



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**LOS FACTORES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN: UN
ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES
SOCIOECONÓMICAS Y DE GÉNERO EN LA
ADOLESCENCIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA**

P R E S E N T A

IVÁN ALCÁNTARA SANTOYO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ANA RUTH ESCOTO CASTILLO



Cd. Mx. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Aunque no debías, me enseñaste; aunque no debías, me tendiste la mano; y
aunque no debías, me salvaste.

Gracias, Ana.

A las personas que se quedaron, a las que siguen y a las que me ayudaron a ser la persona que soy, a ustedes les debo. Pero más les debo a quienes se fueron, a las que no creen y a las que me odiaron por ser la persona que soy.

A todas, gracias.

Esta tesis recibió financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) titulado “Discriminación y vulnerabilidad en salud en la era post-COVID-19. Políticas públicas de igualdad de género y equidad territorial” con clave IA301922, a cargo del Dr. Abraham Granados Martínez.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. DESIGUALDADES SOCIALES, UN MARCO TEÓRICO MULTIFACTORIAL.....	5
1.1. ANTECEDENTES DE LOS ESTUDIOS EN DESIGUALDAD.....	6
1.1.1. <i>La desigualdad en las teorías sociológicas clásicas.....</i>	9
1.2. LAS MACRO-TEORÍAS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES.....	15
1.2.1. <i>Desigualdad y estratificación, entre el funcionalismo y el constructivismo.....</i>	16
1.2.2. <i>Clases sociales, desigualdades de oportunidades y otros estudios modernos.....</i>	19
1.2.3. <i>Estudios contemporáneos sobre las desigualdades. El enfoque en América Latina.....</i>	23
1.3. ADOLESCENCIA, SOCIALIZACIÓN Y DESIGUALDAD.....	26
1.3.1. <i>Juventud, discusión y conceptualización.....</i>	26
1.3.2. <i>Enfoques sociológicos sobre la juventud y adolescencia.....</i>	28
1.3.3. <i>Aproximación teórica hacia la juventud y las desigualdades sociales.....</i>	34
1.4. SALUD, FAMILIA Y CUERPO FRENTE A LAS DESIGUALDADES.....	37
1.4.1. <i>Salud y desigualdades.....</i>	37
1.4.2. <i>La familia como espacio de reproducción de las desigualdades.....</i>	39
1.4.3. <i>El cuerpo, espacio de disputa y análisis.....</i>	41
1.5. ELEMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL.....	45
1.5.1. <i>Estudios clásicos sobre salud mental y desigualdades.....</i>	46
1.5.2. <i>Enfoques graduales sobre las desigualdades en salud mental.....</i>	46

1.5.3. <i>Enfoque relacional de las desigualdades sociales y la salud mental</i>	47
1.5.4. <i>La sociología de la salud mental, una cuestión de enfoque</i>	48
CAPÍTULO 2. LOS FACTORES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL	50
2.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES SOBRE LA SALUD MENTAL Y LA RELACIÓN CON OTROS FACTORES ..	51
2.2. EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE LOS FACTORES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL	56
2.2.1. <i>Factores sociales externos o exógenos</i>	56
2.2.2. <i>Factores individuales o endógenos</i>	59
2.3. EDAD, GÉNERO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO. FACTORES CLAVE DE LA DESIGUALDAD SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA	61
2.3.1. <i>La edad y la depresión en México</i>	63
2.4. FACTORES SOCIALES, EDAD Y DEPRESIÓN. MODELO DE ANÁLISIS.....	66
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA. LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y EL CONTEXTO MEXICANO	70
3.1. LA DEPRESIÓN EN MÉXICO Y EN EL MUNDO	70
3.1.1. <i>La escala CESD-7</i>	71
3.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y PERTINENCIA DE USO DE LA ENSANUT 2018 EN EL ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES	76
3.2.1 <i>Contexto de las encuestas de salud en México</i>	77
3.2.2. <i>Pertinencia metodológica de la ENSANUT y especificidades técnicas</i>	78
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	81
3.3.1. <i>Variable dependiente</i>	82
3.3.2. <i>Variables independientes</i>	82
3.3.3. <i>Consideraciones teóricas</i>	89

3.3.4. Modelo de operacionalización de las variables.....	93
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.....	96
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	97
4.1.1. Factores socioeconómicos.....	98
4.1.2. Características demográficas.....	105
4.1.3. Redes de apoyo y cuidado doméstico	108
4.1.4. Eventos negativos de la vida	111
4.1.5. Determinantes directos de la depresión.....	113
4.2. ANÁLISIS MULTIVARIADO. CORRELACIONES ENTRE FACTORES SOCIALES Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	117
4.2.1. Probabilidades estimadas de sintomatología depresiva	126
CONCLUSIONES.....	135
REFERENCIAS.....	141
ANEXOS.....	157
ANEXO DESCRIPTIVO.....	157
<i>Anexo II. Descriptivos de sintomatología depresiva</i>	<i>160</i>
<i>Anexo III. Descriptivos de factores socioeconómicos</i>	<i>161</i>
ANEXO INFERENCIAL	168
<i>Anexo IV. Bondad de ajuste del modelo</i>	<i>168</i>
<i>Anexo V. Probabilidades estimadas</i>	<i>170</i>

INTRODUCCIÓN

El interés sociológico por temas de la salud ha estado presente desde sus inicios como disciplina científica allá por el siglo XIX; ha devenido en un vasto campo de investigación multidimensional que abarca desde miradas epistemológicas acerca de la enfermedad hasta el estudio de los efectos directos de los determinantes sociales en la salud. Dentro de ese amplio rango de intereses sociológicos se introducen los estudios de las desigualdades sociales, que retoman los componentes analíticos de las inequidades de oportunidades y de resultados – en su sentido práctico – para buscar dar sentido a los problemas diferenciados en salud por segmentos de la población, teniendo como resultado la conjunción de las estructuras sociales con factores biológicos para así contribuir al avance científico integral y a la sociología en particular.

En el contexto de la salud mental, el cambio en la opinión pública hacia una mayor aceptación del tema ha facilitado la desestigmatización de los trastornos mentales y ha impulsado enfoques de investigación y tratamientos menos centrados en las ciencias biomédicas. Las últimas décadas han visto un auge en investigaciones que señalan la influencia de factores ambientales y sociales en la prevalencia y el desarrollo de distintas condiciones psicológicas.

La presente investigación nace de ese punto; parte del interés y fundamento en la premisa de que el análisis de cómo las estructuras sociales que subyacen a las disparidades en salud mental impactan a los individuos durante la adolescencia. Para esta investigación, este grupo etario es de particular interés dada su alta susceptibilidad a los contextos ambientales en los que se desarrolla. El objetivo final de este trabajo es elucidar las dinámicas y estructuras sociales que contribuyen a las desigualdades sociales en salud mental, proporcionando así una comprensión más profunda de los mecanismos que las generan.

Para dar cuenta de las inequidades sociales en la salud mental en esta investigación se utiliza a la depresión como padecimiento de referencia, dada su sensibilidad a múltiples factores tanto del entorno como del individuo. Además, en las últimas décadas la depresión ha emergido como una de las principales enfermedades mentales en adolescentes, lo cual supone un problema serio que nos conmina a identificar las causas y consecuencias de su padecimiento, y así comprender mejor a este segmento de la población que es especialmente sensible a los distintos eventos de la vida y en transición a la vida adulta.

La depresión es uno de los problemas de salud más frecuentes en la adolescencia, tan solo detrás de las lesiones o traumatismos y de eventos negativos como la violencia o las agresiones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, alrededor del 13% de los adolescentes de 10 a 19 años padece algún tipo de trastorno mental, entre los que destacan los emocionales; trastornos del comportamiento, trastornos de la conducta alimentaria; o las psicosis (OMS, 2021).

A menudo estos trastornos mentales conducen a intentos de suicidio y autolesiones; así como a conductas de riesgo. Clasificada como un trastorno emocional, la depresión es una de las principales causas de discapacidad en adolescentes y, en algunas ocasiones deriva en intentos de suicidio, y se estima que a nivel mundial el 2.8% de los de 15 a 19 años padecen depresión (OMS, 2021).

De acuerdo con datos de INEGI (2022), en México el número de muertes por suicidio en 2022 fue de 8,237 casos, representando el 0.98% del total de muertes a nivel nacional. No obstante, diferenciando por género, del total de muertes de varones el suicidio representó el 1.42% de los casos, mientras que en mujeres este se situó en únicamente el 0.42% de los casos. El 14.61% de los suicidios ocurrieron en jóvenes adultos de 25 a 29 años, de los cuales 83.97% eran varones y el 16.03% eran mujeres. Del total de suicidios de varones registrados en 2022, 15.07% estaban entre 25 y 29 años; mientras que el 18.24% de los suicidios de mujeres estaban en el rango de 15 a 19 años.

En ese sentido, el problema de investigación gira en torno los determinantes sociales de la salud mental en México como el género; las características socioeconómicas del hogar; la inserción escolar y al mercado laboral entendidas como logros consecuentes de la transición a la vida adulta; la composición de las redes familiares de apoyo frente al desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de 15 a 19 años.

Por tanto, la pregunta que guía esta investigación se plantea en los siguientes términos: ¿cuáles son los factores sociales que tienen un mayor efecto en la prevalencia de depresión en adolescentes de 15 a 19 años en México?

Con la finalidad de responder la pregunta que guía este trabajo de investigación, se plantea como objetivo general identificar las diferencias en los efectos de los factores sociales asociados sobre la prevalencia de sintomatología depresiva en jóvenes de 15 a 19 años en México con datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para el año 2018.

La hipótesis de esta investigación plantea que las condiciones de desigualdad socioeconómica y de género tienen una correlación con la prevalencia de sintomatología depresiva entendida como depresión moderada o severa aun controlando por otros eventos de vida y demás determinantes sociales de la salud mental.

En ese sentido, el primer capítulo de este trabajo de investigación propone un repaso por los distintos debates sociológicos en torno a qué se entiende por desigualdad y cómo se estudia, así como la relación entre las distintas etapas de la vida, el género, la familia y el cuerpo, con el fin de establecer la depresión como una variable de resultado en un proceso social corporeizado.

Posteriormente, en el segundo capítulo se abordan los principales antecedentes empíricos en los estudios sobre la salud mental. Se repasa cómo se han puesto en marcha los análisis multidisciplinarios sobre la depresión con un

enfoque sociológico, desde la metodología empleada hasta los distintos esquemas que operacionalizan su estudio. En ese sentido, se propone un marco analítico a partir de la evidencia y los elementos teóricos desarrollados.

Para el análisis de esta investigación se da mano de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019, de tal forma que en el capítulo 3 se detallan sus especificidades técnicas y, a partir del marco analítico propuesto, se describe la estrategia metodológica para operacionalizar las variables de interés.

El capítulo 4 de esta investigación se enfoca en los resultados descriptivos de las variables de interés, así como en el análisis inferencial a través de un modelo de regresión logística binomial para identificar la correlación de las variables de control o independientes con la variable dependiente. Mediante el cálculo de los efectos marginales, se estiman las probabilidades de desarrollar depresión bajo distintos supuestos.

Entender los factores sociales de la salud mental no solo es un paso fundamental para garantizar su tratamiento y garantizar el bienestar social e individual, sino que representa un esfuerzo teórico y metodológico desde la sociología para entender las dinámicas sociales latentes en la adolescencia, especialmente en el contexto mexicano.

CAPÍTULO 1. DESIGUALDADES SOCIALES, UN MARCO TEÓRICO MULTIFACTORIAL

La sociología se caracteriza por la multiplicidad de enfoques, perspectivas y teorías sobre el estado de las cosas, las formas en las que se desarrollan las interacciones entre individuos y los procesos que influyen en estas. A lo largo de la historia de la disciplina, los intentos iniciales por comprender al todo social bajo grandes teorías han derivado en un reconocimiento generalizado de las sociedades como un reflector multidimensional, cuyo entendimiento requiere de una reinterpretación de la realidad que supera las clásicas dicotomías entre estructuras y agentes.

Dicha superación se desarrolló a lo largo del siglo XX, influenciada ampliamente por la conjunción de los estudios sociales con otras disciplinas como la psicología, la economía y la filosofía; nutrida por los avances técnicos como la capacidad de adaptar métodos de análisis estadísticos a grandes datos, la captura de expresiones durante la interacción cara a cara o la posibilidad de recuperar documentos históricos para las técnicas hermenéuticas.

En tal sentido, se desarrollaron nuevos enfoques disciplinares que buscaron explicar los fenómenos sociales desde marcos analíticos complejos. Tal es el caso de los estudios sobre las desigualdades sociales; en un principio, estas fueron abordadas mediante trazos dispersos en los grandes cuerpos teóricos y como componentes inherentes a la interacción social, para ser abordadas bajo análisis contextuales, dependientes e influenciadas por trayectorias sociales complejas y que han permitido identificar el componente social de fenómenos y hechos clásicamente asociados a la naturaleza humana, el entorno físico o la ubicación geográfica.

En este capítulo se desarrolla la trayectoria teórica de los estudios sobre la desigualdad, así como sus componentes analíticos y las propuestas epistemológicas generales de los factores sociales asociados con dimensiones que no se limitan únicamente al espectro de la intersubjetividad, sino que se manifiestan

en el bienestar físico de los individuos. Bajo esa perspectiva, este capítulo reconoce el aporte de los estudios de desigualdad para identificar la influencia de las estructuras sociales macro y micro en los procesos de enfermedad y salud, con énfasis en la salud mental.

A dispensas de la persona lectora, considero de importancia cada uno de los elementos teóricos y conceptuales que componen este capítulo por una razón: se trata de categorías analíticas fundamentales para el objeto de estudio de esta investigación; la juventud, el género, la salud, la familia y el cuerpo son aspectos de estudio sociológico que dialogan desde puntos inconexos con los estudios clásicos de las desigualdades y cuya incorporación a este marco teórico supone un esfuerzo para atar los cabos conceptuales que permiten tener una lectura sociológica de los procesos de la salud mental.

1.1. Antecedentes de los estudios en desigualdad

La igualdad ha sido uno de los fundamentos básicos en la historia de la modernidad. Desde su concepción filosófica hasta su implementación jurídica y política, ha estado presente en los debates acerca de la naturaleza del ser humano, de su efecto en la acción social y de otros aspectos de la vida cotidiana. Alimentada por la consolidación del sistema económico basado en el dominio del mercado para la producción de mercancías y la reproducción social, la igualdad se ha elevado como un objetivo del proyecto de la modernidad, encabezado principalmente por el Estado moderno y por el Capital¹.

