

EXPLORACIÓN DE UN MODELO DE FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES QUE HABITAN EN CAMPAMENTOS

María Francisca Bustamante Sage | Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

El objetivo central de este estudio fue explorar cómo las condiciones de vida en campamentos de la región Metropolitana y del Bío – bío, asociadas a la experiencia de una serie de desventajas socio-económicas y de exclusión social, pueden determinar sintomatología depresiva en las mujeres que habitan dichos asentamientos. A nivel metodológico, mediante regresiones logísticas se probó cómo influían distintos niveles de determinantes sociales de la salud (socioeconómico-ambiental, comunitarios, familiares y del ciclo de vida) sobre los niveles de sintomatología depresiva de la mujer. Los resultados indicaron que las variables asociadas al nivel familiar, como tener más de cuatro hijos y vivir en un hogar donde algún miembro de la familia presente enfermedades crónicas, fueron las más relacionadas al aumento de la probabilidad de que una mujer que vive en campamentos presente altos niveles de sintomatología depresiva. Ello se explicaría por el hecho de que las exigencias a nivel familiar son una de las principales fuentes de tensión cotidiana en la vida de una mujer que vive bajo condiciones socioeconómicas precarias. En consecuencia, cabe reflexionar sobre la construcción del rol de la mujer en nuestra sociedad, aún muy ligado a las tareas domésticas y de cuidado de la familia, y a la sobrecarga que implica el cumplimiento de éste.

Palabras claves: Determinantes sociales de la salud, depresión femenina, extrema pobreza, campamentos

1. Introducción

Un campamento es, según la definición de Un Techo Para Chile (UTPCH), un asentamiento donde habitan más de 8 familias agrupadas o contiguas, las que carecen (o poseen de manera irregular) al menos de uno de los servicios básicos como son: agua potable, luz eléctrica, alcantarillados; y se encuentran en una situación irregular respecto al terreno. Según el último catastro del Minvu, en el año 2011 en Chile existían 706 campamentos. (Minvu, 2011)

En términos de las mediciones de pobreza e indigencia, en el año 2007 el 62,4% de los hogares de campamentos se encontraban por debajo de la línea de la pobreza, lo que implica que el ingreso per cápita total de estos hogares era menor al valor de dos canastas básicas. A la vez, del total de hogares de campamentos que se encontraban por debajo de la línea de la pobreza, el 32,3% se encontraba en situación de pobreza y el 30,1% eran indigentes. Por otra parte, sólo el 37,6% de los hogares de campamentos están por encima de la línea de la pobreza (Mardones, 2007).

Una de las principales características de la vida en campamentos son las condiciones precarias de habitabilidad. Los datos del Catastro del Minvu (2011) indican que un 67% de los campamentos tiene acceso regular a electricidad, un 87% tiene acceso irregular a agua potable y un 86% accede al servicio de alcantarillado de manera irregular. Este panorama indica que hay carencias importantes en el acceso y formalidad del servicio de agua potable

y de eliminación de excretas, lo que puede traducirse en malas condiciones sanitarias e higiénicas para sus habitantes.

Complementando lo anterior, no sólo las condiciones materiales permiten dar cuenta de la situación de pobreza, sino también la situación de inclusión/exclusión respecto a distintos sistemas sociales que garantizan condiciones de bienestar social y calidad de vida en esta sociedad. Algunos estudios realizados en campamentos dan cuenta de situaciones de exclusión en relación al sistema educativo, laboral y de salud (UNICEF-UTPCH, 2009; Alvarado & Gallegos, 2004; Bedregal et al., 2006).

Fotografía: Un Techo para Chile



Particularmente en el ámbito de la salud, cabe destacar que la información actual indica que hay una alta cobertura del sistema de salud ya que un 76,7% de los jefes de hogar de campamentos en las regiones Metropolitana, del Bío-Bío y Antofagasta tienen cobertura de Fonasa en el grupo de atención gratuita (UNICEF-UTPCH, 2009) lo que da cuenta de que si bien hay acceso al sistema de salud, es un tipo de acceso que se asocia a problemáticas como mala calidad de atención, tiempos de espera extensos, entre otros.

Más específicamente, Bedregal et al. (2006) muestra algunas conclusiones que dan cuenta de las desventajas de las personas de campamentos en términos de su calidad de vida, salud y acceso al sistema, estas son: a) En la población habitante de campamentos existe una alta insatisfacción con la calidad de vida en general, y en específico en relación con la salud. b) Se comprueba que existe una sub-utilización de los recursos de salud, cuestión que se manifiesta principalmente en el distanciamiento de las redes de salud primarias, el desconocimiento del tema previsional y en la conducta mostrada ante el padecimiento de una enfermedad, ya que hay una alta recurrencia de conductas como la automedicación y el no atenderse en servicios de salud. c) Un gran número de personas que viven en campamentos no accede a prestaciones que en general tienen alta cobertura en el país como el control del niño sano, programas de vacunación y retiro de leche en el consultorio. d) Se evidencia una importante cantidad de problemas derivados del alto consumo de alcohol y tabaco entre dicha población. f) Finalmente, el estudio da cuenta de que en campamentos hay una mayor prevalencia de problemas relacionados al estado anímico, depresión y trastornos del sueño. Mientras en Chile un 17% de la población mayor de 18 años declara presentar estos síntomas, en campamentos la cifra alcanza a un 40%.

A partir de lo anterior, cabe preguntarse por los factores que afectan la salud mental de las personas en un entorno

de acumulación de desventajas sociales. Al mismo tiempo, el profundizar en las causantes estas enfermedades en contextos de extrema pobreza aporta información para orientar la intervención social en salud en términos de la prevención y tratamiento de determinados problemas.

2. DEPRESIÓN EN LA MUJER: TENDENCIAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Con el fin de orientar la exploración de un modelo que profundice en factores sociales determinantes de la sintomatología depresiva en mujeres que viven en campamentos, es importante profundizar en algunos antecedentes asociados a las tendencias, causas y consecuencias de la depresión en la mujer.

Los datos obtenidos por Benjamin et al. (2002) indican que más de un tercio (36%) de la población chilena estudiada, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada cinco, 22,6%, había tenido un desorden en los últimos 6 meses. A la vez, en este estudio se confirma la mayor prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos entre las mujeres y de trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los hombres.

Si se observan los datos obtenidos en campamentos, la tendencia es similar. Así, para el caso de los campamentos de la Región Metropolitana, un 43,6% de mujeres declara tener síntomas depresivos, mientras que sólo un 27,4% de los hombres afirma tenerlos (CIS, 1996).

A nivel de las causas de la depresión, destaca la multicausalidad del problema. Desde el ámbito de la biología la OMS (2000) expone que se han relacionado a la depresión causas genéticas, ligadas al funcionamiento de los neurotransmisores y ligadas al sistema endocrino, que en las mujeres es diferente ya que actúan hormonas específicas

del sistema reproductivo. Por ejemplo, se ha probado una relación entre la mayor prevalencia de depresión en la mujer y los años de fecundidad, con los cambios hormonales que estos ciclos vitales suponen. Al mismo tiempo, se han documentado de manera extensa las variaciones del estado de ánimo ligadas a los cambios hormonales que tienen lugar durante el ciclo menstrual y el puerperio. Sin embargo, a pesar de que se han encontrado estas relaciones biológicas y genéticas con la depresión, se afirma que los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo, procesos biológicos y factores ambientales, es decir existe acuerdo en la gran importancia de la influencia que juegan las variables socio-ambientales o externas al individuo en la configuración de la depresión al interactuar con variables biológicas y genéticas. Entonces, desde una visión integradora la OMS plantea que la causa de los trastornos mentales como la depresión, son de origen biológico, psicológico y social (OMS, 2001). De este modo, cobra relevancia analizar la depresión de la mujer desde sus causas sociales debido a que tal como plantea la OMS (2000), actualmente se debe evaluar las necesidades específicas de la salud mental de la mujer para generar un proceso de promoción de salud eficaz. Esto estaría siendo obstaculizado por la insuficiencia de las fuentes de datos, por una excesiva biologización para la explicación de las enfermedades y porque se abordan los problemas de salud mental desde un enfoque que individualiza a la mujer, olvidando la situación de salud de grupos específicos de la sociedad, como lo son las mujeres de status socioeconómico bajo.

