sufrimiento psíquico no está simplemente *determinado* por lo social, sino que es en sí mismo social. En este sentido, comprender la desigualdad como un simple “factor de riesgo” invisibiliza la historicidad de la economía política y moral que interfiere sobre la capacidad de las personas para llevar adelante una “vida buena”.

En Chile, el estudio de las relaciones entre desigualdad(es) y salud mental se ha desarrollado aceleradamente durante los últimos años. En términos de agenda de investigación, creemos que para dar cuenta de las distintas dimensiones de la desigualdad que pueden afectar la salud mental se requiere desarrollar enfoques basados en métodos mixtos, combinando estudios epidemiológicos con estudios etnográficos, modelos estadísticos complejos con el uso de historias de vida. Esto permitiría comprender las intersecciones entre distintas dimensiones y niveles de la desigualdad, y elaborar intervenciones específicas a los contextos locales, en lugar de reproducir modelos y soluciones con pretensión universal. Asimismo, se requiere impulsar el desarrollo de estudios longitudinales que permitan integrar datos biopsicosociales, económicos y narrativos, así como examinar críticamente los mecanismos por los cuales las desigualdades actúan sobre la salud mental a nivel individual, comunitario y a lo largo del curso de vida.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue financiado por ANID - Programa Iniciativa Científica Milenio - ICS13\_005, NCS17\_015, NCS17\_035.

**REFERENCIAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS, 2008
2. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization, 2014.
3. Picketty T. *Le capital au XXIe siècle*. Paris: Seuil, 2013.
4. Lund C, Carrie Brooke-Sumner, Florence Baingana, Emily Claire Baron, Erica Breuer, Prabha Chandra, Johannes Haushofer, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 357-369.
5. Chiavegatto Filho A, Kawachi I, Wang Y, Viana M, Andrade L. Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in Sao Paulo, Brazil. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2013; 67: 966-972.
6. Wilkinson R, Pickett K. *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner, 2009.
7. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 229-237.
8. Patel V, Burns J, Dhingra D, Tarver L, Kohrt B, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry* 2018; 17: 76-89.
9. Wilkinson R, Pickett K. *The inner level. How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's wellbeing*. London: Penguin books, 2018.
10. Burns J, Tomita A, Kapadia A. Income inequality and schizophrenia: Increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *International Journal of Social Psychiatry* 2014; 60(2): 185-196.
11. Collins PH. *Intersectionality as critical social theory*. Durham: Duke University Press, 2019.
12. Trygg N, Gustafsson P, Månsdotter A. Languishing in the crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health. *Int Journal Equity Health* 2019; 18: 115.
13. Subramanian S, Kawachi I. Income inequality and health: what have we learned so far? *Epidemiology Review* 2004; 26: 78-91.
14. Silva Ribeiro W, Bauer A, Andrade M, York-Smith M, Pan P, Pingani L, et al. Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017; 4(7): 554-562.
15. Cifuentes M, Sembajwe G, Tak S, Gore R, Kriebel D, Punnett L. The association of major depressive episodes with income inequality and the human development index. *Social Science & Medicine* 2008; 67(4): 529-539.
16. Lund C, Breen A, Flisher A, Kakuma R, Corrigall J, Joska J, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Social Science and Medicine* 2010; 71: 517-528.

17. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago: PNUD, 2017.
18. Sapelli C. *Chile: ¿más equitativo?* Santiago: Ediciones UC, 2016.
19. Savani K, Rattan A. A choice mind-set increases the acceptance and maintenance of wealth inequality. *Psychological Science* 2012; 23(7): 796-804.
20. Schneider S. Income inequality and its consequences for life satisfaction: What role do social cognitions play? *Social Indicators Research* 2012; 106(3): 419-438.
21. Layte R. The association between income inequality and mental health: testing status anxiety, social capital, and neo-materialist explanations. *European Sociological Review* 2012; 28(4): 498-511.
22. Buttrick N, Oishi S. The psychological consequences of income inequality. *Soc Personal Psychol Compass* 2017; 11: e12304.
23. Erdem Ö, Van Lenthe F, Prins R, Voorham T, Burdorf A. Socioeconomic inequalities in psychological distress among urban adults: The moderating role of neighborhood social cohesion. *PLoS ONE* 2016; 11(6): e0157119.
24. Krause M, Güell P, Jaramillo A, Zilveti M, Jiménez JP, Luyten P. Changing communities and increases in the prevalence of depression: is there a relationship? *Universitas Psychologica* 2015; 14(4): 1259-1268.
25. Deaton A. Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature* 2003; 41(1): 113-158.
26. Stuckler D, Basu S. *The body economic: Why austerity kills*. New York: Basic Books, 2013.
27. Araya R, Zitko P, Markkula N. The impact of universal health care programmes on improving ‘realized access’ to care for depression in Chile. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2018; 45(5): 790-799.
28. Barozet E. Looking ahead: what are the challenges for the middle classes? The case of Chile. In *Middle Class: Expansion and consolidation in Latin America*, Policy Brief Polis 2018, 18: 36-39.
29. Araujo K, Martucelli D. *Desafíos comunes. Retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. Santiago: LOM, 2012.
30. Orchard M, Jiménez A. *¿Malestar de qué? Acerca de ciertos malentendidos entre malestar social y sufrimiento psíquico en Chile*. En E. Radiszcz (ed.) *Malestares y destinos del malestar*. Santiago: Social Ediciones, 2016.
31. Layte R, Whelan C. Who feels inferior? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health. *European Sociological Review* 2014; 30(4): 525-535.
32. Wetherall K, Robb K, O’Connor R. Social rank theory of depression: A systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. *Journal of Affective Disorders* 2019; 246: 300-319.
33. Bourdieu P. *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus, 1988.
34. Jiménez-Molina A, Abarca-Brown G. Depresión en Chile: una mirada interseccional desde las ciencias sociales. En Rojas G, De-