Sin embargo, dicho fin *último* ha sido puesto en tela de juicio por los distintos teóricos de las ciencias sociales ante las disparidades y las diferencias de

¹ Esta idea se basa en la premisa desarrollada por Adorno y Horkheimer en la *Dialéctica de la ilustración* (1994), sobre la filosofía racionalista de la ilustración como motor de la modernidad. El reconocimiento de este debate podría aportar una reflexión más acabada sobre la desigualdad; sin embargo, no es objetivo de esta investigación.

resultados reportados por la evidencia empírica, sobre todo en términos de la movilidad social. Las disparidades entre la propuesta filosófica en el derecho y la realidad social han sido objeto de estudio de la sociología desde sus inicios como disciplina.

El estudio de las desigualdades se puede rastrear desde los albores de la filosofía social en el siglo XVIII, en los inicios de la expansión de las ideas ilustradas a lo largo de los países occidentales y con el desarrollo de la modernidad epistemológica y material. Si bien las características sociales vinculadas con la desigual asignación de recursos no surgieron con la expansión del capitalismo por todo el mundo occidentalizado, estas conformaban toda la estructura de clases en previos estadios de la reproducción social.

Fue bajo la reflexión filosófica de la igualdad frente a la naturaleza y entre los hombres planteada por Rousseau en 1755, y de la desigualdad estamentaria² como forma de distribución del poder formulada por Montesquieu (Fuentes, 2011), que se comenzó a replantear el elemento social de la desigualdad frente al concepto de igualdad señalado por la naturaleza y por el derecho. De hecho, frente al fundamento social del *hombre*³ reza la necesidad de reconocerle, un cuestionamiento que en palabras de Rousseau se formula en “¿cómo conocer el origen de la desigualdad entre los hombres si no se empieza por conocer a los hombres mismos?” (1923, p. 9).

Como se ha señalado en la historiografía de la modernidad, el pensamiento ilustrado respecto a la condición universal de la igualdad entre *hombres* (hoy

² Estratificada o basada en estratos

³ Entiéndase el término *hombre* como el genérico para referirse al individuo propietario de sí mismo y al ciudadano, referido antes del siglo XX a los varones. Sostengo que al referirse al *hombre* debe entenderse como individuos del género masculino, y en caso de que un autor haga uso indiscriminado de la categoría *hombre* como individuo en general, se hará una nota aclaratoria.

ciudadanía), ha sido el fundamento jurídico y político de toda participación del individuo en las esferas públicas. No obstante, la filosofía social y los primeros sociólogos en trascender el estudio del *hombre* a su dimensión individual y naturalista, para pensarlo en su ser colectivo, comenzaron a reflexionar acerca de aquellas características que escapaban al ideal de igualdad y en las que se reproducían formas de socialización inequitativas.

Una de las manifestaciones más frecuentes para observar la desigualdad, desde entonces, ha sido la movilidad social. Ya desde los inicios del siglo XIX, Toqueville identificaba el fenómeno de la movilidad social en su obra *La democracia en América*, a la que señala como la continuidad de un sistema de clases, caracterizado por “una [...] de sirvientes y una clase de amos” (Toqueville, 1835 en Leeuwen, 2009, p. 400), en la que ni los individuos ni las familias están sometidos en perpetuidad a conformar su clase, así como “en cualquier momento un siervo puede convertirse en amo, y aspira a elevarse a esa condición; el sirviente, por lo tanto, no es un hombre diferente del amo.” (p. 400). Dicha observación correspondía a la sociedad industrial norteamericana, principalmente fundada bajo los principios de la libertad y la igualdad.

De acuerdo con Leeuwen (2009), ya algunos de los clásicos de la sociología como Marx, Weber, Sombart, Mill y Sorokin habían reconocido patrones en la variabilidad de la movilidad social. Dichos patrones habían sido asociados con factores de trayectorias sociohistóricas, así como de la composición económica del sistema de producción, derivando en altos grados de desigualdad o de movilidad social.

Ante las distintas discrepancias sobre la causa y origen de las bajas o altas tasas de movilidad, Leeuwen señala que la proliferación de la meritocracia toma su forma a partir de las diferencias societales entre las naciones, sobre todo en los Estados Unidos como punto culmen del valor meritocrático y cuyos ciudadanos

buscaban demostrar “que pocas de las barreras institucionales a la movilidad social en sociedades pasadas [...], todavía están vigentes” (2009, p. 400).

Si bien la movilidad social fue concebida como uno de los primeros indicadores puramente sociológicos para observar y comparar las desigualdades entre sociedades, en el desarrollo de las grandes teorías sociológicas ya se vislumbraban elementos diferenciadores de cada esfera, estamento, clase o grupo social que determinaban los orígenes y destinos de los individuos, la función social o las experiencias de vida que no están directamente relacionadas con la dimensión socioeconómica.

1.1.1. La desigualdad en las teorías sociológicas clásicas

Los elementos estructurales y agenciales que dan origen a la desigualdad están presentes en las principales teorías fundacionales de la Sociología y dieron forma al estudio de las desigualdades durante el siglo XX. De acuerdo con Silva (2010), se pueden rastrear algunas nociones sobre exclusión social en Durkheim o estructural-funcionalista; en Weber o accionalista; en Simmel o del interaccionismo simbólico; y en Marx o el materialismo histórico.

a) Exclusión social y desigualdad en la teoría de Durkheim

Considerado uno de los fundadores de la teoría sociológica, Durkheim construyó un aparato teórico basado en distintas generalizaciones sobre la función de la acción social y sus distintas formas de organización. Si bien la teoría sociológica de Durkheim ha sido ampliamente discutida, en este apartado se recuperará lo referente a las desigualdades sociales que ya se dilucidaban en su constructo teórico.

De acuerdo con Silva (2010), el elemento teórico que vinculaba los supuestos metodológicos de Durkheim con una perspectiva de la desigualdad era la exclusión social desarrollada en *La división social del trabajo* (2001b), obra en la que se

introduce el concepto clave del autor: la conciencia colectiva. Según Durkheim, esta conciencia colectiva condiciona y determina el comportamiento de cada individuo, acotan la actuación en relación con representaciones colectivas y establecen normas morales que son socialmente sancionadas:

- i. Normas represivas, que “resultan de los desvíos de los procesos de semejanza entre los miembros de la comunidad dando lugar a la solidaridad mecánica” (Durkheim, 1977, p. 126 en Silva, 2010).
- ii. Normas restitutivas, relacionadas a la división social del trabajo que dan lugar a la solidaridad orgánica.

Ambas formas de organización social plantean una división del trabajo basada en los principios de identificación del individuo. La solidaridad mecánica establece un vínculo directo del individuo con la sociedad; la solidaridad orgánica implica un amplio nivel de especialización y *diferenciación* entre la división de tareas (Durkheim, 2001a). En este último concepto yace el dispositivo determinante de la desigualdad, pues ante una excesiva división del trabajo en la que “las especializaciones no están conformes con los talentos de los individuos [...], y la densidad material en los cambios económicos prevalece sobre la densidad moral [...] (surge) el culto al individuo, a rupturas anómicas o crisis morales” (Silva, 2010, p. 115).

Por tanto, desde esta perspectiva serían las alteraciones en las capacidades económicas o materiales de la colectividad el detonante de estabilidad social. Sin embargo, no es en fundamento básico diferenciador entre los individuos, sino que en la estabilidad social yace el control y la reducción de la vulnerabilidad, y en su sentido opuesto introduciría conflictividad social (Silva, 2010).

En síntesis, el elemento diferenciador para Durkheim en toda sociedad es el fundamento que da origen al mismo orden social, dando por sentada la existencia de órdenes o estamentos especializados y diferenciados que cohesionan a la sociedad. Aún bajo la teoría sociológica planteada por Durkheim, las

contradicciones esenciales de la confrontación entre clases forman parte del funcionamiento orgánico de la sociedad. En ese sentido, la exclusión social parte de la individuación de la anomia y la perturbación del orden social.

Incluso ya desde finales del siglo XIX, Durkheim planteaba que fenómenos como el suicidio podrían ser diferenciados por elementos sociales tales como la religión, la condición marital o los eventos coyunturales y *controlando*⁴ por factores extrasociales (1997). Aunque hace énfasis en el factor socioeconómico como un factor determinante del suicidio, el aporte de su investigación para los estudios sobre salud mental se abordará más adelante en este capítulo.

b) Racionalismo weberiano y los orígenes de la desigualdad social

Una de las obras más emblemáticas de Max Weber fue *Economía y sociedad*, publicada en 1922 y ha sido ampliamente traducida e interpretada por distintas corrientes de la sociología. Esta obra constituye un punto de partida teórico para el reconocimiento de la acción social, no como un fenómeno colectivo, sino como la manifestación de un proceso histórico racional en la orientación de las acciones de los individuos, o en palabras de Weber, como “una acción en donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por ésta en su desarrollo” (2002, p. 5), influenciada y orientada por esferas o grupos sociales de poder bien determinados.

Bajo esta perspectiva de la acción social, los efectos derivados las posiciones de los individuos y de sus acciones estratégicas, sean individuales o colectivas, constituyen esencialmente a las desigualdades sociales. Esto parte de la noción distributiva del poder a través de los ejes económico, político y social (Silva, 2010);

⁴ Es decir, aun teniendo en cuenta factores externos, propuso que los factores sociales estaban asociados con el suicidio

el punto de vista weberiano articula cada uno de estos ejes como aspectos de posesión en forma de recursos o pertenencia, y que son distribuibles.

Por ende, Weber entiende a la exclusión social como resultado de la competición “en los diversos tipos de mercados, sea de las relaciones cerradas propias de ciertos círculos, cuyos actores monopolizan y/o restringen el acceso a determinados bienes” (Silva, 2010, p. 119). Dicha interpretación de exclusión social establece, entonces, la limitación en el acceso a grupos sociales, políticos o económicos por parte de sus miembros a determinados individuos y en cuyos efectos yace la restricción al acceso de extraer ventajas sociales y económicas.

El proceso de cierre o apertura social es intrínseco a la verticalidad del poder de grupo y se ciñe a mecanismos de exclusión social que, en momentos previos de la historia de la modernidad estaban fundamentados en criterios de clase como la esclavitud o de casta, en la actualidad (o en el tiempo que Weber disertó), son sustituidos por otros mecanismos políticos, económicos o culturales.

Dicho cierre social estaría, bajo la perspectiva weberiana, por estrategias y el posicionamiento de los individuos o grupos frente a otros, así como cada contexto de espacio y tiempo (Silva, 2010). Se pueden establecer tres tipos de procesos y aspectos del cierre social:

1. Exclusión social como la demarcación, separación o alejamiento en el acceso a ciertos recursos
2. Usurpación como la extracción de recursos y recompensas por quienes los detentan
3. Cierre dual, o la combinación de usurpación frente a los grupos dominantes y de exclusión ante grupos inferiores bajo criterios de clase, de género o étnicos (Parkin, 1979 en Silva, 2010).

El mayor aporte de Weber para una comprensión de la desigualdad social se basa en la conformación de grupos sociales de poder que excluyen a los individuos del

aprovechamiento de determinados recursos, introduce la noción de poder en la acción social y da pie a la formulación de una serie de proposiciones teóricas sobre los procesos históricos detrás de las desigualdades sociales, entendidas estas como una manifestación de los efectos de la acción social.

c) De la visión interaccionista de Simmel y la desigualdad

Georg Simmel ha sido ampliamente reconocido por ser predecesor de algunas de las corrientes sociológicas más relevantes del siglo XX, sobre todo del interaccionismo simbólico y de la sociología interpretativa de la Escuela de Chicago. Si bien la teoría weberiana está sumamente influenciada por las premisas de Simmel, los postulados por sí mismos establecen un punto de referencia para el análisis proteórico de las desigualdades sociales.

El punto de vista *simmeliano* sobre el origen de la socialización está formulado en términos de “procesos continuos de flujos e interacciones entre individuos y grupos que [...] se asocian o disocian” (Silva, 2010, p. 122). Este punto de partida epistemológico sobre la acción social recurre a un microentorno que contractualiza las relaciones entre individuos; asimismo interpreta que algunas de estas relaciones son institucionalizadas, y por ende fuera del voluntarismo, por entidades como los grupos sociales, la familia o el Estado.

Desde la perspectiva teórica de Simmel, se puede señalar que el proceso de socialización involucra a microentornos en los que se desarrollan los mecanismos de interacción, determinados por grupos sociales en interacción, y cuyas formas de cohesión de grupo representan un factor de exclusión al *forastero*.

d) Materialismo histórico, una dialéctica de la desigualdad

En la teoría sociológica clásica, el marxismo representa una de las propuestas más significativas sobre la configuración de la sociedad, en sus términos ya conocidos como la relación estructura y superestructura, de la dialéctica entre el capital y

trabajo en la modernidad como el motor de la historia. No obstante, la estructuración de las relaciones sociales alrededor de la desigualdad social está fincada en la misma contradicción dialéctica de quienes poseen el capital y quienes ejercen trabajo (Marx, 1984).

Al respecto, Marx diserta sobre la existencia de dos clases sociales mutuamente excluyentes que, en un sentido holístico, determinan el sentido de la historia a través del devenir de la lucha de clases; los que poseen y acumulan el capital y los medios de producción en sus múltiples formas, y aquellos desposeídos por la acumulación originaria. En términos conceptuales, Marx señala esta división de clases como el fundamento desigual que da sentido a la sociedad, aunque da luz hacia grupos sociales excluidos del proceso de explotación, cuya mano de obra no puede ser explotada por carecer de acceso a múltiples medios sociales⁵ (Silva, 2010).

Aunque Marx no profundiza sobre las limitaciones y del acceso diferenciado a la explotación del proletariado en una forma de desigualdad social, el núcleo lógico de la teoría social, anclado en el materialismo histórico, apunta a la disección de las clases trabajadoras por formas específicas de explotación, que le dotan de mejores beneficios sociales a aquellos sujetos de sustracción de trabajo, y que excluye a todos aquellos cuyos orígenes sociales son distintos a los deseados por el capital.

Si bien los conocidos clásicos de la sociología construyeron marcos teóricos macrosociales, más o menos vigentes en la actualidad, algunos como Weber o

⁵ No confundir con el “lumpenproletariado”, término utilizado por Marx en *El dieciocho brumario de Luis Bonaparte* (1978) para referirse a los *bohemes* que se opusieron al golpe contra Luis Bonaparte y en defensa de la aristocracia francesa. Estos estaban principalmente formados por “*vástagos degenerados y aventureros de la burguesía, vagabundos, licenciados de tropa, licenciados de presidio, huidos de galeras...*” (Cap. V). Marx no desarrolla el concepto de *lumpenproletariado* como una clase social, sino como un posicionamiento del desposeído frente al capital.