A nivel de las consecuencias de la depresión, tal como lo afirman Minoletti & Zaccaria (2005) los problemas de salud mental son los que más impacto generan en ámbitos como la calidad de vida de las personas, en las relaciones familiares, en la economía individual y social, y en los sistemas de salud. Específicamente, en el caso de la depresión en la mujer, también se documentan consecuencias que impac-

tan en la calidad de vida y otros ámbitos. Retamal (2008) plantea que “la depresión provoca un considerable impacto en la salud pública: los años de vida saludable perdidos por discapacidad en las mujeres se ubica en el segundo lugar y en el décimo lugar al considerar ambos sexos” (Considerando todas las patologías o problemas de salud que hacen que una persona pierda años de vida saludable) (p.17). Al mismo tiempo, documenta que un 30% de las consultas registradas en la atención primaria se realizan por motivo de depresión. Por último, plantea que a nivel psicosocial la depresión tiene impacto significativo sobre la crianza de los hijos, la separación conyugal, el aislamiento social, las tasas de suicidio y la enfermedades somáticas (Retamal, 2008).

Siguiendo la discusión anterior y dado que este estudio busca realizar una mirada sociológica de los determinantes de la salud mental de la mujer, específicamente de la depresión, se profundizará en los factores sociales asociados de manera positiva y negativa a la ocurrencia de depresión en mujeres que viven en contextos de pobreza, con el fin de orientar la construcción del modelo de análisis de datos.

En primer lugar, a nivel general se han encontrado relaciones entre variables sociodemográficas y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres. Matud et.al. (2006) encuentra evidencia de que las diferencias de género en depresión se maximizaban en las personas mayores de 34 años, en las que tenían hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las no profesionales.

Abordando los factores asociados a la salud mental de mujeres que viven en condiciones de pobreza, el análisis de Belle (1990) da cuenta de una serie de variables que se han asociado a problemas de salud mental de las mujeres como el no tener confidentes o relaciones íntimas, el tener hijos bajo su cuidado, ser soltera o divorciada, presentar carencias educativas o de empleo.

Siguiendo en el marco del análisis de factores asociados al deterioro o bienestar mental de las mujeres pobres, una línea importante de investigación es la que estudia el rol de protección de la salud mental que cumplen variables ligadas al nivel de las relaciones sociales y comunitarias, como el capital social, las redes sociales o el apoyo social¹. Matud et.al. 2002 estudia la importancia de los factores sociodemográficos en la percepción de apoyo comunitario de mujeres y hombres. Los principales resultados indican que la presencia de síntomas somáticos, disfunción social, ansiedad, insomnio y depresión grave correlacionan significativamente con bajos niveles de apoyo social, siendo los coeficientes ligeramente más altos para las mujeres, con excepción de los síntomas somáticos y la disfunción social. En el contexto nacional, Poblete, Sapag & Bossert (2008) han relacionado el capital social con la salud mental de personas que habitan en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo. El principal resultado del estudio sugiere una relación positiva entre capital social y salud mental. A nivel más específico, encuentran una relación entre género femenino, bajo nivel educativo y padecimiento de enfermedades crónicas con bajos niveles de salud mental. Al mismo tiempo, los componentes del índice de capital relacionados a la confianza se asociaron con una mejor situación de salud mental.

Considerando lo expuesto, es importante indagar en los factores sociales que determinan la depresión de la mujer en contextos de extrema pobreza, como es el caso de las mujeres que viven en campamentos de nuestro país.

(1) Para una mayor reflexión sobre este temas, ver: Barrón y Chacón, 1992; Berkman y Glass, 2000; Berkman y Kawachi, 2000; Barrón y Sánchez, 2001; Matud et.al. 2002

3. MIRADAS TEÓRICAS AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LÍNEAS TEÓRICAS PARA EXPLICAR LA RELACIÓN ENTRE ENTORNO SOCIAL Y SALUD

A continuación se analizan algunas teorías que permiten explicar el vínculo entre los factores sociales y la salud mental de las personas, con el fin de indagar en las posibles respuestas a la principal interrogante de esta investigación.

Desde el enfoque de la epidemiología social, las enfermedades no sólo son entendidas desde sus causas o determinantes físicas y biológicas, sino también a partir de sus determinantes y distribución social. Así la epidemiología social, se enfoca en analizar los determinantes sociales de las distribuciones de la salud y enfermedad en las poblaciones, dando cuenta de inequidades en dicha distribución.

Los determinantes sociales de la salud se han definido como “aquellas condiciones sociales en las cuales se desarrolla la vida de las personas y que afectan el estado de salud de la población en distinto grado, de acuerdo a diversos factores” (Jadue y Marin eds. 2005: 9).

En el libro “Social determinants of health: The solids facts” (OMS, 2003) se pone en cuestionamiento la idea de que las desigualdades en la salud se generen por diferencias en el acceso a cuidados médicos, y se busca probar la hipótesis de que el entorno económico y social afecta en la salud de la población generando diferencias. Al mismo tiempo, se genera una crítica a la idea de que las enfermedades o la mortalidad estén determinadas en mayor medida por los factores de riesgo individuales. Según su análisis este tipo de factores sólo explica una parte de las causas de muerte. En esta línea, se argumenta que “por muy importantes que

puedan ser las susceptibilidades genéticas a las enfermedades del individuo, las causas comunes de la mala salud que afectan a poblaciones son ambientales y aparecen y desaparecen con mucha mayor rapidez que los cambios genéticos de ritmo lento porque reflejan los cambios en nuestra forma de vivir” (p.7).

Partiendo de estas ideas generales, dentro de la epidemiología social se ha teorizado en la búsqueda de explicaciones donde se vinculen las variables sociales con la salud de las personas. En este sentido, Krieger (2001) expone tres líneas teóricas contemporáneas para dar cuenta de estos fenómenos: a) Teoría psicosocial, b) Teoría de la producción social de la enfermedad o economía política de la salud, c) Teoría ecosocial y perspectivas dinámicas relacionadas multi-nivel. Para efectos del presente trabajo, se profundizará solamente en la primera, ya que es la que le da un marco al estudio.

La teoría psicosocial, surge preguntándose por qué algunos individuos desarrollan respuestas patológicas ante ciertas condiciones de vida, mientras que otros expuestos a las mismas condiciones se mantienen sanos. Frente a este fenómeno, Cassel (1976, citado en Krieger, 2001) plantea una de las teorías fundantes de esta perspectiva, explicando como hipótesis central que el entorno puede generar condiciones de estrés psicológico en los individuos y por vía del estrés se afecta la salud de las personas.

El estrés se puede definir como el proceso mediante el cual las demandas del medio superan la capacidad de adaptación del organismo, originando cambios psicológicos o biológicos que pueden poner a las personas en riesgo de sufrir enfermedades (Cohen, Kessler & Underwood 1995).

Siguiendo esta definición, la teoría considera que existen entornos estresores que se caracterizan por la existencia de jerarquías dominantes, desorganización social, cambio social rápido, marginalidad y aislamiento social. Al mismo

tiempo, se agrega que los efectos de estos factores sobre la salud podrían ser amortiguados por factores como el apoyo social y los activos psicosociales. Por lo que Cassel plantea que la mejor intervención para reducir los problemas de salud de los individuos o grupos es fortaleciendo el apoyo social, más que reduciendo la exposición a los estresores.