- presión. Santiago: Editorial Universitaria (en prensa).
35. Mau S, Mewes J, Schöneck N. What determines subjective socio-economic insecurity? Context and class in comparative perspective. *Socio-Economic Review* 2012; 10(4): 655-682.
  36. Orchard M. The moral economy of 'respect' in Chilean Society. PhD Thesis, School of Sociology and Social Policy, University of Nottingham, 2019.
  37. Centro de Investigación en Conflicto y Cohesión Social (COES) Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). [www.elsoc.cl](http://www.elsoc.cl)
  38. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. Ginebra: OMS, 2014.
  39. Morrison L. Talking back to psychiatry: The psychiatric consumer/survivor/ex-patient movement. London: Routledge, 2005.
  40. Barnes M, Bowl R. Taking over the asylum: Empowerment and mental health. Basingsstoke: Palgrave, 2001.
  41. Montenegro C, Cornish F. Historicising involvement: The visibility of user groups in the modernisation of the Chilean Mental Health System. *Critical Public Health* 2019; 29(1): 61-73.
  42. Chuaqui J. Institucionalización Psiquiátrica: El caso de los Hogares Protegidos de la Región de Valparaíso, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental* 2015; 32(2): 9.
  43. Rose N. Mental health, stress, and the contemporary metropolis. In Keith M, Aruska A, De Souza Santos A (eds). *Urban transformations and public health in the emergent city*. Manchester: Manchester University Press, 2019.
  44. Manning N. Sociology, biology and mechanisms in urban mental health. *Social Theory & Health* 2019; 17(1): 1-22.
  45. Guite H, Clark C, Ackrill G. The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health* 2006; 120(12):1117-1126.
  46. Peen J, Schoevers R, Beekman A, Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(2):84-93.
  47. Corcoran R, Marshall G. From lonely cities to prosocial places. In O. Sagan and E. Miller (eds.) *Narratives of Loneliness*. UK: Routledge, 2018, pp. 127-139.
  48. Elliott I. Poverty and Mental Health: A review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation, 2016.
  49. van den Berg M, WendelVos W, van Poppe M, Kemper H, van Mechelen W, Maas J. Health benefits of green spaces in the living environment: A systematic review of epidemiological studies. *Urban For Urban Green* 2015;14(4):806-816.
  50. McCay L, Abassi A, Abu-Lebdeh G, *et al.* Scoping assessment of transport design targets to improve public mental health. *Journal of Urban Design and Mental Health* 2017; 3:8.
  51. Wang X, Rodríguez D, Sarmiento O, *et al.* Commute patterns and depression: Evidence from eleven Latin American cities. *Journal of Transport & Health* 2019; 14: 100607.

52. CEPAL. El tiempo, los tiempos, una vara de desigualdad. Santiago: CEPAL, 2005.
53. Weston G, Zilanawala A, Webb E, *et al.* Long work hours, weekend working and depressive symptoms in men and women: findings from a UK population-based study. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73: 465-474.
54. Roxburgh S. “There just aren’t enough hours in the day”: the mental health consequences of time pressure. *Journal of Health and Social Behaviour* 2004; 45(6): 115-131.
55. Strazdins L, Griffin A, Broom D, Banwell C, Korda R, Dixon J, Paolucci F, Glover J. Time scarcity: another health inequality? *Environment and Planning* 2011; 43: 545-559.
56. Basaure M, Sánchez B, Vera C. Desigualdad como tiranía del tiempo. Una indagación teórica y empírica del caso chileno. Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social, Documento de trabajo n°32. Santiago: COES, 2018, pp. 1-49.
57. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. Santiago: PNUD, 2012.
58. Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Social Science & Medicine* 2005; 60: 1693-1703.
59. Salk R, Hyde J, Abramson L. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin* 2017; 143(8): 783.
60. Ministerio de Salud – Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Santiago: MINSAL, 2018
61. Hammarström A, Lehti A, Danielsson U, Bengs C, Johansson E. Gender-related explanatory models of depression: A critical evaluation of medical articles. *Public Health* 2009; 123: 689-693.
62. Leupp K. Even supermoms get the blues: Employment, gender attitudes, and depression. *Society and Mental Health* 2019; 9(3): 316-333.
63. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Translational Psychiatry* 2018; 8: 98.
64. Yates-Doerr E. Reworking the social determinants of health: Responding to material-semiotic indeterminacy in public health interventions. *Medical Anthropology Quarterly* 2020; 34(3): 378-397.
65. Adams V, Behague D, Caduff C, Löwy I, Ortega F. Re-imagining global health through social medicine. *Global Public Health* 2019; 14(10):1383-1400.
66. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It’s time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports* 2014; 129: 19-31.
67. Fassin D. The embodiment of inequality. AIDS as a social condition and the historical experience in South Africa. *EMBO reports* 2003; 4(1): S4-S9.