Durkheim hicieron aproximaciones más significativas respecto a la conformación de una corriente de estudios que, bajo las premisas de la exclusión social y la conformación de grupos sociales excluyentes de poder político o económico, consideran la desigualdad como un problema sociológico.

1.2. Las macro-teorías de las desigualdades sociales

La desigualdad en los estudios sociales fue objeto de discusión durante todo el siglo XX, frente a contextos sociohistóricos complejos, caracterizados principalmente por un amplio crecimiento económico en las economías occidentales y un incremento del costo de vida para determinados sectores de la población. Desde la perspectiva de los estudios sociales, se conformaron cuerpos teóricos que partían desde las clásicas generalidades que le daban sentido a la acción social y a sus estructuras, mientras que paulatinamente se aproximaban a los condicionantes específicos que diferenciaban a la acción social.

Tal es el caso de los estudios sobre desigualdad y estratificación social, que se desarrollaron desde los años 1950 y se han diversificado en relación con las dimensiones sociales que estudian. De acuerdo con Lipset y Bendix, la expansión de las escuelas de sociología por todo el mundo occidental fomentó la consolidación de líneas de investigación que revisaban los efectos de lo que ya se vislumbraba como inmovilidad social a pesar de los estados de bienestar (1966). Esta expansión incluso ponía en perspectiva los alcances de la desigualdad entre naciones, aludiendo a los estudios hechos en Rusia y China en lo que se conformaba como una estratificación internacional.

Desde entonces, se han consolidado múltiples corrientes de investigación que dan cuenta de las estructuras sociales persistentes, a pesar y como resultado de los estados modernos, la expansión de la libertad como hecho jurídico y político, y de la expansión del capitalismo como modo de producción en el sistema mundo (Wallerstein, 2007).

1.2.1. Desigualdad y estratificación, entre el funcionalismo y el constructivismo

La distinción principal en el análisis de las inequidades sociales es la definición de las clases sociales funcionales, según Davis y Moore en 1945 mediante un artículo denominado *Algunos principios de la Estratificación*⁶; desde una perspectiva funcionalista, se alega que las diferentes posiciones de los individuos en el orden social están determinadas por las capacidades y habilidades, así como por las necesidades y condiciones del mismo orden social.

Señalaban los autores que las recompensas adquiridas pueden variar en función de su posición. Esta propuesta analítica de la estratificación se sustenta por una concepción de la desigualdad social funcionalista, definida como “un dispositivo desarrollado inconscientemente mediante el cual las sociedades se aseguran de que los puestos más importantes sean ocupados conscientemente por las personas más calificadas.” (en Bendix y Lipset, 1966, p. 48). La estratificación, en ese sentido, está basada en la conjunción de valores sociales atribuidos a los individuos y asignados por la religión; el gobierno; la riqueza, la propiedad y el trabajo.

Sin embargo, dicho enfoque fue criticado por Melvin Tumin en 1953, quien planteó una serie de premisas que cuestionan la teoría de estratificación social de Davis y Moore. Entre sus críticas, argumentaba que los sistemas de motivaciones no pueden ser generalizados; que los sistemas sociales estratificados son antagónicos al desarrollo equitativo de capacidades; que la adquisición de habilidades no está determinada solo por el sacrificio individual, sino por las características sociales; y que las recompensas por posiciones de alto nivel no se traducen siempre en altos salarios o prestigio.

⁶ Esta versión del artículo se encuentra reimpressa en el libro *Class, Status & Power* de Bendix y Lipset (1966)

Tumin también destacó diferencias entre los aprendices de élite y los individuos incorporados al trabajo, como el mayor prestigio, el privilegio de autoformarse, la posibilidad de posponer responsabilidades adultas y el acceso al tiempo libre. Señala que la estratificación no se genera solo por las trayectorias de vida, sino por la acumulación de prestigio y estima en relación con el poder y la propiedad, lo que genera accesos desiguales a los recursos y diferencias en las recompensas. El autor concluye con la puesta en duda del concepto de estratificación social propuesto por Davis y Morris, citado anteriormente, estableciendo que “las funciones negativas, o disfunciones, de la estratificación social institucionalizada han sido identificadas [como factores] del carácter mixto de los resultados de estratificación social” (1966, p. 58).

El debate entre la teoría de Davis y Morris sobre la función de la estratificación social y la perspectiva histórica de la conformación de las clases sociales sentó las bases para el distanciamiento de la teoría social sobre la desigualdad de los planteamientos funcionalistas, para acercarse a una perspectiva histórica y materialista de la conformación de grupos y clases sociales.

Aún frente al debate sociológico entre el concepto de clase y estrato, es notorio que ambos enfoques tienen en cuenta el factor socioeconómico en la conformación de agrupaciones con fines de reproducción y acumulación de valor social. En consecuencia, la exclusión *insoportable* de los individuos a dichos espacios puede tener un efecto en el bienestar subjetivo y psicológico (Verdecia, 2017), manifestándose negativamente en la salud mental y física.

Parsons, la estructura y el poder

Talcott Parsons, en su obra *La estructura de la acción social* de 1937, planteó la conjunción de los postulados teóricos de Pareto, así como los sistemas conceptuales desarrollados por Weber y Durkheim. A partir de un enfoque

funcionalista, Parsons desarrolló un sistema analítico para determinar los límites de la acción social estructurada conocida como el sistema AGIL⁷.

Aunque disertar sobre la validez de dicho modelo no es propósito de esta investigación, es necesario reconocer que el dominio de las premisas parsonianas se extiende hasta los efectos de la exclusión y las desigualdades sociales. En tal sentido, Parsons contribuyó algunos años después de desarrollar su sistema AGIL en la definición del rol del poder político en los sistemas sociales. En un artículo de 1963 publicado en el *Proceedings of the American Philosophical Society*⁸, Parsons contribuyó a la cuestión del efecto del poder en los niveles de estratificación y desigualdad social; establece una distinción entre economía y política en las sociedades, identificando paralelismos estructurales entre estos aspectos, determinados por los *inputs* y *outputs* de cada proceso.

En el caso de la economía “los factores de producción están relacionados a la capacidad del trabajo ejercido” (p. 242), el cual permite estimar a la propiedad de la tierra no como un factor sino como un recurso físico; en la política, la acción colectiva efectiva es un recurso comprometido controlable, y el poder se define definido como “los medios para adquirir el control de los factores de producción” (p. 243). Este punto es crucial para entender cómo Parsons ve la estructura social: “la autoridad es una cualidad política decisiva de un status en una estructura social y el poder un instrumento primordial para el desempeño eficaz en dicha posición” (Cardoso Fernández, 2011, p. 109).

⁷ De las siglas en inglés A, *Adaptation*; G, *Goal Attainment*; I, *Integration*; L, *Latency*.

⁸ Recuperado del libro *Class, status, and power: social stratification in comparative perspective* de Bendix y Lipset (1966)

Aunque Parsons no se enfoca en las características particulares de los agentes, reconoce que las directrices políticas están influenciadas por intereses comunes, normas y elementos culturales que pueden limitar el acceso a bienes y servicios. Destaca la rigidez de los sistemas sociales, relacionada con su complejidad, y reconoce que las sociedades modernas han superado elementos de adscripción para enfocarse en la clase como elemento ordenador.

Identifica dos elementos que pueden potenciar las desigualdades sociales: la desigualdad en la autoridad y el poder en la organización del sector privado y público, y la competencia en incremento que “abre la posibilidad de diferenciar en un rango más amplio que el que era posible en condiciones más simples” (Parsons, 1990, p. 5). En términos generales, Parsons ve en las sociedades modernas una tendencia a la institucionalización de la estratificación, o la “legitimación de desigualdades esenciales”, basada en un balance entre igualdad y desigualdad. Infiriendo que esta institucionalización reduce los efectos de elementos adscriptivos como la religión y la etnicidad, cediendo ante los efectos “del sistema ocupacional y en las estructuras modernas de autoridad” (Parsons, 1990, p. 6).

Si bien algunas de las premisas *parsonianas* han ya superadas con el tiempo, su enfoque es útil para entender la estratificación social, la dinámica del poder y la complejidad de los sistemas sociales modernos. Su trabajo pone de relieve la interconexión entre las categorías sociales, el valor intercambiable entre ellas, y la manifestación de desigualdades a través de la diferenciación en los factores de producción.

1.2.2. Clases sociales, desigualdades de oportunidades y otros estudios modernos

Los estudios de desigualdades sociales se convirtieron en uno de los temas más relevantes en la sociología moderna. Durante décadas, investigadores han intentado entender los mecanismos que generan, reproducen o incluso reducen las desigualdades existentes en las sociedades. Autores como Raymond Boudon, John Goldthorpe y Charles Tilly fueron fundamentales para avanzar en la comprensión

de este fenómeno. Cada uno de ellos ha abordado la desigualdad desde una perspectiva diferente, proponiendo teorías y modelos que han contribuido al análisis y comprensión de la desigualdad social en diferentes contextos.

Boudon y la inmovilidad occidental

En el contexto de las sociedades industriales y la Guerra Fría, Boudon identificó una serie de supuestos acerca de la disminución de las brechas de oportunidades asociadas con los orígenes sociales de los individuos, que formaban parte de la "sociología de las desigualdades de oportunidades" . Sin embargo, los estudios comparados de países industrializados demostraron que la movilidad social de los hijos no varía significativamente en relación con la posición de trabajo de sus padres. Boudon destaca que la desigualdad de oportunidades es la que más se mantiene y es la más insensible al desarrollo.

Boudon aborda la desigualdad de oportunidades como un sistema explicativo de los factores sociales y no como elementos aislados e independientes. Recupera la proposición de Sorokin sobre la movilidad social como resultado de la filtración de los individuos por una serie de instancias de orientación, que se asumen por instancias familiares y escolares en las sociedades industriales. Boudon le asigna un poder de iniciativa al individuo al penetrar cada instancia, pero la movilidad social está influenciada en mayor medida por los mecanismos de filtro de la instancia de orientación, la composición de la población y la distribución de las posiciones de salida.

A partir de la teoría sorokiniana, Boudon establece que el método de observación debe identificar procesos que se caracterizan por momentos que dotan de características a los individuos y los "conducen de un cierto *status* de origen a un *status* de llegada". Dichos procesos constituyen un sistema en el que los efectos a nivel individual se combinan y no se agregan.

Goldthorpe, movilidad de las clases sociales en las sociedades industriales

En términos de clases sociales, Goldthorpe ofrece una explicación detallada de cómo se estructura la sociedad y cómo las desigualdades sociales se mantienen en su lugar. Argumenta que la desigualdad social es el resultado de la interacción entre tres factores principales: la estructura económica, la estructura ocupacional y la estructura educativa. Estos factores se combinan para crear lo que Goldthorpe llama "clases sociales", que son grupos de personas que comparten similares niveles de ingresos, ocupaciones y niveles educativos (2016).

Según Goldthorpe, la estructura económica es el factor más importante en la creación de desigualdad. Las personas con más riqueza y capital tienen más oportunidades de éxito en la vida y pueden influir en la estructura política y social en su beneficio. La estructura ocupacional también es importante, ya que las personas en ciertas profesiones tienen más poder y estatus que las personas en otras profesiones. La educación también desempeña un papel clave, ya que las personas con niveles más altos de educación tienen más acceso a empleos bien remunerados y pueden tener más influencia en la sociedad.

Goldthorpe apunta al mismo proceso que Boudon, al señalar que la estructura de clases para comprender la movilidad social. Apunta que, si bien la tasa de movilidad total se ha mantenido estable a largo plazo, los cambios en la estructura de clases pueden conducir a cambios en las experiencias individuales de movilidad, como el aumento de la movilidad ascendente y la disminución de la movilidad descendente a mediados del siglo XX (2016). Aun cuando los sistemas educativos se han expandido, las tasas de movilidad relativa que comparan las posibilidades de que personas de diferentes orígenes de clase lleguen a diferentes destinos de clase también muestran estabilidad a largo plazo. Goldthorpe sugiere que la educación es un bien posicional y que los padres de clase social aventajada están motivados y son capaces de ayudar a sus hijos a mantener su ventaja

competitiva en el sistema educativo y en los mercados laborales, contribuyendo a la resistencia al cambio en el régimen de movilidad.

Tilly, la desigualdad persistente

En su obra *La desigualdad persistente* (2000), Charles Tilly describe las desigualdades sociales como un fenómeno complejo y multifacético que se origina en la interacción entre varias formas de desigualdades estructurales, incluyendo la desigualdad económica, política, cultural y social.

Tilly argumenta que estas formas de desigualdad interactúan entre sí para crear y mantener sistemas de desigualdades más amplios y persistentes en la sociedad. Sostiene que estas desigualdades son históricas y se han desarrollado a lo largo del tiempo, y que son el resultado de procesos sociales y políticos más amplios.

Especialmente, Tilly señala en el tercer capítulo de su obra, la intrincada arquitectura de las categorías como un aspecto esencial para entender cómo las desigualdades se mantienen en la sociedad. Las diversas formas de desigualdad no son meros fenómenos aislados sino que interactúan y se categorizan en sistemas más amplios. Tilly propone que las categorías, tales como raza, género y clase social, funcionan como marcos organizativos que contribuyen a perpetuar las desigualdades existentes (2000).

En este sentido, las categorías sociales y estructurales desempeñan un papel significativo en la compleja interacción entre las diferentes facetas de la desigualdad. Estas categorías actúan como filtros que determinan el acceso a recursos, oportunidades y poder político. Las desigualdades económicas, por ejemplo, son a menudo influidas y exacerbadas por categorías como la clase social y la educación, que a su vez son moldes de poder político y exclusión cultural. De igual manera, las desigualdades políticas y culturales son profundamente influenciadas por estas categorías estructurales.

Además, Tilly profundiza en la compleja interrelación causal que subyace en la desigualdad categorial. Señala que elementos como la explotación y el acaparamiento de oportunidades influyen en la creación de "límites categoriales" que, a su vez, tienen un impacto directo en la distribución desigual de recursos y retribuciones. Estos límites categoriales se consolidan a través de mecanismos como la emulación y la adaptación, y se convierten en factores estructurales que influyen no solo en una organización específica sino en la sociedad en general.