Además de las líneas teóricas nombradas, “en los últimos 15 años, se han elaborado varios modelos para mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales influyen en el estado de salud, con el fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos tipos de determinantes y definir puntos de entrada para políticas sociales” (Jadue y Marin eds. 2005: 11). Al mismo tiempo, permiten visibilizar la manera en que los determinantes sociales de la salud influyen en que se generen inequidades sociales. A continuación se profundizará en uno de los modelos explicados en el estudio citado, debido a que éste permitirá articular las variables e hipótesis de la investigación en la búsqueda de determinantes sociales de la salud mental de mujeres que viven en campamentos.

El modelo seleccionado es el de Dahlgren y Whitehead (1992 citado en Jadue y Marin eds. 2005). En él se explica la producción de enfermedades y de inequidades dentro de la población por interacciones causales entre 4 niveles: características individuales, estilos de vida, redes sociales y comunitarias, y socioeconómico/cultural/ambiental. Las personas se encuentran en el centro del modelo, donde se consideran variables genéticas condicionantes de la salud y otras como el sexo o la edad, que se constituye como el nivel individual. Luego se encuentra el nivel de los comportamientos personales, las relaciones íntimas, familiares y las formas de vida. Posterior a éste, se articula el nivel de las redes y sociales y comunitarias. Por último, se pueden observar los factores relacionados a las condiciones de vida, a los aspectos socioeconómicos, acceso a servicios, entre otras variables estructurales (Ver figura 1).

Las dinámicas que se producen entre los determinados niveles van a determinar peores condiciones de salud para los grupos que se encuentran en posiciones más bajas de la escala social, ya que esto se asocia a estilos de vida menos saludables, más tensiones familiares, menos contactos y vínculos con redes de apoyo social y comunitario, y peores condiciones ligadas a variables estructurales como de vivienda, empleo, educación (Jadue, L. y Marin, F. eds. 2005: 11).

Figura 1: Modelo de producción de inequidades en salud de Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1992, citados en “Determinantes sociales de la Salud en Chile” Jadue, L. y Marin, F. eds. 2005.

En resumen, la presente investigación se nutre de la epidemiología social, ya que desde ésta se considera que las enfermedades no sólo son causadas por factores físicos, genéticos y biológicos, sino también a partir de su distribución en distintos grupos de la sociedad y de factores sociales. Al mismo tiempo, la vertiente psicosocial de la epidemiología social aporta la idea de que el entorno social puede generar respuestas patológicas en las personas mediante el estrés, lo que aumenta la probabilidad de enfermar. Por último, el modelo de Dahlgren y Whitehead permite organizar y dar sentido en términos de las rela-

ciones de causalidad a las variables sociales que pueden determinar patologías en las personas, en la búsqueda de un modelo de explicación de la sintomatología depresiva de las mujeres que viven en campamentos.

3.2. ¿DE QUÉ MANERA LAS VARIABLES SOCIALES PUEDEN DETERMINAR LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES QUE VIVEN EN CONTEXTOS DE POBREZA?: TEORÍAS QUE EXPLICAN ESTA VINCULACIÓN

Desde la teoría psicosocial de la epidemiología social, se han elaborado dos hipótesis o líneas de análisis, para responder a este tipo de interrogante, relacionada a la distribución social desigual de la enfermedad mental según el género. Ellas son: la hipótesis de la exposición diferencial y la hipótesis de la vulnerabilidad diferencial (Barrón, 1989; Aneshensel, 1992).

En primer lugar, la hipótesis de la exposición diferencial plantea que “las clases bajas tienen mayores tasas de psicopatología porque experimentan más acontecimientos vitales estresantes, así tienen mayor probabilidad de exponerse a estrés en sus experiencias cotidianas” (Barrón, A. 1989:50). La misma explicación se puede aplicar para dar cuenta de los diferenciales de enfermedad mental de las mujeres, es decir, las mujeres a lo largo de sus vidas estarían expuestas a una mayor cantidad de experiencias estresantes que los hombres, principalmente ligadas a aspectos afectivos y de la relación con otros como la ausencia de cónyuge, la crianza de los hijos, etc.

Por su parte la hipótesis de la vulnerabilidad diferencial, surge como respuesta a la explicación de la exposición diferencial, argumentando que ésta no explica completamente la diferencia en los trastornos psicológicos según variables sociodemográficas. Más bien, proponen que los grupos más desfavorecidos como las clases bajas o las mujeres son más vulnerables a los acontecimientos vita-

les estresantes, teniendo un mayor impacto en ellos. Este impacto diferencial se explicaría por diferencias en los recursos psicológicos y sociales para el afrontamiento del estrés provocado por los eventos vitales, así los eventos no serían inherentemente estresantes. Entonces la clase social generaría diferencias en la salud mental como una variable intermedia, que media la relación entre estrés y enfermedad afectando en la disponibilidad de recursos de afrontamiento (Barrón, A. 1989). Por ejemplo, los bajos niveles educativos de la clase baja pueden determinar menor efectividad y un menor repertorio de recursos de afrontamiento ante una situación estresante.

Una tercera línea de explicación, que puede entenderse como una conjunción de las teorías anteriores se enmarca en la línea de la teoría de la desesperanza aprendida para explicar los mayores niveles de depresión de las mujeres en contextos de pobreza. En términos generales, esta teoría plantea que la pérdida de control sobre los eventos vitales estresantes genera la sensación de que la propia conducta no tiene influencia en el cambio o manejo de dichos eventos, por tanto la recurrencia de los eventos y la consecuente sensación de pérdida de control traen como resultado la desesperanza aprendida. La desesperanza aprendida y la depresión tienen similitudes debido a que en ambos casos se manifiestan actitudes de pasividad, expectativas negativas, sensación de pérdida de control, y una autoimagen devaluada (Hooker, 1976).

Finalmente, complementando las visiones anteriores, el análisis realizado por Barrón (1989), específicamente para la explicación de las diferencias de salud mental según el género expone la hipótesis de los conflictos o tensiones de rol. A nivel general, bajo esta mirada se plantea que las mujeres pueden presentar mayores tensiones o conflictos con su rol construido socialmente asociado a las tareas del hogar restringidas al espacio íntimo de la familia, lo que puede generar frustraciones o conflictos cuando quieren ocupar un rol ligado a otros espacios como en el mun-

do laboral, público, etc.

En el sentido de la teoría de roles sociales de género, es importante considerar que la construcción de roles de hombre y mujer en el contexto de los campamentos podría analizarse también desde el punto de vista de la teoría del efecto del barrio o vecindario. Sabatini, Cáceres y Cerda (2001) plantean que una de las consecuencias que tiene el vivir en un determinado barrio que se encuentra en situación de segregación residencial, es la construcción de roles sociales a partir de los modelos existentes en el vecindario (Jencks & Mayer, 1990)². Así se plantea que la segregación residencial socioeconómica genera que las personas que viven en barrios pobres segregados tengan una escasa exposición a modelos de rol ligados al logro de movilidad social ascendente por medio de la dedicación, disciplina, esfuerzo por las vías convencionales. Ello implica menores oportunidades para incorporar hábitos y expectativas ligadas a salir de la situación de pobreza y mejorar las condiciones de vida (Katzman, R. 2003). Asimismo, se podría plantear que el rol del hombre y la mujer también son definidos de acuerdo a los modelos de rol existentes en barrios pobres como son los campamentos. Tal como lo documentó la encuesta CEP del año 2002, Chile es un país donde la tasa de participación laboral de la mujer es baja en comparación con países desarrollados y con otros países de Latinoamérica. Al mismo tiempo, a nivel subjetivo, Chile aparece como un país muy poco proclive al trabajo de la mujer. A partir de esto, se puede pensar que en nuestro país el rol de la mujer está construido en base a su rol tradicional, donde se la vincula a los espacios domésticos y de cuidado de la familia. Por tanto, los modelos de rol femeninos tenderían a asociarse a este tipo de construcción, tanto en la sociedad general como en sectores de pobreza,

(2) Aquí siguiendo a Sabatini, Cáceres y Cerda (2001) entendemos segregación residencial como “el grado de proximidad espacial o de aglomeración territorial de las familias pertenecientes a un mismo grupo social, sea que éste se defina en términos étnicos, etáreos, de preferencias religiosas o socioeconómicas, entre otras posibilidades” (p.27).

con la diferencia de que en estos últimos la participación de la mujer en otros espacios que no sean el doméstico es más escasa.