Esta complejidad en la causalidad de la desigualdad se manifiesta a través de efectos tanto directos como indirectos. Los efectos directos surgen de relaciones de explotación institucionalizadas, mientras que los efectos indirectos resultan de la acumulación de experiencias categoriales que refuerzan y justifican sistemas de clasificación explícitos. De esta forma, Tilly argumenta que la desigualdad es un sistema intrincado que se *auto-perpetúa* en ausencia de intervenciones significativas para dismantelar estos complejos mecanismos de categorización y exclusión. Así, se destaca que las desigualdades son fenómenos históricamente situados que han evolucionado a través de procesos sociales y políticos amplios, pero también están firmemente arraigadas en sistemas de categorización que funcionan para mantener estas desigualdades a lo largo del tiempo.

1.2.3. Estudios contemporáneos sobre las desigualdades. El enfoque en América Latina

Alimentados por un amplio abanico de teorías sociales sobre la multidimensionalidad de las desigualdades, en las últimas décadas se han desarrollado una variedad de estudios en América Latina. Desde un posicionamiento crítico, se han desarrollado perspectivas analíticas que conjugan los elementos estructurales de las sociedades modernas con los procesos estructurantes de los agentes.

Los estudios sobre desigualdad social en América Latina se enmarcan en teorías macro-sociales enfocadas en la economía y su impacto en los destinos

sociales. Históricamente, la región ha sido crucial en la acumulación global de riqueza, desde la colonización europea hasta la dominación estadounidense, estableciendo relaciones de subordinación política (Wallerstein, 2007). Aunque las ideas de la CEPAL y la Teoría de la Dependencia son discutibles, la realidad es que la estructura política y social de la región ha perpetuado significativas desigualdades, acentuadas por legados históricos como sistemas de clases y castas (Abramo et al., 2019; Rodas, 2017).

Estas particularidades de la región dan sentido a la incorporación de factores sociales a los modelos de análisis de las desigualdades sociales. Por ejemplo, Pérez Sainz y Mora Salas (2006) señalan una serie de replanteamientos sobre las nociones sociológicas de la exclusión social, especialmente a través de la regionalización de las dimensiones acumulativas, la fragmentación de las clases y exclusión creciente y marginal en América Latina. Para los autores, el fenómeno de la exclusión está asociado al proceso acumulativo vigente, de manera que las desigualdades sociales son determinantes del propio proceso y dentro de sí expresan la exclusión social (2006). Bajo dichas premisas, Pérez Sainz y Mora Salas señalan que la exclusión social forma parte no de una relación dicotómica entre inclusión y exclusión, sino que se trata de gradientes de desigualdad que se manifiestan en efectos atravesados por procesos sociohistóricos y multidimensionales.

En términos metodológicos, se ha señalado que las desigualdades sociales pueden ser observadas a partir de dimensiones de la interacción social, sean estas de carácter individual, a nivel de hogar o desagregadas⁹; sean persistentes en el tiempo o contextuales, se mantiene constante la interacción de las categorías y dimensiones sociales en los resultados obtenidos en la vida cotidiana; se expresan

⁹ En referencia a la reflexión metodológica planteada por Reygadas (2004) sobre la construcción analítica de las desigualdades sociales.

a través de experiencias diferenciadas en la interacción de los agentes con las estructuras a partir de características adscriptivas y tienen efectos directos en indicadores directos como la inserción laboral; el ingreso; acceso a servicios públicos; adquisición y acceso a capital cultural; de seguridad y bienestar individual; y en la salud; es en un todo, un proceso multidimensional (Henrich et al., 2022; Reygadas, 2004).

No obstante, el énfasis en las características de la exclusión social contiene de fondo una serie de dimensionalidades múltiples de la interacción social, principalmente mediadas por estructuras sociales expresables en categorías analíticas como la clase social, las características étnico-raciales o el género. Estas categorías han sido ampliamente estudiadas en América Latina, especialmente desde los enfoques de las desigualdades estructurales cuantificables, como las disparidades de género entre varones y mujeres (Abramo et al., 2019; De Barbieri, 2004; de Oliveira, 2007), las diferencias en el acceso a recursos por características socioeconómicas y de origen social (Domínguez-Amorós & Solís, 2021; Henrich et al., 2022), o los resultados diferenciados en sociedades altamente estratificadas por condiciones de raza o etnia (Solís et al., 2019; Telles, 2014; Wade, 2010).

Reconocer la influencia de los enfoques cuantitativos sobre las investigaciones de las desigualdades y la salud mental permite apuntar una serie de consideraciones sobre las dinámicas de su reproducción, especialmente para establecer mecanismos de asociación entre dichos factores con la prevalencia de depresión:

1. La multidimensionalidad de las desigualdades sociales implica que éstas se producen a través de mecanismos de exclusión por factores sociales predominantes y sus efectos atraviesan otras dimensiones de la vida, como la salud.

2. Los efectos de las desigualdades sociales se pueden cuantificar a través de la operacionalización de los factores sociales como el ingreso, la escolaridad, el

acceso a servicios para la satisfacción de necesidades y hasta en variables de percepción como la discriminación o el bienestar subjetivo.

3. El producto de las relaciones sociales asimétricas se puede identificar a partir de la comparación; es decir, los factores sociales variables entre un sujeto y otro afectan los resultados individuales y colectivos, manteniendo las desigualdades.

4. Las desigualdades sociales son persistentes; es decir, sus efectos se mantienen a través del tiempo y se reproducen a través de las relaciones intersubjetivas y se expresan en el cuerpo.

Teniendo en cuenta lo señalado en el capítulo anterior sobre el cuerpo y la salud, se pueden identificar los efectos de las desigualdades en la salud mental a partir de los factores sociales asociados con otros *outcomes* (resultados) estudiados por los autores.

1.3. Adolescencia, socialización y desigualdad

La adolescencia puede ser comúnmente caracterizada como una etapa de la vida altamente expuesta a distintos fenómenos sociales, cuyos efectos no solo se reflejan en la interacción social de quienes atraviesan esa edad, sino que se pueden manifestar en procesos corporales como la enfermedad o la sexualidad. No obstante, un enfoque científico de la adolescencia requiere del reconocimiento de las transiciones de la adolescencia hacia la adultez, identificar lo que se entiende como adolescencia desde una perspectiva multidisciplinaria, para así reconocer el componente sociológico de la adolescencia y todos los aspectos sociales que la integran.

1.3.1. Juventud, discusión y conceptualización

Los procesos de estratificación y de segmentación por clases están atravesados por diversas características biológicas, socialmente construidas, y que han sido

estudiados principalmente por sus implicaciones demográficas. El curso de vida está principalmente definido por las etapas de vida en contextos sociohistóricos y culturales, cuyos efectos son visibles a nivel individual o agregado de los conjuntos poblacionales (Blanco, 2011).

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia periodo de la vida entre 10 y 19 años y que se caracteriza como el momento de la vida que “marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales” (OMS, 2021). Dicha definición está constituida por distintas dimensiones de la vida, que son especialmente sensibles al momento biológico que atraviesan las personas durante esta etapa del desarrollo, y que se describe principalmente por un crecimiento acelerado de las características físicas, cognitivas y psicosociales de los adolescentes (OMS, 2021). Especialmente por la sensibilidad a la que están expuestos las personas en esta etapa, la OMS reconoce que los adolescentes pueden estar expuestos con mayor facilidad a eventos de riesgo como enfermedades, accidentes y la muerte.

Según la OMS, la educación integral sobre aspectos como la salud sexual, prácticas de riesgo y el uso de servicios de salud pueden ser determinantes para un crecimiento y desarrollo sano (OMS, 2021), y una transición a la vida adulta plena. La adolescencia puede ser clasificada como primera adolescencia, precoz o temprana entre los 10 y 14 años; y la segunda o tardía entre los 15 y 19 años (Borrás Santisteban, 2014).

Aun cuando las delimitaciones por edad están sujetas a una serie de caracterizaciones sociales y culturales, atribuibles a los procesos escolares y a la incorporación a las actividades económicas, es posible reconocer que la adolescencia tardía corresponde con una serie de eventos de primera ocurrencia en la vida que son característicos de la vida social adulta, al menos en contextos occidentalizados.

Detrás de la adolescencia como categoría, se vislumbra el término *juventud* que enuncia características relativas a procesos demográficos que atraviesan las personas. La CEPAL, en su publicación sobre *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe* (2000 en Escoto Castillo, 2010) señala que la juventud es un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta, en cuya etapa se “producen importantes cambios biológicos, psicológicos y culturales” (p. 22). Generalmente se señala que la juventud está comprendida entre los 15 y los 24 años, aunque esta delimitación es arbitraria, dados los contextos sociales bajo los que se ordene dicha categoría.

Los criterios demográficos más evidentes para delimitar la categoría de juventud son definidos por la CEPAL como la ocurrencia de eventos biográficos como la maternidad y la fecundidad elevada, causas de mortalidad específicas como accidentes de tránsito o violencia, y eventos migratorios especialmente intensos por causas de “desarrollo personal y social” (2000, p. 6).

1.3.2. Enfoques sociológicos sobre la juventud y adolescencia

Las definiciones de juventud descritas están atravesadas por miradas disciplinares que determinan la confluencia de hechos biológicos, socialmente construidos, y que son estudiados desde múltiples perspectivas disciplinares. En el caso de la sociología, Pérez Islas (2008) señala que el estudio de la juventud no había sido un tema central en la teoría social clásica; el concepto se ha mantenido en disputa desde las distintas disciplinas de las ciencias sociales como la ciencia política y la antropología. Esta última, a lo largo del siglo XX, desarrolló el concepto de juventud a partir de la disección cultural de la edad y el sexo con los estudios de Margaret Mead¹⁰ en la isla de Tau, Samoa, y que señaló la diferencia entre adolescentes y la conocida como etapa de conflicto e inestabilidad en las sociedades occidentales y

¹⁰ En su obra *Adolescencia. sexo y cultura en Samoa*, de 1928.

señaló algunas diferencias de la conducta entre países; Ruth Benedict¹¹, que señaló la influencia de la cultura en el comportamiento humano, y que asigna roles a los individuos, principalmente entre jóvenes y adultos y que tienen tres oposiciones “la responsabilidad-no responsabilidad; la relación dominio-sumisión; y el papel sexual contrastado” (Pérez Islas, 2008. p. 13).

En Estados Unidos, algunos estudios sobre bandas realizados en contextos urbanos de mediados de la década de los 20 del siglo XX¹², se determinaban algunas de las características bajo las que se desarrollaban agrupaciones juveniles, que estaban principalmente conformadas por migrantes racializados y desposeídos de medios de producción. En general, se trataban de jóvenes en proceso de transición a la vida adulta, principalmente por la incorporación a las actividades laborales, que se agrupaban alrededor de rasgos y símbolos rituales, que desarrollaban actividades criminales para su subsistencia; o el de jóvenes miembros de comunidades ítalo-descendientes durante la década de los 30 y 40 del siglo XX¹³, entre los que algunos experimentaban durante un periodo de 18 meses eventos diferenciados como la conclusión o abandono de los estudios, desempleo o movilidad social ascendente (Pérez Islas, 2008).

Existen por lo menos dos enfoques que indagan en la construcción teórica de lo juvenil:

¹¹ En su obra *Continuities and Discontinuities in Cultural Conditioning*, de 1938.

¹² Frederic M. Thrasher en su obra titulada *The Gang*, publicada en 1927.

¹³ William Foote Whyte en su obra *Street Corner Society* de 1943.

*Enfoque generacional*¹⁴

Este enfoque está delimitado por el efecto del tiempo socialmente determinado sobre la juventud como fase de la vida de socialización. La interpretación generacional de la juventud está principalmente descrita en la obra de Dilthey, que articula la “noción métrica al interior de la vida humana y la relación de contemporaneidad entre individuos que viven bajo las mismas influencias durante su periodo formativo.” (Pérez Islas, 2008, p. 17).

Aun así, el desarrollo conceptual de la juventud lo desarrolló Julián Marías en su obra *El método histórico de las generaciones* (1961), en la cual define a las generaciones como

“órbitas históricas, cuya línea está flanqueada por un campo atractivo [...] formado—en términos generales—por personas más jóvenes o más viejas que él, según que su nacimiento se sitúe hacia el comienzo o el final de la «zona de fechas» de su generación” (p. 170).

Otro de los referentes sobre el asunto de la juventud es Karl Mannheim, que presenta algunos supuestos acerca de la constitución de la generación a partir de la posición social de cada sujeto, conformando *estratos generacionales* que conectan a los sujetos desde las vivencias en semejanza (Pérez Islas, 2008).

En ese mismo sentido, Talcott Parsons también se refiere a la *cultura juvenil* como una acción opuesta del rol juvenil frente al rol adulto, manifestadas en el

¹⁴ Pérez Islas se refiere al término corriente al hablar de las especificidades de cada perspectiva sociológica sobre la juventud. Sin embargo, sostengo que, al no haber del todo un acuerdo conceptual entre los distintos autores que cita, se puede pensar en la coincidencia de enfoque frente a la categoría que señala. Por tanto, reformulo los dos enfoques a los que se refiere el autor.

marco de las cinco dicotomías de la orientación de la acción social¹⁵ y que se particularizan en dicotomías de responsabilidad (adulto)/irresponsabilidad (adolescente); capacidades físicas/capacidades profesionales; y la atracción sexo-afectiva/roles sexuales tradicionales (Parsons, 1942).

Las distintas propuestas conceptuales que vinculan a la definición de juventud con términos generacionales, sean funcionalistas, fenomenológicas o de otro tipo, apuntan a roles de los individuos miembros de una misma cohorte y atravesados por un contexto sociohistórico, definidos por las estructuras sociales en las que se enmarca su acción social. En términos generales, estas aproximaciones a la juventud vinculan el tiempo cronológico y el tiempo biológico con dimensiones sociales determinadas por el tiempo histórico, dando origen a posiciones generacionales que pueden ser caracterizadas por sus especificidades antagónicas.

Enfoque de clase¹⁶

El segundo enfoque de definición sobre la juventud está caracterizado por la centralidad de la clase social dentro de la diferenciación entre jóvenes. Existe una cierta complejidad en la delimitación de clase social, que puede poseer mayor o menor influencia de ciertas corrientes sociológicas, pero que pueden ser caracterizadas a razón de las dimensiones sociales a las que se refiera dicho término.

¹⁵ En concreto son a) afectividad/neutralidad afectiva; b) orientación respecto al ego/orientación respecto a la colectividad; c) universalismo/particularismo; d) prestación/cualidad; e) especificidad/difusión (Carlo Donolo, 1985 en Pérez Islas, 2008, p. 19)

¹⁶ Pérez Islas lo define como *corriente clasista*. Sin embargo, reformulo la categoría como *enfoque de clase* por la pertinencia del ajuste con distintas malinterpretaciones del término.