En suma, tomando los niveles de análisis y causalidad del modelo de producción de inequidades de salud de Dahlgren y Whitehead (1992 citado en Jadue, L. y Marin, F. eds. 2005), donde se articulan 4 niveles de variables que afectan la salud de las personas (individuales o relacionadas al ciclo de vida; familiares; redes sociales y comunitarias; socioeconómicas-ambientales), y considerando las relaciones teórico-empíricas mostradas entre pobreza, género y depresión, se pueden establecer las siguientes hipótesis de investigación:

- a) En relación al **nivel socioeconómico, cultural y ambiental**, se podría esperar que variables de este nivel como son el bajo nivel educativo, el no tener empleo y la vivienda precaria, determinen mayores probabilidades de presencia de sintomatología depresiva en las mujeres que viven en campamentos. Más específicamente, desde la teoría de la exposición diferencial, se entiende que la **precariedad de la vivienda** (medida a partir del sistema de eliminación de excretas de la vivienda) puede ser un estresor ambiental para la mujer. Respecto a variables como **el empleo y la educación**, desde la teoría de la vulnerabilidad diferencial, el no tener empleo y el bajo nivel educativo podrían constituirse como una carencia de herramientas de afrontamiento ante situaciones estresoras, lo que se traduce en una mayor probabilidad de que las mujeres presenten problemas de salud mental como la depresión.
- b) En relación al nivel de las **redes sociales y comunitarias**, en la línea de la teoría psicosocial de la epidemiología social, se puede esperar que la **percepción de apoyo comunitario y la participación en organizaciones comunitarias** se constituyan como factores de protección de la salud mental de las mujeres que viven en campamentos, debido a que serían variables intervinientes y amortiguadoras de las condiciones estresantes del medio y los niveles de depresión de la mujer, determinando una menor probabilidad de presencia de sintomatología depresiva entre éstas. Al mismo tiempo, desde la teoría de la vulnerabilidad diferencial de las mujeres, tanto el apoyo comunitario como la participación en organizaciones, pueden ser entendidas como herramientas o estrategias para el afrontamiento de las situaciones estresoras que experimenta la mujer en un medio de extrema pobreza como los campamentos.
- c) En el tercer nivel del modelo de análisis se articulan las **variables familiares**. Así variables como **tener más de 4 hijos o la presencia de enfermedades crónicas en el hogar** pueden constituirse como factores de vulnerabilidad y tensión, debido a que implicarían mayores responsabilidades ligadas al rol tradicional de la mujer vinculado a la realización de las labores domésticas y de cuidado de la familia. Ello puede generar mayores niveles de estrés si se considera el contexto de carencias económicas.
- d) Por último, se encuentran las variables que corresponden a **características individuales propias del ciclo de vida** de la mujer. El **tener más de 30 años** puede determinar mayores niveles de depresión ya que puede asociarse a que mayores problemas de salud, mayor incidencia de enfermedades crónicas y menor satisfacción vital. Estas situaciones pueden ser experimentadas como hechos vitales estresantes si es que no se tienen estrategias y herramientas de afrontamiento, por tanto podrían generar mayor vulnerabilidad de la mujer. Respecto a la variable estado civil, se espera que el **no tener pareja** pueda constituirse como una factor tensionante en la medida en que la pareja puede ser una fuente de apoyo, de entrega de afecto y de compañía a lo largo de la vida. Sin embargo se debe considerar que en contextos de pobreza, como lo son los campamentos, la pareja

también puede ser un productor de tensiones, debido a que puede generar situaciones de violencia intrafamiliar, machismo, abuso de alcohol, etc. En este sentido, cobra relevancia la construcción social del evento vital estresante, finalmente el tener pareja puede tener efecto o no tenerlo sobre la probabilidad de que una mujer tenga depresión dependiendo de factores como el tipo de vínculo, la calidad de la relación, la confianza y reciprocidad dentro de la pareja, la sensación de control que tenga la mujer en la relación, etc.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 DATOS

Los datos utilizados para el presente estudio, son el resultado de una encuesta de diagnóstico llevada a cabo por el Centro de Investigación Social (CIS) de Un Techo Para Chile, respondiendo a la necesidad de generar un acercamiento a la realidad de la salud mental de las personas de campamentos. Ésta fue la “Encuesta de Diagnóstico de necesidades de salud y acceso a redes” construida por el equipo de investigación y diagnóstico del CIS, y aplicada durante el año 2009. La encuesta fue diseñada para ser respondida por la dueña de casa de cada hogar, y permitió recopilar información, tanto de su propia situación de salud y acceso a redes, como la de los otros miembros de la familia.

En relación a la muestra, la encuesta fue aplicada en un total de 14 campamentos, 9 en la Región Metropolitana y 5 en la región del Bío Bío. Para la realización de las encuestas se consideraron dos aspectos: la selección de los campamentos a encuestar y las dueñas de casa que se encuestaron dentro del asentamiento. Para la selección de los campamentos se constituyó una muestra de éstos, considerando factores como tamaño, distribución dentro de la ciudad o región y que estuviesen en la fase inicial de

la implementación del plan de salud. Por su parte, la selección de las dueñas de casa y hogares encuestados dentro de cada campamento, se estableció a partir de un proceso de selección aleatoria probabilística. Así, la muestra estaba formada por un total de 262 casos.

Cabe agregar que a pesar de que la muestra contempla mujeres de dos regiones diferentes, en el estudio de determinantes de la depresión no se incluyó como variable la zona de residencia de la mujer, debido al bajo número de casos del estudio, ya que esta variable no generaba diferencias significativas entre las mujeres encuestadas, al ser cruzada con la variable dependiente.

4.2 MÉTODO

La metodología usada en esta investigación es de carácter cuantitativa, debido a que se busca medir el impacto de diferentes factores sociales en la probabilidad de que una mujer presente síntomas de depresión, en contextos de pobreza. Se pueden distinguir 3 procedimientos metodológicos de análisis de datos que se han llevado a cabo en este estudio, los que se describen a continuación:

- a) **Exploración inicial de los datos con análisis de frecuencias simples y cruces de variables:** Permite observar las tendencias generales en la distribución de las variables y un análisis de cruces de variables, que se realiza para observar el comportamiento de la variable dependiente según las distintas variables independientes y para determinar si existen diferencias significativas en la distribución de la variable dependiente entre las distintas categorías de las variables independientes mediante la prueba de χ^2 de Pearson.
- b) **Análisis de correlaciones:** La prueba rho de Spearman se realizó con el fin de verificar la existencia de altas correlaciones o efectos de colinealidad entre dichas variables, para posteriormente ser incluidas en los modelos

de regresión logística, sin que estos efectos intervengan en los resultados.

c) **Modelos de regresión logística:** Este tipo de análisis permite determinar qué variables pesan más para aumentar o disminuir la probabilidad de éxito o error en el comportamiento de la variable dependiente. En el caso de esta investigación sería la probabilidad de tener alta presencia de sintomatología depresiva frente a no tenerla, en relación a un cambio en una unidad de las variables independientes.

4.3 VARIABLES

a) Variable dependiente

La variable dependiente de este estudio es la sintomatología depresiva. Esta variable se creó a partir de la escala de sintomatología depresiva del CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff, 1977). La escala está compuesta por 20 ítems que describen manifestaciones de síntomas de la depresión, con 4 opciones de respuesta cada uno que indican la existencia e intensidad del síntoma (ninguna vez, alguna vez, ocasionalmente, la mayor parte del tiempo). Las respuestas se califican con puntajes que van del 0 al 3. La puntuación total puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos en el punto de corte de 16. Sin embargo, en el presente estudio se fijó otro punto de corte para determinar sintomatología depresiva en las mujeres, debido a que sobre los 16 puntos se ubicaban un 62,2% de los casos estudiados, situación que se puede asociar al hecho de que en contextos de extrema pobreza las personas presentan mayores niveles de problemas de salud mental que el resto de la población. Según lo anterior, se estableció un punto de corte en base a cuartiles de la escala, que permite discriminar de mejor manera las diferencias dentro de la escala de sintomatología depresiva y así la variable dependiente se dicotomizó distinguiendo el cuartil más

alto como “altos niveles de sintomatología depresiva” del resto de los cuartiles, tal como se observa en el cuadro a continuación:

Cuadro 1

VARIABLE DEPENDIENTE	CÓDIGO	VALORES	FRECUENCIA
Sintomatología depresiva	0	Nivel medio y bajo de sintomatología depresiva	78,2%
	1	Alto nivel de sintomatología depresiva (cuartil más alto de la distribución)	21,8%
			N =262

Fuente: Elaboración propia en base a “Encuesta de diagnóstico de salud y acceso a redes en campamentos” (UTPCH, 2009)

b) Variables independientes

Las variables independientes incluidas en los modelos de regresión logística se definieron de acuerdo a los niveles de análisis del modelo de Dahlgren y Whitehead, es decir, nivel socioeconómico/ambiental, comunitario, familiar e individual o del ciclo de vida de la mujer.

Es importante agregar que las variables independientes del estudio fueron creadas y recodificadas usando como criterios principales la simplificación de las categorías de las variables originales para ser incluidas en los modelos de regresión, y la distribución que se generaba al ser cruzadas con los niveles de sintomatología depresiva. Es decir, los puntos de corte de las categorías de las variables independientes se asociaron a diferencias relevantes en la distribución de los niveles de depresión en las mujeres encuestadas. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2

NIVEL DE ANÁLISIS DE LA VARIABLE	VARIABLES INDEPENDIENTES	CÓDIGO	VALORES	FRECUENCIA	N°
Nivel socioeconómico/Ambiental	Nivel educativo	0	Media o más	41,7%	259
		1	Básica o menos	58,3%	
	Situación laboral	0	Trabaja	28,6%	262
		1	No trabaja	71,4%	
Sistema de eliminación de excretas (como indicador de condiciones de vivienda)	0	Eliminación por cañería	34%	259	
	1	Eliminación por letrina, pozo o sin sistema	66%		
Nivel de las redes comunitarias	Podría encontrar a alguien que me ayudara en la comunidad (indicador de apoyo comunitario percibido)	0	De acuerdo	84,3%	255
		1	Indiferente y en desacuerdo	15,7%	
	Participación en organizaciones comunitarias	0	Participación en organizaciones comunitarias	88,1%	260
		1	No participa en organizaciones comunitarias	11,9%	
Nivel familiar	Número de hijos	1	0-1 hijo	46,1%	243
		2	2-3 hijos	46,1%	
		3	4+ hijos	7,8%	
	Hogar con enfermedad crónica	0	Hogar sin enfermedad crónica	49%	243
		1	Hogar con enfermedad crónica	51%	
Nivel individual (propias del ciclo de vida de la mujer)	Edad	0	15 a 29 años	41,5%	262
		1	30+ años	58,5%	
	Estado civil	1	Con pareja	66,9%	262
		2	Separada o viuda	6,8%	
		3	Soltera	26,2%	

Fuente: Elaboración propia en base a “Encuesta de diagnóstico de salud y acceso a redes en campamentos” (UTPCH, 2009).

5. PRINCIPALES RESULTADOS

En primer lugar, destacan los principales resultados del **análisis de correlaciones** entre las variables independientes del estudio, ya que indican algunas tendencias relevantes, más aún al considerar que estas relaciones posteriormente pueden afectar los modelos de regresión logística, al generar efectos de colinealidad.

La variable bajo nivel educativo presenta correlaciones positivas con el resto de las variables de nivel socioeconómico/ambiental, es decir, con ser desempleada y con vivir en un hogar con un sistema de eliminación de excretas sin cañería. En segundo lugar, se relaciona positivamente también con las variables de nivel familiar ‘presencia de enfermedades crónicas en el hogar’ y ‘tener 4 y más hijos’. Por último, se relaciona de manera positiva con las variables de nivel individual ‘tener pareja’ y ‘tener más de 30 años’. Esto indica que la educación es un aspecto relacionado a la configuración de muchas de las situaciones asociadas a la vida en contextos de pobreza (Ver cuadro 3).

El que una mujer tenga más de 30 años también se relaciona con muchas de las variables del estudio. Así, mantiene relaciones significativas y positivas con tener bajos niveles educativos, con vivir en un hogar con presencia de enfermedad crónica, con tener entre 2 y 3 hijos, con ser separada o viuda, con estar casada y con ser soltera. Por otra parte se relaciona significativa y negativamente con estar desempleada y con el que una mujer no tenga hijos o tenga un hijo. Dado que esta variable tiene relaciones significativas con todas las categorías de la variable estado civil, se puede suponer que están midiendo algo similar, es decir, el ciclo de vida de una mujer medido en años se asocia al estado civil de ésta. Así por ejemplo, considerando las etapas del ciclo de vida de una mujer, es más probable que las mujeres jóvenes sean solteras, que viudas o separadas. Por esto, en los modelos de regresión logística se prueba el efecto de las variables a nivel individual (estado civil y edad) primero de manera conjunta, y luego sin incluir el estado civil debido a que éste no mostraba diferencias significativas al cruzarse con la sintomatología depresiva de la mujer (Ver cuadro 3).

Por último, se presentan los resultados (ver cuadro 4) e interpretaciones de los **modelos de regresión logística**. A nivel general, cabe agregar que se realizaron cuatro modelos, en cada uno de los cuales se incluyen las variables de

Cuadro 3: Correlaciones entre variables independientes

(** las correlaciones son significativas al nivel de 0.01 y * las correlaciones son significativas al nivel de 0.05)

COEFICIENTE RHO DE SPEARMAN (2 COLAS)	BAJO NIVEL EDUCATIVO (BÁSICA O MENOS)	MUJER DES-EMPLEADA	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS SIN CAÑERÍA	NO PARTICIPA EN ORGANIZACIONES	ALGUIEN DE MI COMUNIDAD ME PODRÍA AYUDAR (INDIFERENTE O EN DESACUERDO)	HOGAR CON ENFERMEDAD CRÓNICA	0 A 1 HIJO	2 A 3 HIJOS	4 Y MÁS HIJOS	CON PAREJA	SEPARADA O VIUDA	SOLTERA	EDAD (30 Y MÁS AÑOS)
Bajo nivel educativo (básica o menos)	1												
Bajo nivel educativo (básica o menos)	,130(**)	1											
Eliminación de excretas sin cañería	,134(**)	-,003	1										
No participa en organizaciones	,089	,101	,050	1									
Alguien de mi comunidad me podría ayudar (Indiferente o en desacuerdo)	,073	,033	,029	-,008	1								
Hogar con enf. crónica	,130(*)	,009	,133(*)	-,011	-,092	1							
0 a 1 hijo	-,126(*)	-,083	-,151(*)	,062	,036	-,085	1						
2 a 3 hijos	,037	,059	,120	-,032	-,060	,052	-,852(**)	1					
4 y más hijos	,164(**)	,044	,058	-,055	,043	,064	-,283(**)	-,260(**)	1				
Con pareja	-,130(**)	-,342(**)	-,092(**)	,045	-,142(*)	,114	-,032	,033	-,002	1			
Separada o Viuda	-,049	-,049	,000	-,016	,166(**)	,128(*)	,054	-,009	-,082	-,163(**)	1		
Soltera	,109(**)	,355(**)	,091(**)	-,039	,050	-,195(**)	,003	-,030	,050	-,924(**)	-,252(**)	1	
Edad (30 y más años)	-,252(**)	-,149(**)	,048	-,028	,058	,299(**)	-,207(**)	,164(**)	,083	-,285(**)	-,221(**)	-,404(**)	1

Fuente: Elaboración propia en base a "Encuesta de diagnóstico de salud y acceso a redes en campamentos" (UTPCH, 2009).

los distintos niveles establecidos a partir del modelo teórico de producción de inequidades en salud de Dahlgren y Whitehead (1992 citado en Jadue, L. y Marin, F. eds. 2005), estos son: socioeconómico-ambiental, comunitario, familiar e individual.