La cuestión de la clase como estructurante de las relaciones sociales está enraizada en el enfoque marxista de la lucha de clases, propuesta diferenciada del enfoque generacional por el carácter histórico y situado de las contradicciones experimentadas por aquellos individuos en la transición a la adultez. Especialmente Gramsci desarrolla el conflicto generacional atribuyéndolo a un asunto de poder cuyas formas varían en relación con los contextos históricos (Pérez Islas, 2008).

Partiendo de este enfoque crítico de la juventud destaca el aporte de Bennett Berger en su texto *On the Youthfulness of Youth Cultures* (1963), en el que hace una diferenciación entre la juventud, en el sentido cronológico de la edad; y una *actitud* juvenil¹⁷, en el sentido cultural y normativo. A diferencia del artículo publicado por Parsons en 1942, Berger señala que la actitud juvenil está influenciada por características de la personalidad, culturalmente asociadas y categorizadas como propias de un rol adolescente y que, sin embargo, son diversificadas a partir de las culturas juveniles. En su transición a la vida adulta, estas actitudes juveniles pueden estar mayor o menormente arraigadas a la personalidad y poseer una mayor afinidad con *carreras juveniles* o con carreras profesionales con determinadas cualidades de *madurez* (Berger, 1963).

Bajo la misma perspectiva se han señalado diferenciaciones entre lo juvenil y la edad cronológica que incluyen tres tipos ideales que integran las diferencias específicas entre juventud y adolescencia (Keniston, 1970 en Pérez Islas, 2008):

1. Temas de la conciencia en la adolescencia:

- Los conflictos entre la personalidad autónoma y el entorno social
- Identidades y roles de la juventud
- El valor de la transformación y la aversión al estancamiento

¹⁷ Del inglés *Youthfulness*, el autor se refiere a una serie de “cualidades del comportamiento, que pueden estar asociadas a la edad, mas no exclusivas de ella” (p. 326)

- La integración con *contraculturas* juveniles.
2. Cambios del pensamiento y de la conducta:
 - Diferenciación entre individuo y la sociedad (individuación)
 - Integración de la sexualidad con otras personas
 - La puesta en duda del razonamiento moral
 - Desarrollo intelectual
 3. Delimitación de la juventud, pensada como un periodo opcional y no como un proceso universal del desarrollo.

Desde la perspectiva de clase, Bourdieu hizo su aportación a la delimitación del concepto en su entrevista *La "juventud" no es más que una palabra* (1990), en la que advierte sobre la arbitrariedad del término juventud, asimilándola a la paradoja de Pareto sobre el inicio de la vejez y de la riqueza. Bourdieu recupera la complejidad de la relación entre el término juventud y los contextos sociohistóricos que la definen. Describe algunas de las diferencias sociales del concepto por las características *enclasad*¹⁸ de cada individuo, y señalando que las diferencias generacionales pueden estar explicadas por "los diferentes estados de la estructura de distribución de los bienes y de las posibilidades de tener acceso a los diversos bienes" (1990, p. 170). Por tanto, desde el aporte de Bourdieu al concepto de juventud desde el enfoque de clase, se establece que este está atravesado por los factores sociales que habilitan el desenvolvimiento en el campo social, factores determinados por los *viej*os que permiten el ascenso y la transmisión de poder entre las generaciones.

¹⁸ Ordenadas por las distinciones entre las clases, determinado principalmente por la distribución (apropiación) de los capitales.

1.3.3 Aproximación teórica hacia la juventud y las desigualdades sociales

Toda vez recuperando la trayectoria de los enfoques sociológicos sobre el concepto de juventud, es posible reconstruir un marco analítico que incorpore las vivencias diferenciadas de la experiencia juvenil en el contexto mexicano. De acuerdo con Saraví (2015), las percepciones de los individuos están directamente influenciadas por “la posición que ocupan en la estructura social [...] y mediado por al menos dos dimensiones claves: la cultura y la interacción” (p. 229). Partiendo de la primera dimensión, el autor señala que existen características estructurales en forma de marcos y repertorios culturales, a partir de los que se entiende la desigualdad en determinada población y que, por consecuencia, establece un eje de interpretación intersubjetiva recíproca de la interacción cotidiana de sus miembros.

En el contexto mexicano, Saraví señala que en la población joven la desigualdad no es percibida como una dimensión importante de la vida cotidiana, alegando no una negación de su existencia, sino una indiferencia frente a ella. Según el autor, esta indiferencia implica un reconocimiento de la existencia de otros sectores de la población con diferentes condiciones socioeconómicas, y que puede ser pensada como un factor de “complementariedad e intercambio entre los miembros de la sociedad” (p. 236).

Esta reflexión sobre los efectos macro a nivel de las interacciones (o micro) en las juventudes es un precedente de las condiciones en las que los individuos perciben la satisfacción con la vida (Devillanova et al., 2019) o experimentan los distintos eventos de la vida en su transición a la adultez. Estando la percepción de la satisfacción influenciada por el posicionamiento del sujeto dentro de la distribución de los recursos sociales (o de los capitales), se producen efectos diferenciados por factores sociales estructurantes y estructurados como el género, la escolaridad, la clase social de origen y el nivel socioeconómico, las características étnico-raciales, entre otros.

1.3.3.1. Género y desigualdades en la juventud

Como se ha señalado anteriormente, el género forma parte de las estructuras determinantes del curso de vida en la juventud. De esta manera, es posible reconocer la manifestación de estas estructuras a través de la resignificación de los roles sociales en conjunción con otras dimensiones como la clase, la edad y otros factores en un momento histórico determinado (Verdecia, 2017). Los efectos diferenciados del género son visibles en procesos como la inserción laboral y el cuidado doméstico (Herse, 2013), la criminalidad y el desenvolvimiento en actividades delictivas o en procesos de resignificación de las identidades (Morales et al., 2020; Verdecia, 2017).

Sin embargo, aun cuando estas variables atraviesan a todos y cada uno de los individuos participantes de la sociedad, pueden ser consideradas como elementos estructurantes de las desigualdades cuando son factores de exclusión social y de procesos de estratificación (Islam, 2019; Verdecia, 2017). En ese sentido, es fundamental reconocer las características del género en la juventud en contextos históricos y socialmente situados, en conjunción con elementos de clase, posición socioeconómica relativa, características étnico-raciales, transición a la adultez diferenciada y procesos biológicos como la maternidad o la distribución del cuidado doméstico.

Por ende, en los contextos latinoamericanos, y en el mexicano en específico, distintas investigaciones han señalado el posicionamiento de exclusión social que repercute en la desigualdad de oportunidades a aquellos individuos atravesados por características individuales que los colocan en posición de desventaja social (Abramo et al., 2019; Morales et al., 2020; Verdecia, 2017). En el caso del género, se han identificado diferencias en la conformación de la identidad entre hombres y mujeres, espacialmente situados, y que dependen de variables como las relaciones de poder, lazos de proximidad y distintos conflictos entrelazados (Cerezo et al., 2020).

En síntesis, el género es una dimensión de la vida social que atraviesa las experiencias de vida de las personas, sea a través de la resignificación de la primera infancia y la socialización temprana; la adolescencia y los procesos diferenciados de las expresiones identitarias, sexuales y de acercamiento a las instituciones educativas, sanitarias y burocráticas, así como actividades de riesgo; la adultez y la inserción laboral, los cuidados domésticos, el cuidado de la salud o la división sexual del trabajo (Escoto Castillo & Alcántara, 2022); y por último, la transición de la vejez al final de la vida, en la que se acumulan los resultados diferenciados, manifestándose las desigualdades en procesos de salud y enfermedad hacia el final.

1.3.3.2. Desigualdades socioeconómicas en la transición a la adultez

De acuerdo con algunos estudios de la CEPAL, durante este periodo de la vida se producen mayores diferencias atribuidas a las desigualdades multidimensionales (Cerezo et al., 2020). Una de estas dimensiones de análisis, fundamentales para esta investigación, es el nivel socioeconómico y la posición que ocupan los individuos durante la juventud. Como se ha señalado anteriormente, las características económicas del hogar forman parte fundamental del desarrollo, desde la primera infancia hasta la adultez, en tanto se configuran como desigualdades persistentes y resistentes a las generaciones, de tal manera que se transmiten intergeneracionalmente y se manifiestan a través de tasas de inmovilidad social (Boudon, 1983; Solís, 2012; Verdecia, 2017).

Estos procesos de desigualdad socioeconómica se observan con mayor frecuencia en eventos de vida que derivan en el acceso diferenciado a campos sociales. Por ejemplo, cuando se estudia la movilidad intergeneracional a menudo se utiliza como referencia el origen social, tenido en cuenta como la posición ocupacional, educativa o socioeconómica de los padres y en contraste con el destino de los hijos (Solís, 2018). El fenómeno de la movilidad social, si bien se encuentra inacabado durante la juventud, puede explicar cómo se comienzan a

desarrollar los primeros acercamientos de los jóvenes a la transición a la adultez, influenciados por sus orígenes sociales (efectos de familia) y atravesados por las demás dimensiones estructuradas y estructurantes. Aun cuando estos efectos diferenciados pueden parecer *descorporalizados*, algunos autores sostienen que sus efectos no se limitan al campo de las interacciones sociales, sino que trascienden a eventos patologizantes y se manifiestan sobre el cuerpo, especialmente en los términos de la salud mental (Aneshensel, 2009; Cornwell, 2003; Muntaner et al., 2000; M. Silva et al., 2016).

1.4. Salud, familia y cuerpo frente a las desigualdades

A partir de categorías analíticas sobre la configuración social de las clases, estratos y la diferenciación de los individuos en el acceso a recursos y oportunidades a niveles macro, es menester señalar las categorías prácticas de la vida cotidiana y a nivel de la interacción que reproducen y jerarquizan el posicionamiento de los agentes en las estructuras. Estas desigualdades se reproducen en los elementos próximos de cuidado y reproducción social como la familia, así como en la corporalidad resignificada de los individuos; derivando directamente en procesos de salud y bienestar diferenciados.

1.4.1. Salud y desigualdades

El interés sociológico sobre los efectos de la socialización en el cuerpo ha ido en incremento desde mediados del siglo XX. En las últimas décadas se han desarrollado enfoques multidisciplinarios sobre los factores sociales asociados al desarrollo de enfermedades y padecimientos que se relacionan más con el comportamiento, dinámicas sociales y características contextuales de las personas; así como por estructuras sociales como estratos que determinan la calidad de vida (Flamand et al., 2021; House, 2002).

En ese sentido, los factores sociales asociados a la salud y la enfermedad están principalmente acentuados por las distintas dimensiones de la socialización,

en tanto que las unidades de análisis varían en función de los procesos patológicos y los efectos de la interacción social. Por ejemplo, la causa de mortalidad puede estar influenciada por factores sociales como la clase social, la ocupación y el sexo (Ryou et al., 2019); la prevalencia de enfermedades crónicas es afectada principalmente por la edad, el sexo o la intensidad del trabajo y es visible a partir de métodos de análisis longitudinales (Andrade & Fonseca, 2008; Franks et al., 2003); los eventos de vida negativos como los accidentes o la violencia, así como las adicciones a sustancias son principalmente frecuentes durante las primeras etapas de la vida y también están influenciados por el sexo y el nivel socioeconómico (Escoto Castillo & Alcántara, 2022; Saraví, 2015).

Uno de los elementos recurrentes en los procesos patológicos y en el acceso a la salud son los ejes de desigualdad que atraviesan las dimensiones sociales desde la interacción cotidiana hasta las estructuras (Mancini, 2015); se trata de las desigualdades que imprimen “el género, la etapa del curso de vida y el origen social de los individuos” (p. 360). En ese sentido, los ejes se manifiestan a través de la estructuración de la agencia y a partir de la incorporación de percepciones asociadas con el riesgo, principalmente con la prevalencia de procesos de salud y ocurrencia de eventos de vida.

En sus manifestaciones del cuerpo, las desigualdades en salud han sido definidas no por la ocurrencia aleatoria de eventos patológicos ni por factores ambientales recurrentes; sino por las condiciones sociales que agravan o reducen los efectos de los padecimientos en razón de las ventajas o desventajas de quienes son afectados por ellos (Dressler, 2010; Henrion, 2022; House, 2002).

Particularmente, se han estudiado los efectos de los factores sociales a lo largo del curso de vida y se han encontrado que estos se manifiestan con mayor frecuencia en procesos patológicos crónicos en edades avanzadas, aunque en edades tempranas se producen prevalencias diferenciadas de procesos de salud

mental como la depresión o la recurrencia de adicciones a sustancias (Aneshensel, 2009; Wong et al., 2007)

No obstante, variables como la composición familiar, el origen socioeconómico, el género, la adscripción étnico-racial y las características sociales del entorno han sido descritas en múltiples investigaciones como procesos de estratificación social en la prevalencia, tratamiento y prevención de enfermedades y padecimientos como la diabetes, el cáncer, afecciones cardiovasculares o procesos psiquiátricos (Flamand et al., 2021; Islam, 2019; Pega et al., 2021; Villalobos et al., 2020).

En ese sentido, esta investigación propone que durante la juventud hay una mayor dependencia de las estructuras familiares y las características sociales del entorno, de tal manera que los eventos del curso de vida pueden estar asociados con la ocurrencia de procesos de salud mental, con efectos diferenciados por la estratificación, el género y el éxito en la transición a la vida adulta.

1.4.2. La familia como espacio de reproducción de las desigualdades

Como ya se ha señalado previamente, la teoría sociológica clásica posiciona a la familia como un pilar fundamental de las sociedades modernas, la cual puede ser entendida como “un espacio cotidiano familiar como el locus¹⁹ en el que las personas entran en relaciones de producción, reproducción y consumo, es decir, en donde personas y recursos son producidos, conectados y distribuidos.” (Cosse, 2021, p. 21). El principal legado analítico de la teoría clásica ha sido identificar como las dinámicas familiares están marcadas por jerarquías sociales que reflejan desigualdades en género, raza, edad y clase.

¹⁹ lugar

Además, la *institución* familiar no es homogénea en sus elementos endógenos; está marcada por estructuras jerárquicas que son un microcosmos de desigualdades sociales más amplias, incluidas las de género, raza, edad y clase (Izquierdo-Egea, 2020). Incluso antes de la era industrial, la familia tenía una función económica específica, relacionada con la transmisión de oficios y la gestión de propiedades.