Se debe considerar que al evaluar la bondad de ajuste de cada uno de los modelos elaborados, el que alcanzó un R2 de Nagelkerke superior es el cuarto modelo, que incluye todas las variables del estudio, es decir corresponde al modelo completo, explicando un 16% de la varianza de la variable dependiente, por tanto, las conclusiones principa-

les del estudio se obtendrán a partir de los resultados de éste. Teniendo en cuenta lo anterior, es posible destacar los siguientes efectos de los distintos niveles de variables independientes del estudio sobre la depresión de las mujeres que viven en campamentos:

En el primer modelo, que únicamente incluye las variables de nivel socioeconómico- ambiental, se evidencia que el bajo nivel educativo de la mujer y que el hogar donde ésta vive tenga un sistema de eliminación de excretas sin cañería generan un aumento en las chances de tener niveles altos de sintomatología depresiva. Más específicamente

Cuadro 4: Modelos de regresión logística de determinantes de alta sintomatología depresiva en mujeres que viven en campamentos

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3	MODELO 4	
	Variables asociadas al nivel socioeconómico/ambiental	Variables asociadas al nivel comunitario	Variables asociadas al nivel familiar	Variables asociadas al nivel individual	
	Exp (B)	Exp (B)	Exp (B)	Sin estado civil	Con estado civil
Educación básica o menos	1,847*	1,694	1,774	1,649	1,571
No trabaja	1,071	1,118	1,034	1,063	1,050
Eliminación de excretas sin cañería	2,002*	2,229**	1,922	1,943	1,949
No participa en organizaciones de la comunidad	---	,845	,816	,837	,797
Podría encontrar a alguien que me ayudara en la comunidad (indiferente o en desacuerdo)	---	1,557	1,434	1,381	1,370
Tener entre 2 y 3 hijos	---	---	1,862	1,787	1,781
Tener más de 4 hijos	---	---	3,375**	3,211*	3,196*
Hogar con enfermedad crónica	---	---	2,312**	2,131**	2,102*
30 años y más	---	---	---	1,373	1,359
Separada o viuda	---	---	---	---	,987
Soltera	---	---	---	---	,773
Constante	-2,197	-2,298	-3,027	-3,137	-3,008
N	262	252	204	204	203
R cuadrado de Cox y Snell	,055	,042	,102	,104	,106
R cuadrado de Nagelkerke	,036	,064	,154	,158	,160

** $P < 0,05$ - * $p < 0,1$

Fuente: Elaboración propia en base a “Encuesta de diagnóstico de salud y acceso a redes en campamentos” (UTPCH, 2009).

tener educación básica o menos aumenta en 1,84 veces la probabilidad de que una mujer presente alta sintomatología depresiva, frente a tener educación media o más, y el tener un sistema de eliminación de excretas sin cañería aumenta en 2,00 dicha posibilidad, en relación a tener un sistema con cañerías. Por su parte, el estar desempleada tiene un efecto nulo sobre la probabilidad de tener altos niveles de sintomatología depresiva. Sin embargo, no es posible ser concluyente a partir de los resultados de este modelo, debido a que la bondad de ajuste es bastante baja, explicando solamente el 3,6% de la variación de la variable dependiente.

Cuando se incluyen las variables de nivel familiar e individual, desaparece el efecto significativo como predictoras de alta sintomatología depresiva de las variables del nivel socioeconómico ambiental, como es el caso del bajo nivel educativo y vivir en un hogar con un sistema de eliminación de excretas sin cañería. En dichos modelos, las únicas variables que aparecen como significativas en predecir depresión en las mujeres que viven en campamentos son las variables de nivel familiar (tener más de 4 hijos y que en el hogar haya presencia de enfermedad crónica). Sin embargo, a pesar de que desaparezca el efecto significativo

de estas variables como predictoras de depresión en las mujeres, se puede suponer que siguen teniendo un efecto en aumentar la probabilidad de altos niveles de depresión, pero no de manera directa, sino que un efecto mediado por las variables familiares, es decir, el rol que estarían jugando variables como la baja educación de la mujer y el vivir en un hogar con condiciones precarias de eliminación de excretas, sería el de contribuir en la configuración de situaciones familiares tensionantes y de vulnerabilización de la mujer, las que en los modelos estadísticos de este estudio aparecen como las principales determinantes de alta sintomatología depresiva de la mujer que vive en campamentos. Esto se puede hipotetizar debido a que las variables socioeconómicas están correlacionadas con las familiares y además se analizó en dos modelos de regresión logística si las variables de nivel socioeconómico/ambiental determinaban la probabilidad de ocurrencia de las variables familiares y los resultados indicaron los siguientes efectos significativos: a) La probabilidad de ocurrencia de que una mujer tenga 4 hijos o más, en relación a tener un hijo o ninguno, aumenta cuando tiene educación básica o menos. b) La probabilidad de vivir en un hogar donde alguno de sus habitantes presenta alguna enfermedad crónica, respecto a vivir en un hogar sin presencia de enfermedades crónicas, aumenta cuando una mujer tiene educación básica o menos y cuando vive en un hogar con condiciones sanitarias precarias.

El efecto de las variables de nivel familiar sobre la sintomatología depresiva alta se prueba en el tercer y cuarto modelo de regresiones logísticas, mostrando una estabilidad del efecto en ambos. El modelo completo (cuarto) indica una influencia significativa de las variables de nivel familiar sobre las probabilidades de cambio en la variable dependiente del estudio. Así, el que una mujer tenga 4 hijos y más aumenta 3,1 veces la probabilidad de que ésta forme parte del cuartil más alto de sintomatología depresiva, respecto a tener ningún o un hijo. Por su parte, el vivir en un hogar donde hay presencia de alguna enfermedad

crónica en sus miembros aumenta 2,1 veces la probabilidad de que una mujer presente altos niveles de sintomatología depresiva, en relación a vivir en un hogar donde no habitan personas con enfermedades crónicas, lo corrobora la tercera hipótesis de la investigación.

Por último, variables que en la literatura aparecen como determinantes de la depresión en las mujeres como son el desempleo, las carencias de apoyo comunitario y social, el no tener pareja y el tener más años, en este estudio no tienen efectos significativos sobre la presencia de sintomatología depresiva en las mujeres que viven en campamentos, a partir de los resultados de las regresiones logísticas.

6. CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

Tal como se ha expuesto a lo largo del estudio, el objetivo central de éste fue generar una exploración de un modelo de determinantes sociales de la sintomatología depresiva de mujeres que viven en campamentos. Para esto, se probó el efecto de distintas variables agrupadas en cuatro niveles – socioeconómico/ambiental, comunitario, familiar e individual o del ciclo vital- sobre los niveles altos de sintomatología depresiva de las mujeres.

En este marco, a partir de los resultados obtenidos en los análisis de regresión logística, es posible concluir que dentro de los cuatro niveles de variables independientes probados, sólo el nivel familiar fue determinante en términos de aumentar la probabilidad de que una mujer que vive en campamentos tenga alta sintomatología depresiva. Además, considerando los distintos resultados relacionados al efecto de las variables socioeconómicas en los modelos de regresión elaborados se puede hipotetizar que éstas tienen un efecto indirecto sobre la probabilidad de ocurrencia de altos niveles de sintomatología depresiva, me-

diado por las variables familiares, es decir, contribuirían a la configuración de determinadas condiciones familiares tensionantes que son las que predicen la probabilidad de ocurrencia de la depresión de la mujer en el marco de este estudio. Por su parte, las variables de nivel comunitario e individual o asociadas al ciclo vital de la mujer, en los distintos modelos elaborados no tuvieron efecto significativo en generar mayor probabilidad de que las mujeres de campamentos tengan altos niveles de depresión, al contrario de lo que se esperaba que ocurriera en base a las orientaciones que entrega la literatura.

Estos resultados pueden ser interpretados desde algunas de las teorías expuestas. En primer lugar, la teoría psicosocial permite ver la depresión de las mujeres como una patología mental determinada por variables sociales mediante un factor intermedio que es el estrés. Así a nivel general, en esta investigación se puede entender que las condiciones de pobreza de las mujeres se constituyen como estresores que generarían sensaciones recurrentes de desesperanza, frustración, pérdida de control, lo que finalmente se traduciría en síntomas depresivos.

A nivel más específico, en segundo lugar, el tener más de 4 hijos y el vivir en un hogar donde alguien presenta alguna enfermedad crónica según la teoría de la vulnerabilidad diferencial se constituirían como estresores para la mujer que vive en campamentos, ya que las carencias educativas, de recursos, de acceso a protección social que experimenta una mujer en situación de pobreza, se asociarían a una escasez de herramientas o estrategias para enfrentar procesos como la crianza de los hijos o el cuidado de los enfermos en el hogar, lo cual acarrearía los sentimientos nombrados más arriba asociados a la depresión.

En tercer lugar, desde el punto de vista de la teoría de los roles de género y las tensiones relacionadas a éstos, el tener cuatro o más hijos y el vivir en un hogar con presencia de enfermedades crónicas, no sólo puede poner a

la mujer en situación de vulnerabilidad, sino que también se pueden entender como situaciones conflictivas o tensionantes para cumplir el rol de cuidadora de la familia y de encargada de las labores domésticas, aún muy presente en nuestra sociedad. El no tener recursos y vivir en una situación de exclusión dificultaría la realización de estas labores domésticas cotidianas, así se transforman en una sobrecarga en cuanto al cumplimiento de dicho rol. Tal sobrecarga puede ser productora de tensión, de frustración y de desesperanza, que finalmente son los síntomas que generan depresión.

Asociado a lo anterior, el hecho de que el desempleo haya tenido un efecto nulo en generar mayores probabilidades de sintomatología depresiva, desde las teorías revisadas se puede observar bajo la mirada de la construcción de roles de género y los modelos de rol en el vecindario. Si el rol principal de la mujer en contextos como el estudiado es el de “dueña de casa”, es esperable que no sea relevante en su construcción de identidad el tener un empleo remunerado fuera del hogar, sino más bien se debe entender que las labores domésticas son también una forma de empleo. Al mismo tiempo, también cabe pensar que en el barrio o vecindario donde viven, en este caso el campamento, los modelos de rol de género se construyen a partir de la idea de que la mujer es responsable de las labores del hogar, más que como una persona con altas expectativas educacionales o laborales, lo que se podría asociar a mujeres de clase media y alta, donde la construcción de roles de género no solo vincula a la mujer al hogar, sino también se identifica a partir del éxito profesional y educativo.

Por último, el hecho de que las variables comunitarias también hayan tenido un efecto nulo sobre las posibilidades de presentar altos niveles de depresión se puede interpretar a partir de la idea de que en nuestro país existen bajos niveles de confianza en las organizaciones sociales y en la comunidad, y por una predominancia de la confianza en los lazos más íntimos como familiares y amigos (Valen-

zuela y Cousiño, 2000). La tendencia a la desconfianza en los vecinos y a la atomización de las comunidades parece ser generalizada en barrios y vecindarios en nuestro país, por tanto, es difícil que la comunidad pueda tener un efecto protector sobre la salud mental de las personas, si se considera que ésta no necesariamente se concibe como un espacio de apoyo en aspectos cotidianos y ligados al espacio privado de las personas como es el caso de su salud.

Considerando los resultados obtenidos y sus interpretaciones a la luz de las teorías revisadas, un primer punto de reflexión se relaciona a la construcción del rol de la mujer en nuestra sociedad y específicamente en los sectores más pobres. El que en este estudio se compruebe que sólo las variables que dan cuenta de tensiones a nivel familiar son predictoras de la depresión de las mujeres en contextos de pobreza, indica que el rol de la mujer en nuestra sociedad sigue estando vinculado estrechamente al espacio familiar y doméstico. A la luz de planteamientos como los del PNUD (1998) lo anterior se reflejaría en el hecho de que a pesar de que la sociedad experimenta procesos de modernización acelerados en niveles estructurales e institucionales, hay espacios como el cultural que no se ve afectado por estos procesos.

Una segunda reflexión que surge a partir del estudio se relaciona con la importancia que tiene la mujer como encargada de los cuidados de salud de la familia, y que ese rol puede generarle sobrecargas y desencadenar problemas de salud como la depresión. Tal como lo mencionan autores como Sunkel (2006), la mujer en contextos de pobreza aparece mediando la relación entre sistemas de protección social y familia, lo que se traduce en sobrecargas a su rol. Teniendo en cuenta esto, es necesario que la política pública de salud genere estructuras que puedan aliviar de responsabilidades a la mujer en este sentido, o bien constituirse como un apoyo o amortiguador de los efectos negativos sobre su salud que implican estas responsabilidades. En este sentido, debiera producirse un fortaleci-

miento del acceso y calidad de los servicios a los que accede la mujer y la familia en el sistema de salud público, una inclusión responsable de otros actores de la sociedad en los temas ligados a la salud familiar, como los hombres, los jóvenes y la comunidad y un trabajo de salud preventivo con éstos, con el fin de evitar muchos de los problemas de salud crónicos que en una sociedad como la nuestra tienden a aumentar, como los asociados a la mala alimentación y sedentarismo.

A la vez, lo anterior se puede relacionar con el resultado que indica que el apoyo comunitario percibido tuvo efectos nulos sobre la salud mental de las mujeres, debido a que la comunidad tampoco se constituiría como un espacio donde la mujer aliviane sus cargas. Por tanto, a nivel práctico, una intervención en salud en contextos de pobreza cuyo objetivo sea amortiguar los efectos negativos de las tensiones familiares sobre la salud mental de las mujeres, debiera orientarse a alivianar las cargas de ésta en relación a sus responsabilidades con la familia. Es decir, una intervención de salud con la comunidad debiera partir de las necesidades específicas de la mujer en relación a sus responsabilidades familiares, con el fin de generar impacto y amortiguación de dichas tensiones. Esto es importante además si se considera que actualmente muchos de los procesos participativos que se llevan a cabo en comunidades como los campamentos, también pueden constituirse como una carga extra para la mujer o como una extensión de las labores domésticas, ya que son ellas las que más participan y dirigen organizaciones destinadas al mejoramiento de las condiciones de vida y a la resolución de problemas de la comunidad, como es el caso de los comités de vivienda.

Con todo, se debe considerar que este estudio tiene limitaciones sobre todo a nivel metodológico, lo que a la vez se configura como un desafío para profundizar en la temática de la salud mental de mujeres pobres en futuros estudios mejorando las debilidades que éste presenta.

En este marco, un primer aspecto a mejorar se refiere al tamaño de la muestra, debido a que ésta estaba constituida por un total de 262 casos de mujeres que viven en campamentos y que además estaban a cargo del hogar. El que la muestra sea pequeña pudo haber determinado el efecto nulo de algunas variables en los modelos de regresión. Al mismo tiempo, el que hayan respondido en su mayoría mujeres que se declaraban dueñas de casa también puede sumar sesgo a la investigación, en la línea de que variables como el desempleo hayan tenido efecto nulo sobre la sintomatología depresiva.