Al respecto, Friedrich Engels ya había ofrecido un análisis histórico de la familia en el contexto del surgimiento del capitalismo. En su obra, destacó que la propiedad privada y las relaciones familiares son producto de tensiones de clase y de mecanismos de dominación, particularmente entre géneros (Engels, 1986). Señala también Engels que las sociedades modernas se han convertido en masas, cuyos núcleos son las familias; mantienen y sostienen las relaciones de producción y reproducción social, reproduciendo dentro de sí las inequidades estructurales determinadas por el sistema de dominación patriarcal heredado (1986).

En el mismo sentido, décadas después y ya en el contexto de la expansión de la era moderna, Parsons le dio un lugar central a la familia en los sistemas sociales, atribuyendo que estas constituyen una unidad solidaria obligatoria, en cuyas asimetrías justificadas se encuentra la edad y la relación de parentesco, aunque cuestionó su potencial para perpetuar discriminaciones (Parsons, 1990).

En décadas recientes, las investigaciones han mostrado que las funciones y roles de la familia en la sociedad moderna han evolucionado pero no disminuido. La evidencia empírica sugiere que la familia sigue siendo un núcleo en la protección de individuos contra riesgos y en la transmisión de bienes (Cosse, 2021; Domingues, 2016). Incluso en los debates sobre la movilidad social, la familia se considera un indicador crucial, funcionando como una métrica de capital social (Mancini, 2015).

En síntesis, es posible aseverar:

I. Las formas de las familias en las sociedades modernas se determinan a partir de la herencia de características ocupacionales y productivas de sus miembros, así como de los medios de producción y la clase social.

II. Las relaciones asimétricas intrafamiliares están determinadas por los elementos estructurales que adscriben a los individuos, sea el género, la etnicidad, la edad y otras relaciones de parentesco.

III. La familia, extendida o nuclear, forma parte de las estructuras de protección y reproducción de los individuos en las sociedades contemporáneas, de tal modo que son elementos de análisis con efectos directos en las experiencias individuales y colectivas.

IV. La familia en sí misma es un fin y meta social que puede estar relacionada con los objetivos de vida, igualmente determinados por los elementos estructurales de adscripción de los individuos, principalmente por el género.

Como seno del desarrollo individual, las relaciones familiares constituyen las primeras experiencias de los infantes; transmiten y reinterpretan los elementos estructurales de la sociedad; influyen en la transición a la edad adulta; y limitan o influyen en el acceso a espacios sociales; la familia es un elemento de análisis fundamental para el reconocimiento de los procesos económicos y sus efectos en el desarrollo físico, emocional y social de los individuos durante el tiempo vivido.

1.4.3. El cuerpo, espacio de disputa y análisis

En las últimas décadas, se han consolidado enfoques sociológicos que reinterpretan la relación entre las estructuras sociales y los agentes, de tal manera que se manifieste la corporalidad de los individuos frente al rol de la acción social. En ese sentido, la sociología del cuerpo y sus elementos teóricos se han presentado como alternativas analíticas a las tradicionales corrientes sociológicas que omiten y desplazan a segundo plano la corporalidad y sus efectos (Selgas, 1994).

Al respecto, Fernando Selgas (1994) desarrolló seis de afirmaciones teóricas sobre la mirada sociológica del cuerpo que sentaron las bases para la consolidación del enfoque del cuerpo en relación con el entorno social:

1. La sociología detrás del cuerpo

Esta afirmación señala que detrás de la reinterpretación del cuerpo frente al entorno social se sitúa un proceso de recuperación epistemológica sobre la *naturaleza social de la corporalidad*, misma que reconoce a la fenomenología de Merleau Ponty, a la sociología constructivista de Bourdieu y al enfoque del biopoder de Foucault como los elementos constitutivos de la experiencia social del cuerpo.

El punto de partida de este enfoque sociológico se ciñe en la reivindicación del individuo y su experiencia frente a las estructuras sociales; así como el replanteamiento de la dualidad entre lo biológico y lo sociocultural. Como principal resultado, se obtiene una aproximación al cuerpo que se aleja de la observación meramente fisiológica para incrustarse en el análisis como un “componente fundamental de la acción, en mecanismo de individuación u objetivación de objetos, propiedades y acontecimientos” (Selgas, 1994, p. 48)

2. El sentido de la acción

La sociología del cuerpo plantea de la acción social está inserta no solo en sus efectos intersubjetivos, sino que está aludida por la simbolización y la valoración de sus agentes; es decir, la agencia está atravesada por las características individuales, y puede estar determinada por elementos contingentes de la vida cotidiana. Señala Selgas que el sentido de la acción social está interconectado entre la “valoración (sentido) negativa la que al reprimirse genera la aparición de un síntoma (signo-sentido).” (p. 51).

Además, influenciada por las aseveraciones sobre el efecto del investigador sobre el objeto de estudio, la sociología del cuerpo señala que existe una

intervención directa o indirecta sobre las expresiones y manifestaciones relevantes de estudio en el sujeto social. De este modo, el sentido de la acción es comprendida por un trasfondo práctico-discursivo que es reconstruido por el sujeto observante, captando así una parte de la totalidad del sentido de la acción (Selgas, 1994).

3. *Trasfondo de la acción social.*

El enfoque de la sociología sobre el cuerpo busca trascender la clásica dicotomía entre razón y carnalidad, incluyendo dentro de su modelo de análisis el concepto de *habitus* desarrollado por Bourdieu. Esta propuesta teórica plantea la conjunción del sentido práctico del agente y del sentido objetivo de los aspectos de la interacción. Desde el punto de vista de Selgas, el *habitus* es definido como “la configuración histórica, práctica y corporal de un agente socialmente hábil.” (1994, p. 58).

Desde este punto, el *habitus* bajo la reinterpretación de Selgas, rescata la noción de la corporalidad a través de la corporeización de la objetivación histórica; en otras palabras, permite reconocer la *incorporación* de las categorías sociales y los espacios en las que se ocurre la acción social.

4. *Encarnación, encarnamiento o incorporación*²⁰

Más allá de la disertación sobre la secularización del concepto de encarnación que señala Serna, este lleva de fondo el proceso de reinterpretación de la corporalidad en tanto a la dualidad entre cuerpo y alma. Partiendo del punto de vista ontológico, la sociología del cuerpo escinde la noción religiosa sobre la naturaleza del ser y la lleva al campo de la teoría social, bajo la que reconoce una herencia ascética de la

²⁰ Selgas utiliza el concepto de encarnación, aunque señala que incorporación o encarnamiento pueden ser implementados como sinónimos.

dualidad entre cuerpo, vista como los medios prescindibles de la acción; y alma, como el sentido de la acción social.

Desde este posicionamiento, la sociología del cuerpo rechaza esta dualidad conceptual y posiciona el concepto de encarnación o incorporación frente a la acción social no como un medio, sino como un proceso o una totalidad unitaria “en la que la estructuración de la carnalidad, o encarnación, es la condición necesaria y suficiente de toda orientación e intencionalidad” (Selgas, 1994, p. 70).

5. Excurso o la aplicación empírica de la sociología del cuerpo

Reconocer el elemento corporal en el marco de las interacciones sociales permite realizar el análisis teórico desde la sociología y otras disciplinas. La reapropiación de la dimensión corporal y su instrumentalización permite la adopción de modelos de análisis sobre la encarnación o incorporación de los procesos estructurados de la acción social. Empíricamente, la incorporación o encarnación puede ser el objeto de estudio en la investigación sociológica, así como una dimensión latente que determina los resultados de la interacción subjetiva (Selgas, 1994).

6. *El cuerpo mediado y medido por metodologías*

Más allá de las aseveraciones teóricas sobre la superación de la dualidad entre estructura y agente, los enfoques metodológicos que se ciñen sobre el efecto de las configuraciones históricas y prácticas en la acción tienden a señalar las disposiciones directas o indirectas del sentido de la acción en tanto a su corporalidad. Selgas señala que los métodos cualitativos reconstruyen esencialmente el proceso cognitivo de la encarnación o incorporación de las estructuras sociales; sin embargo, hay una cantidad amplia de literatura que logra instrumentalizar métodos mixtos o cuantitativos sobre las características corporales en relación con el sentido de la acción.

Esta investigación se posiciona frente a la dualidad entre estructura y cuerpo en tanto a su superación teórica y conceptual. Busca recuperar la noción de la corporalidad en las realidades materiales de los agentes y añade la perspectiva del curso de vida para reconocer las diferencias de esta incorporación, relacionándola con los procesos de salud mental. Se plantea que, así como el cuerpo se pone en disputa ante la acción social, así lo hace también la salud y la disposición de la mente en tanto a su materialidad.

1.5. Elementos teóricos sobre el estudio de las desigualdades sociales en la salud mental

Tal y como se ha apuntado anteriormente, los estudios sobre las desigualdades han llegado a enfatizar distinciones entre orígenes y destinos sociales, en términos de la interacción y la relación de los individuos con las estructuras. Aunque estos estudios han estado enfocados principalmente en los efectos de los factores sociales en los resultados observables y directos como el ingreso o la clase social; la perspectiva metodológica de los estudios sobre estratificación y desigualdades sociales se incluyó paulatinamente a los estudios sobre salud pública y enfermedades mentales durante el siglo XX.

Una de las primeras aproximaciones teóricas a la salud mental fue desarrollada por Durkheim a partir de las tasas de suicidio en los países europeos durante el siglo XIX. El propósito de su investigación fue determinar el componente colectivo del suicidio como acto individual. Durkheim señalaba una posible asociación entre el suicidio y elementos sociales como las crisis, el grado de integración social y la regulación colectiva. A pesar de ello, su obra no tenía como objetivo último hacer una aproximación directa de las características específicas de cada suicidio, sino que se ocupó de categorizarlos a partir de las características sociales. En términos generales, Durkheim delimitó tres tipos de suicidios: el suicidio egoísta, el suicidio altruista, el suicidio anómico y el suicidio fatalista (1997). Esta

clasificación prescindía de los factores psicológicos de cada individuo para enfocarse únicamente en los elementos sociológicos determinantes del suicidio.

A partir de esta aportación, los estudios sobre salud mental y la sociología lograron prescindir del determinismo social para incluir elementos más afinados en las prevalencias de las enfermedades mentales y el bienestar subjetivo de los individuos. De acuerdo con Muntaner et al (2013), al igual que los estudios sobre las desigualdades sociales, se pueden clasificar los estudios sobre estratificación y salud mental en tres aproximaciones teóricas: estudios clásicos, enfoques graduales y los enfoques relacionales.

1.5.1. Estudios clásicos sobre salud mental y desigualdades

Los estudios clásicos como primeras aproximaciones sobre la investigación de la salud mental y los factores sociales pueden ser en tres generaciones. La primera se enfocaba en encontrar una asociación inversa entre el estatus socioeconómico y los trastornos mentales, vinculando los vecindarios de bajos ingresos con enfermedades mentales. La segunda midió los trastornos mentales en un continuo y encontró evidencia empírica de que las tasas de prevalencia de varios tipos de trastornos psiquiátricos estaban inversamente asociadas con el SES y la clase social en la población general. La tercera generación estableció métodos modernos de sociología médica y epidemiología psiquiátrica, proporcionando pruebas más sólidas de la relación inversa entre el nivel socioeconómico y los trastornos psiquiátricos y extendiendo su generalización más allá de las muestras de tratamiento a la población general.

1.5.2. Enfoques graduales sobre las desigualdades en salud mental

Los enfoques graduales sobre la salud mental y las desigualdades sociales se ciñen particularmente el uso de medidas de estratificación social como un enfoque empírico para entender estas disparidades. Las medidas de estratificación social son enfoques graduales que se enfocan en cómo se clasifican los individuos según

atributos sociales, económicos o culturales como la educación, ingresos y clasificaciones ocupacionales (Muntaner et al., 2013). Los autores examinan tres dimensiones principales de la estratificación social: educación, ingresos y clasificaciones ocupacionales. La educación es el indicador más común de la estratificación social en la sociología de las disparidades en salud mental y se asocia con recursos materiales y no materiales. Los ingresos son una medida de la disponibilidad de recursos económicos para individuos o hogares y se han observado vínculos directos entre los ingresos y la salud mental. Muntaner et al. (2013) concluyen que, aunque estos enfoques graduales ofrecen información sobre las desigualdades sociales en salud mental, tienen algunas limitaciones como la omisión de desigualdades económicas aún mayores en salud mental, principalmente sobre la distribución de la riqueza, y las tasas más altas de no respuesta al medir el ingreso.

1.5.3. Enfoque relacional de las desigualdades sociales y la salud mental

Según la tercera perspectiva sobre los enfoques relacionales, los enfoques graduales que enfatizan la jerarquización de individuos difieren de los enfoques relacionales, que conceptualizan las desigualdades sociales como el resultado del conflicto entre grupos que luchan por la distribución de recursos valiosos. Desde esta perspectiva, las disparidades en salud mental se ven como relaciones sociales, donde algunas personas tienen control sobre recursos económicos, mientras que excluyen a otros, o en las formas en que las posiciones de clase social empoderan a algunas personas para controlar el trabajo de otros. Muntaner et al (2013) apuntan a que los enfoques relacionales se definen dos perspectivas: cierre social y clase social. El cierre social se refiere a cómo un grupo colectivo busca maximizar las recompensas restringiendo el acceso a recursos y oportunidades a un círculo limitado de miembros elegibles del grupo.

La clase social, por otro lado, se enfoca en el conflicto en curso entre empleadores, gerentes y trabajadores que generan desigualdades sociales y

disparidades en la salud mental. La producción y reproducción de las desigualdades sociales se da porque el beneficio de algunos grupos depende causalmente de que otros estén en desventaja.

El cierre social limita el acceso a formas valiosas de capital, como habilidades, conocimientos y credenciales, mientras que la clase social enfatiza las relaciones de propiedad y control sobre los medios de producción. Las políticas restrictivas y punitivas de inmigración protegen y hacen cumplir los derechos de ciudadanía a través del capital económico, mientras que las credenciales educativas son una forma importante de capital cultural que puede excluir a algunas personas del acceso a trabajos valorados y a otras formas de capital valiosas. Es especialmente importante señalar que este enfoque permite examinar cómo las habilidades acreditadas están relacionadas con el bienestar emocional y puede apuntar a que las habilidades acreditadas refuerzan y moderan la relación entre el estatus socioeconómico y las disparidades en la salud mental.

1.5.4. La sociología de la salud mental, una cuestión de enfoque

De manera similar a lo señalado en el apartado 1.1 sobre los antecedentes de los estudios sobre desigualdades en las teorías clásicas, Muntaner et al (2013) abordan en su revisión sobre los estudios de estratificación y las diferencias entre tres corrientes sociológicas para entender cómo el poder contribuye a las desigualdades sociales en la salud mental.

En primer lugar, los autores recuperan de la corriente weberiana el enfoque de estratificación asume que el poder está altamente concentrado en individuos de alto estatus socioeconómico, lo que lleva a disparidades en la salud mental entre la posición de los individuos en términos de poder.

Otra de las propuestas es la identificada en el materialismo histórico y el enfoque relacional, en el que se entiende al poder en el contexto de la economía política y defiende la resolución de los problemas inherentes a las relaciones

capitalistas para reducir las disparidades en la salud mental. Señalan que la medición y categorización por medio de la clase social permite obtener nuevos conocimientos sobre las variaciones en la salud mental atravesadas por factores socioeconómicos.

En términos prácticos, el enfoque de los estudios sobre desigualdad en salud mental apunta a un requerimiento metodológico y a las características de las fuentes de información; principalmente debido a las dificultades para establecer relaciones directas entre un factor social en sus múltiples manifestaciones como las estructuras macrosociales o de las manifestaciones fenomenológicas. No obstante, se infiere que, al igual que otros componentes de la vida humana, la salud mental puede estar determinada por las características sociales del individuo y, por lo tanto, es objeto de estudio de la sociología.

CAPÍTULO 2. LOS FACTORES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL

En este capítulo se desarrolla el marco conceptual que da sentido a esta investigación; se analiza cómo se han estudiado los distintos factores sociales en los resultados diferenciados de salud mental, así como sus especificidades en la juventud para operacionalizar, a partir de la evidencia y de acuerdo con la literatura especializada, las variables en las fuentes de datos de salud mental disponibles para México.

Como se ha mencionado anteriormente, las desigualdades sociales se manifiestan a través de múltiples mecanismos de las interacciones sociales; se producen a niveles macro y micro de la vida cotidiana y se reproducen a través de la socialización en todas las etapas de la vida. Es en esta reproducción en la que se observan sus efectos inmediatos en aspectos como el ingreso, la inserción laboral o la calidad de vida. Dado que dichos efectos son acumulativos, se pueden observar a través de distintas operacionalizaciones y en relación con el momento de la vida de los individuos.

En correspondencia con las aseveraciones de organizaciones internacionales y expertos en salud pública, la salud mental forma parte imprescindible de la salud general de las personas; su cuidado y mantenimiento es fundamental para garantizar un nivel de bienestar óptimo y asegurar una calidad de vida digna. En ella influyen factores complejos y multifacéticos, mismos que han sido estudiados desde múltiples disciplinas y enfoques teóricos. A lo largo de los años, se han propuesto diversas perspectivas para entender las causas de la salud mental, que van desde factores biológicos y psicológicos hasta factores sociales y culturales.

Esta investigación no busca negar la influencia de factores endógenos como potenciales biológicos que predisponen a los individuos a padecer de determinados trastornos mentales, sino que busca entender, a partir de la evidencia, los factores sociales que influyen en la salud mental. En concreto, este capítulo busca recuperar

las investigaciones que ofrecen evidencia de cómo operan e influyen en la depresión las características sociales, económicas y culturales en los individuos a través de variables como el nivel socioeconómico, la composición del hogar, la edad, el género, la vivencia de eventos negativos de la vida, entre otros. Además, se hace una distinción entre los componentes de la salud mental, siendo estos elementos objetivos, como el desarrollo de padecimientos; y elementos subjetivos como el bienestar y el autorreporte de salud.

2.1. Definiciones conceptuales sobre la salud mental y la relación con otros factores

Es importante reconocer la influencia de la perspectiva histórica en la interpretación científica de las enfermedades mentales. De acuerdo con Zechmeister (2005), hasta el siglo XIX, en los países industrializados era común asociar a los trastornos mentales con otras categorías como los criminales o los pobres, utilizando el término de locura de manera cotidiana y condenando su tratamiento a técnicas de aislamiento como cárceles y manicomios. Con el surgimiento de la psiquiatría, se diseñaron modelos de atención a los desórdenes mentales con un enfoque quirúrgico y medicalista; hacía un mayor énfasis en la génesis biológica de los padecimientos. Ya a principios del siglo XX, la influencia del psicoanálisis y otras teorías psicológicas permitieron ampliar los enfoques sobre los padecimientos mentales hacia perspectivas psicosociales y conductuales; incluso menciona Zechmeister la influencia del estudio sobre el suicidio de Durkheim para incluir los factores sociales desventajosos en este hecho individual.

A pesar de los múltiples enfoques, Zechmeister señala que la complejidad de las enfermedades mentales dificulta el establecimiento de las causas específicas de la salud mental en su conjunto. No obstante, el tratamiento y atención de los padecimientos mentales son elementos centrales que pueden permitir reconocer con mayor detalle los efectos de los factores psicológicos y sociales. En ese sentido,

señala Zechmeister que el componente biológico es, con mayor amplitud, más sensible a la influencia de los demás componentes cuando se trata de salud mental.

Conceptualizar lo que se entiende por salud mental requiere el reconocimiento de la trayectoria histórica de los enfoques diagnósticos de padecimientos mentales, pues reconocerlos permite un análisis de la identificación de pertinencia de la distinción entre los elementos objetivos y subjetivos que componen la salud mental. De acuerdo con Bryant y Veroff (1984), los elementos objetivos son aquellos procesos delimitados con patologías claras como la esquizofrenia, trastornos de la personalidad o trastornos ansioso-depresivos; mientras que los elementos subjetivos de la salud mental se ciñen al bienestar percibido, la satisfacción con la vida y la capacidad de manejar los eventos de distrés emocional.

En el campo de los componentes objetivos de la salud mental, se ha demostrado una mayor especificidad en la relación con los trastornos mentales respecto a diagnósticos clínicos y a partir de pruebas estandarizadas. Sin embargo, se ha señalado que la influencia de las condiciones sociales preexistentes se expresa en la forma de construir conocimiento para determinar qué es un padecimiento²¹ (Zechmeister, 2005). Por otro lado, los elementos subjetivos de la salud mental permiten profundizar en los procesos interpretativos de los acontecimientos de la vida. Al respecto, Bryant y Veroff ya habían señalado la asociación de cuatro cuestiones teóricas críticas como medidas subyacentes de la salud mental subjetiva: orientación afectiva, objeto de enfoque, referente temporal, modo de reacción, todos a modo de índices (1984).

²¹ El ejemplo por antonomasia es la clasificación en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) de la orientación sexual; en su versión I, se clasificaba a la homosexualidad como una desviación sexual. Tras múltiples reclamos, en su edición III se corrigió su clasificación hacia una nueva categoría y finalmente eliminada del manual (Drescher, 2015). Más tarde haría lo mismo con el “desorden de la identidad de género”, siendo renombrada a disforia de género en el manual en su versión V de 2013.

Más allá de la discusión sobre la pertinencia teórica sobre la confluencia de los componentes objetivos y subjetivos de la salud mental, en términos prácticos, se apunta a la pertinencia de la utilización de aspectos objetivos-físicos generalizados en la población dada la prevalencia y ocurrencia de los padecimientos como es el caso de los trastornos de depresión y ansiedad, trastornos de la personalidad y otros no congénitos (Read et al., 2016). Si bien los elementos subjetivos pueden ser útiles en exploraciones interdisciplinarias con enfoques en los aspectos conductuales; ambos componentes de la salud mental son sensibles a los factores sociales. En ese sentido, por practicidad se apunta a que la depresión es un componente objetivo de la salud mental, dadas sus características de prevalencia en la población y su sensibilidad a los factores externos como el social.

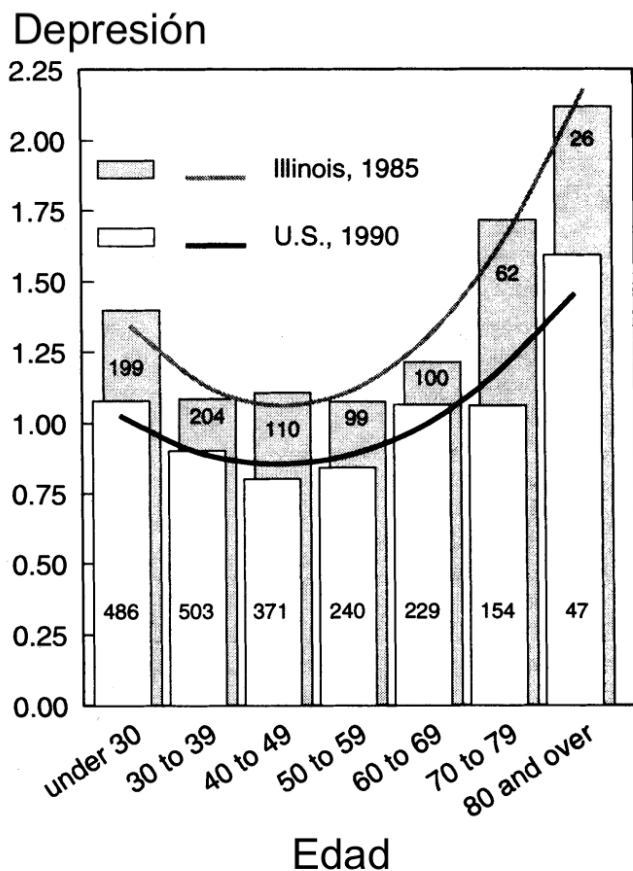
Aun cuando se ha planteado evidencia sobre la influencia genética entre mujeres y varones en la depresión, especialmente durante la adolescencia, los estudios concluyen que existen diferencias atribuibles al entorno que afectan la consistencia de los resultados (Rice et al., 2002; Zhao et al., 2020). En ese sentido, se posicionan los estudios que, principalmente inspirados por las aportaciones del feminismo científico, incorporan aspectos sociales, en los que se ha planteado el reconocimiento de las diferencias sociales atribuidas por el género en la prevalencia de la depresión. Entre los principales factores asimétricos se encuentran las relaciones de poder entre varones y mujeres, pueden determinar qué se entiende como proceso patológico y qué se niega; la sobrerrepresentación de mujeres en las estadísticas de padecimientos como la depresión, o la omisión en el reporte de sintomatologías “generalmente femeninas” por los varones en los autorreportes de salud (Sacristán, 2009). Además, desde la temprana socialización se observan patrones de conducta alimentados por los roles de género que tienen un efecto directo en las experiencias de la vida, incluso cuando se comparan estos roles en distintos contextos culturales (Koenig et al., 2021)

Partiendo desde la premisa sobre los factores sociales y la depresión, el estudio de los efectos de las desigualdades sociales en la salud mental se ha

desarrollado con mayor amplitud en las últimas décadas del siglo XX; ante eventos coyunturales como las reconfiguraciones de los sistemas económicos globales, el incremento de la exposición al riesgo por el adelgazamiento de los estados y la reducción de instituciones para la protección social, se reavivó el interés por la identificación de los elementos sociales que generan efectos en la prevalencia de determinados padecimientos. En el sentido de las desigualdades socioeconómicas, se ha propuesto que los indicadores macroeconómicos con tendencia al alza no son predictores de un mejoramiento generalizado de la salud mental en la población; un ejemplo en América Latina es el de Chile, donde la distribución inequitativa de los ingresos se ha manifestado como un predictor de las tasas de suicidios en hombres; o en Ecuador, donde la relación entre la prevalencia de afecciones psiquiátricas y la carencia en el acceso a servicios de salud mental persiste a pesar del incremento en la cobertura de salud; o las altas tasas de pobreza y la falta de servicios de salud, aunado a procesos de violencia y desplazamiento en Colombia (Quijada et al., 2019).

En el mismo sentido, la edad de las personas tiende a ser un factor predictor de la depresión. Se ha señalado que existe una relación entre la supervivencia de las personas a las adversidades de la vida, en un acumulado de eventos, frente a los cuales se manifiestan mayores tasas de depresión. En un metaanálisis sobre la relación entre el envejecimiento y la salud mental se encontró que en toda la trayectoria de vida, los factores sociales como el nivel socioeconómico, la etnicidad y el género tienen efectos en la aparición de sintomatología depresiva; no obstante, estos efectos son mayores a medida que se incrementa la edad (Miech & Shanahan, 2000; Mirowsky & Ross, 1992).

Gráfico 1. Distribución de la depresión por grupos de edad



Fuente: Traducido de Mirowsky y Ross (1992)

En síntesis, la investigación científica multidisciplinar ha demostrado que, en la depresión y otros trastornos mentales no congénitos, convergen variables de distinto orden como el biológico, determinantes directos psicológicos y factores sociales o del entorno. Teniendo en cuenta que se trata de un padecimiento multifactorial, en esta investigación se busca plantear que, en términos sociológicos, existen categorías sociales que influyen de manera diferenciada en la depresión, especialmente en distintas específicas del curso de vida como la adolescencia.

2.2. Evidencia empírica sobre los factores sociales de la salud mental

Las investigaciones sobre los factores sociales en la salud mental se expresan a través de enfoques multidimensionales, los cuales ponen de manifiesto la influencia de cada uno de los factores en la incidencia de padecimientos mentales. Estos se pueden categorizar entre factores sociales externos o exógenos, tales como las características de la localidad, la disponibilidad y acceso a servicios públicos, las condiciones político-económicas, y otras de tipo coyuntural; se suma el nivel de análisis agregado como la composición familiar, la clase social y los orígenes sociales, el capital social, el ingreso entre otras (Aneshensel, 2009; Montero et al., 2004; M. Silva et al., 2016).

Asimismo, se incluyen otros factores sociales individuales o endógenos que pueden estar mediados por las propias características estructurales o exógenas al individuo como pueden ser las características sociodemográficas como el nivel socioeconómico, el género, la edad, la etnicidad, la escolaridad y la trayectoria laboral; así como eventos de la vida como la unión, eventos negativos o positivos que operan como estresores, así como la intensidad del doméstico a grupos vulnerables (Aneshensel, 2009; Miech & Shanahan, 2000; M. Silva et al., 2016; Strompolis et al., 2019).