Otro aspecto que puede ser mejorado se relaciona a la medición del apoyo social y comunitario. Tal como se expuso en la revisión bibliográfica, una de las críticas que se elaboran a los estudios sobre dicha temática es que las mediciones de apoyo social se vinculan al apoyo percibido o provisto en espacios íntimos y familiares, no en ámbitos vinculados al espacio comunitario, que es la medida que se usó en este estudio. Por tanto la discordancia de resultados se puede explicar por estas distintas formas de medir el apoyo. Incluso se podría pensar que si se hubiera medido el apoyo social ligado al espacio íntimo de la mujer, podría haber aparecido algún efecto de amortiguación de éste sobre los niveles de depresión dada la importancia que tuvieron las tensiones familiares como predictoras. En esta línea, el presente estudio tampoco considera una medición del apoyo que se presenta a nivel más informal en la comunidad, como podría ser el que se prestan entre amigos o vecinos en aspectos más cotidianos y no vinculados a las organizaciones de la comunidad, lo cual también podría tener un efecto protector de la salud mental de la mujer que vive en campamentos.

Al mismo tiempo, se podría perfeccionar la medida de participación en la comunidad, no sólo considerando si una mujer participa o no participa, sino que los tipos de participación, la confianza en las organizaciones, los motivos frente a los cuales se acude a éstas, etc. En los campamen-

tos estudiados había una alta participación en comités de vivienda, dado que son campamentos donde trabaja UTPCH, sin embargo, este tipo de organización tiene como objetivo la consecución de una vivienda nueva, en un nuevo barrio, por lo que no se asocia directamente a un espacio de contención y apoyo para la mujer.

En resumen, reflexionando sobre futuros estudios que traten este tema en el contexto nacional, es necesario indagar en modelos más complejos de análisis de factores determinantes de la salud mental de las mujeres en contextos de pobreza. En ellos sería importante incluir distintas variables en los niveles mencionados y distintas formas de medición de las mismas, para ahondar en la búsqueda de los factores que determinan negativa y positivamente la salud mental de las mujeres. En esta línea, un desafío más específico es generar nuevas formas de medición del apoyo social y comunitario formal e informal, y de apoyo de la mujer en espacios más íntimos, para clarificar el rol y la importancia que tienen éstos al relacionarse con la salud de las mujeres y sus familias. A la vez, es necesario generar medidas mejores y más exactas de las variables del nivel socioeconómico/ambiental, que las usadas en esta investigación, considerando temáticas como el género y la pobreza para la elaboración de éstas. Por último, es importante profundizar en las características y cualidades de las situaciones familiares que puedan estar determinando sintomatología depresiva, por ejemplo: composición familiar, situaciones ligadas a la crianza de los hijos, las relaciones familiares y de pareja, etc. Lo que finalmente puede ser útil y relevante al momento de orientar políticas e intervenciones sociales ligadas a proveer de herramientas, estrategias y apoyo a la mujer en el rol que cumple como cuidadora del bienestar familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Aneshensel, C. (1992). Social Stress: Theory and Research. *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 15-38.
- Carter, A. Martínez – Pedraza, F. & Gray, S. (2009). Stability and Individual Change in Depressive Symptoms Among Mothers Raising Young Children With ASD: Maternal and Child Correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1270—1280.
- Alvarado, M. y Gallegos, S. (2004). El mercado laboral en campamentos. *Revista CIS*,(6), 32 – 36.
- Barrón, A. (1989). Clase social, género y acontecimientos vitales estresantes. *Escuela de trabajo social*. (2) Universidad Complutense de Madrid.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a eventos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social Universidad Complutense de Madrid*, 7(1), 53-59.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1) 17-23.
- Bedregal, P. et al. (2006). Calidad de vida y necesidades de salud en campamentos: una mirada fundamental a la extrema pobreza. *Revista CIS* (8) 2-9.
- Benjamín, V. et. al. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica DSM-III-R/CIDI) (ECPP) *Rev. méd. Chile*, 130 (5).
- Belle, D. (1990). Poverty and women ´s mental health. *American Psychologist*, 45(3), 385-389.
- Berkman, L. & Kawachi, I. (2000). Social cohesion, Social Capital, and health. En L. Berkman & I. Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Berkman, L. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. En L. Berkman & I. Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Cohen, Sheldon. & Syme ,S.L. (eds.) (1985). *Social Support and Health*. London: Academic. Press, INC.
- Centro de Estudios Públicos (2002). *Mujer y trabajo. Familia y valores*. Recuperado el 8 de agosto, 2011 de: www.cepchile.cl/dms/archivo_3205_2427/encCEP_dic2002-TE.pdf
- Centro de Investigación Social (CIS) Un techo para Chile (1996). Calidad de vida y principales necesidades de salud en campamentos. *Revista CIS* (8) 2 - 11.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Underwood Gordon, L. (Eds.) (1995). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University press.
- Hooker,C. (1976). Learned Helplessness. *Social Work* 21. 194-198.
- Jadue, L. y Marin, F. (Eds.) (2005). *Determinantes sociales de la salud en Chile: En la perspectiva de la Equidad*. Santiago de Chile: ICES.
- Jenks C. and S. Mayer (1990).The consequences of growing up in a poor neighborhood. En L. Lynn & M,G,H, McGeary (Eds.) *Inner- City Poverty in the United States*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Katzman R. (2003). *La dimensión espacial en las políticas de superación de la pobreza urbana*. División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos. Serie

Medio Ambiente y Desarrollo. CEPAL.

Krieger, N. (2001). Theories for Social Epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Epidemiological Association*, (3) 668-677.

Kub, J. et.al. (2009). Life Events, Chronic Stressors, and Depressive Symptoms in Low-Income Urban Mothers With Asthmatic Children. *Public Health Nursing*, 26 (4) 297-306.

Mardones, R. (2007). Dinámica de la Pobreza en Campamentos de la Región Metropolitana. *Revista CIS* (9), 2 - 11.

Matud, P. et.al. (2002). Apoyo social y salud mental: un análisis de género. *Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente. Salud mental*, 25(2).

Matud, P. et.al. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (1) 7-21.

Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana Salud Pública*, 18, 346- 358.

Minvu (2011). *Catastro Nacional de campamentos*. Recuperado el 8 de agosto de 2011 de: http://www.minvu.cl/opensite_20061113124729.

UNICEF-UTPCH (2009). Resultados preliminares: *Vivir en campamentos: La voz de los niños, niñas y adolescentes*. Santiago de Chile: Unicef.

OMS (2000). *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Mental Health Determinants and Populations department of Mental Health and Substance Depen-

dence. Ginebra: OMS.

OMS (2001). *Informe sobre la salud el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Rescatado el 8 de agosto de 2011 de: http://www.who.int/whr/2001/en/whro1_es.pdf

PNUD (1998). *Informe de desarrollo Humano: Las paradojas de la modernización*, Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Poblete, F., Sapag, J. & Bossert, T. (2008). Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago de Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad - salud. *Revista Médica Chile*, (136), 230-239.

Radloff LS. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-440.

Retamal, P. (2008). El impacto de la depresión en la salud pública. *Acta Med. CSM*, 2(1) 16-21.

Sabatini, F., Cáceres, G. & Cerda, J. (2001). Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción. *EURE* 27 (82) 21-42.

Sunkel, G. (2006). *El papel de la familia en la protección social en América Latina*, Serie Políticas Sociales No.120, Santiago: CEPAL.

Valenzuela, E. Y Cousiño, C. (2000). Sociabilidad y asociatividad: Un ensayo de sociología comparada. *Estudios públicos*, 77. 321 -339.

Wilkinson, R. & Marmot M. (2003). *Social determinants of Health. The Solid Facts*. Ginebra: OMS.