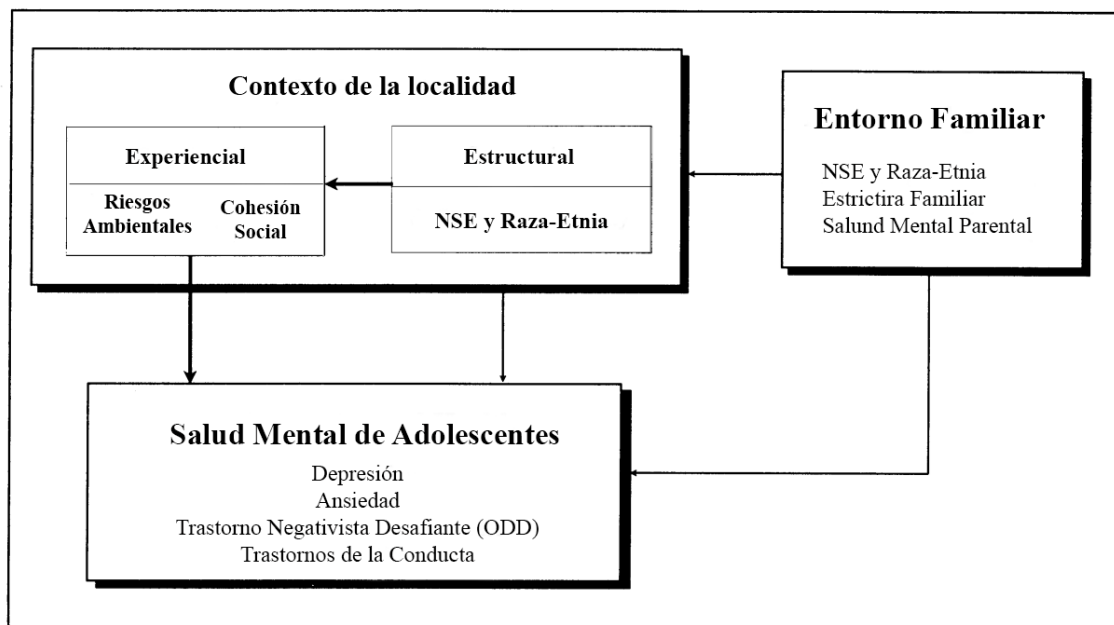
2.2.1. Factores sociales externos o exógenos

Uno de los niveles de análisis propuestos por las investigaciones en salud mental es la composición de las localidades y elementos macro como factores próximos al desarrollo de patologías de la salud mental. Por ejemplo, Aneshensel y Sucoff (1996) realizaron un análisis de adolescentes en el condado de Los Ángeles con datos del censo de 1990 en Estados Unidos para identificar la asociación entre la salud mental de los adolescentes y las características contextuales de la localidad²²,

²² Neighborhood

asociando estas a la exposición al estrés de recursos y la variabilidad con su disposición. Las autoras plantearon un modelo de análisis basado en tres niveles de análisis que, de acuerdo con ellas, logra “sistematizar la vida cotidiana de los residentes por medio de la generación de un componente experiencial de la localidad” (p. 295).

Figura 1. Efectos contextuales de en la salud mental de los adolescentes



Fuente: Aneshensel y Sucoff, 1996 (traducido al español)

Para comprobar dicho modelo de análisis, las autoras crearon categorías que diferenciaban a los adolescentes por adscripción étnica y posición entre niveles de ingreso de las localidades que conforman el condado de Los Ángeles. Mediante un modelo de regresión logística comprobaron que el bajo nivel socioeconómico está relacionado con eventos negativos de la vida y entornos estresores como violencia, crimen y consumo de sustancias.

En el mismo sentido, Dupéré et al., (2012) señalan que las características socioeconómicas de las localidades, como entornos directos de las personas, están asociadas con pensamientos sobre sí, tales como la autoeficacia, los cuales tienen un efecto directo sobre las emociones. Para comprobarlo, se realizó un estudio longitudinal a nivel multivariable del cuál se seleccionaron 2,345 participantes pertenecientes a la ciudad de Chicago de tres cohortes de edad (9, 12 y 15 años); se recurrió al uso de modelos lineales jerárquicos (HLM por sus siglas en inglés) que se compusieron de tres niveles de análisis por efectos mediados e indirectos. En ese sentido, concluyeron que el entorno puede influir en la capacidad de los adolescentes para ascender o acceder a nuevos espacios sociales, por lo que la falta de acceso y oportunidades a dichos espacios se manifiesta en la internalización de los individuos que se refleja en peores estados de salud mental.

Asimismo, se han señalado distintos factores externos o exógenos como relevantes en la aparición de sintomatología depresiva; principalmente estos son identificados como elementos contextuales que sobrepasan la agencia de los individuos, pero que tienen un rol en la prevalencia de esta patología; estos factores sociales pueden ser el nivel de integración de las localidades o el estatus migratorio del individuo en la localidad (Brown, 2018; Vega et al., 1987), el nivel de desempleo o los ingresos conjuntos del vecindario (Ahern & Galea, 2006; Aneshensel, 2009).

Otro de los factores asociados con los contextos locales es la criminalidad, pues se ha relacionado los eventos criminales a contextos sociales de marginalidad y desigualdad (Hawkes, 2015; Uceda-Maza & Domínguez Alonso, 2017) No obstante, se apunta que la relación de estos factores con la depresión yace en la ocurrencia de eventos negativos de la vida como violencia, exclusión o discriminación; es decir, actúan como mediadores que incrementan las probabilidades de que ocurran dichos eventos.

2.2.2. Factores individuales o endógenos

Las investigaciones sobre las disparidades en salud mental también indican la diferenciación entre factores exógenos y endógenos o internos; estos están generalmente relacionados con dinámicas a nivel individual o familiar en función del sujeto. Principalmente, se ha identificado la composición de la familia como una variable próxima al mantenimiento de soporte social, sobre todo en adolescentes y en adultos mayores (Cornwell, 2003; Martín Roncero & González-Rábago, 2022).

Además, algunos estudios han encontrado una asociación directa entre la conformación conyugal y la sintomatología depresiva en mujeres, sosteniendo que es la distribución equitativa de las labores domésticas y el apoyo de la pareja son variables que reducen la probabilidad de aparición de sintomatología depresiva (Saenz et al., 1989; Vega et al., 1988).

Aunque especialmente se han observado los efectos de la estratificación social y la exclusión en la salud mental, una revisión sistemática de la evidencia empírica ha señalado que, si bien existe una asociación entre la distribución inequitativa de los recursos por cuestiones étnicorraciales, de género o de clase social y un peor resultado de salud mental, esta no es válida para todos los indicadores de clase social ni en todas las edades (McLeod, 2013). Los efectos de las desventajas objetivas pueden ser modificados por los significados subjetivos relacionados con los indicadores de ventaja y desventaja social.

McLeod señala dos vías generales a través de las cuales la estratificación tiene impacto en la salud mental: la distribución de las condiciones de vida y la evaluación social. El primer proceso se centra en las experiencias objetivas de la vida como explicación de las diferencias en la salud mental, mientras que el segundo proceso se enfoca en las evaluaciones subjetivas de las experiencias de vida y las distinciones de estatus. Al respecto, se indica que existe heterogeneidad dentro de las clases sociales, principalmente determinadas por características individuales como la trayectoria escolar, el origen social y el género (McLeod, 2013).

En ese sentido, se respalda empíricamente la premisa de que los efectos de los factores sociales de la desigualdad se encuentran ampliamente diferenciados por las etapas de la vida de los individuos; de tal manera que el curso de vida es un valor fundamental en el análisis de las desigualdades sociales y la salud mental.

Además de los efectos directos de las desigualdades sociales por clase, género y otras características adscriptivas, se ha documentado la influencia de procesos adversos y eventos negativos de la vida que influyen directamente en la salud mental de las y los adolescentes (Chapman et al., 2004). Entre estos eventos adversos y negativos de la vida se encuentran abuso doméstico como violencia sexual, maltrato físico o violencia.

De acuerdo con Strompolis et al. (2019), las experiencias adversas en la infancia (*adverse childhood experiences*) se clasifican en ocho tipos de eventos:

1. Abuso emocional
2. Abuso físico
3. Abuso sexual
4. Violencia intradoméstica
5. Encarcelamiento en el hogar
6. Enfermedades mentales en el hogar
7. Separación o divorcio en el hogar
8. Uso de sustancias en el hogar

Dichas experiencias pueden surgir a raíz de dinámicas en el hogar bajo los cuáles se expresan diferencias significativas por características socioeconómicas como el ingreso o por rasgos étnico-raciales. De acuerdo con los hallazgos hechos por Strompolis et al. (2019), en los estudios hechos en muestras poblacionales ampliamente segregadas por estos factores sociales como Estados Unidos. En los estudios realizados en América Latina se sugiere que son las condiciones de vulnerabilidad social como la composición familiar, la etnicidad y el nivel

socioeconómico los factores sociales asociados con la ocurrencia de eventos negativos de la vida (Capriati, 2015).

2.3. Edad, género y nivel socioeconómico. Factores clave de la desigualdad sobre la salud mental en la adolescencia

Como ya se ha mencionado en el capítulo 1, el género, la pobreza y la salud son dimensiones de la vida social que atraviesan y determinan el posicionamiento de los individuos en el cuerpo social en su totalidad. Es decir, sitúan las subjetividades respecto a estas dimensiones de la vida cotidiana (Muñiz & Verd, 2021).

De acuerdo con la literatura, hay factores sociales que exponen una serie de relaciones entre el padecimiento de la depresión y la condición de género o la condición socioeconómica, cuyas implicaciones sociales no solo se limitan a ser factores de riesgo para el desarrollo de estas sintomatologías, sino que pueden determinar el acceso a servicios de salud y para su tratamiento, convirtiéndose la depresión en un factor explicativo a nivel individual de las desigualdades sociales y como un agravante estructural de las mismas.

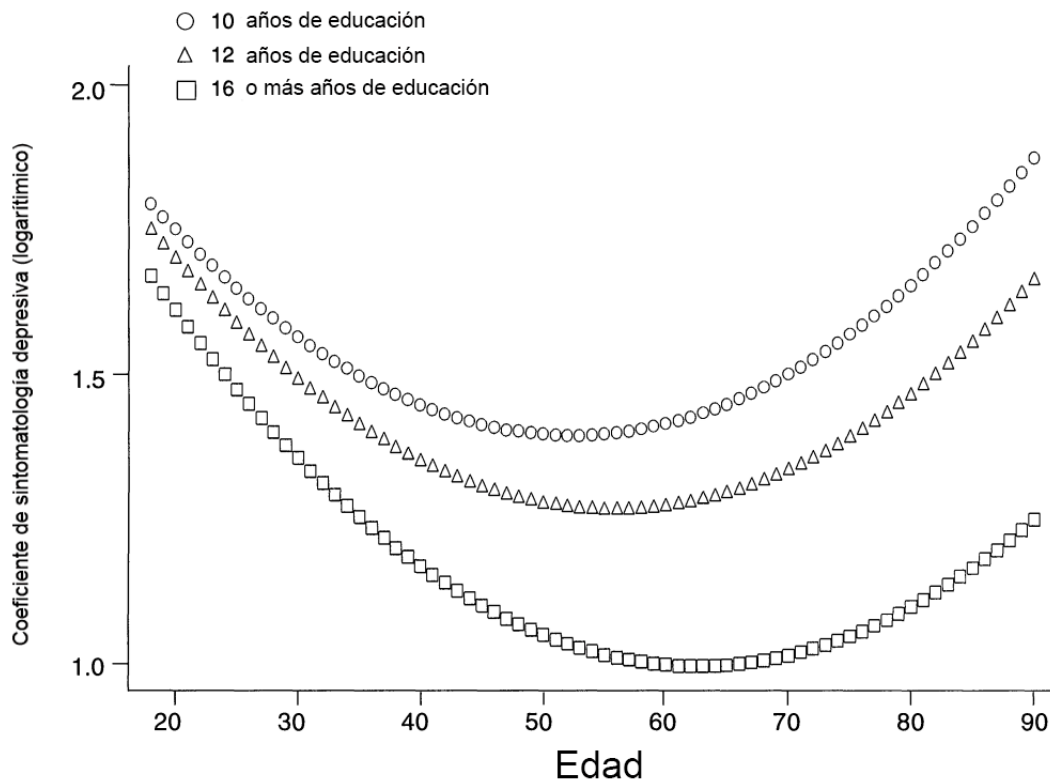
Por otro lado, los estudios epidemiológicos sobre la depresión en adultos jóvenes se centran en el control de los análisis con variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico. Un estudio sobre la prevalencia de la depresión en el grupo de edad de 20 a 39 años encontró una relación entre la posición socioeconómica y la depresión, sin embargo, esta operaba a través de factores como la inseguridad alimentaria y el estrés en la dieta (Beydoun & Wang, 2010).

Esta asociación entre el estrés alimentario y la prevalencia de sintomatología depresiva es a menudo explicada en los grupos etarios más jóvenes; en un estudio sobre los factores sociales como el nivel socioeconómico, el abuso infantil y antecedentes heredofamiliares de trastornos mentales señaló que estos elementos del entorno tienen especial influencia en la metilación diferencial del ADN, que

señalan es el mecanismo causal de la depresión patológica (Uddin et al., 2017). Al respecto de dicha interpretación sobre el nivel molecular de las alteraciones en el ADN, se han realizado estudios que asocian las modificaciones de la personalidad como la *sociotropía* y la autonomía con dichas alteraciones en la metilación del ADN (Shirata et al., 2020), principalmente como resultado de situaciones de estrés y vulnerabilidad social (Connor-Smith & Compas, 2002).

Una investigación realizada por Miech y Shanahan (2000) buscó identificar la influencia de la educación frente a la edad, partiendo de la hipótesis sobre que los efectos de estas variables operan de manera distinta entre más avanza el curso de vida. En ese sentido, se utilizaron datos del estudio *Work, Family, and Well-Being* de 1990, realizado en Estados Unidos que contó con una muestra representativa de 2,031 adultos de 18 a 90 años.

Gráfico 2. Probabilidades de sintomatología depresiva por edad y nivel educativo



El principal hallazgo de la investigación fue que la asociación del nivel socioeconómico se incrementa a medida que la edad es mayor; no obstante, encontraron que los problemas de la salud física son mayores en la población con menor nivel educativo, y por lo tanto, influyen con mayor intensidad en la depresión.

2.3.1. La edad y la depresión en México

En el caso de México, existen múltiples estudios que respaldan la hipótesis de una asociación entre la edad adulta y la depresión; sin embargo, en la elaboración de esta investigación no se encontró algún estudio que explorara la asociación entre las cohortes, la depresión y el nivel socioeconómico. Por ello, previo a la realización de este trabajo se exploraron varios efectos del nivel socioeconómico en la población mexicana por distintas cohortes y con los datos de salud disponibles, mismos que se presentan a continuación.

Dado que la variable de sintomatología depresiva se encuentra disponible para todas las edades desde los 10 años, se encontró que existe una asociación positiva entre el bajo nivel socioeconómico²³ (en deciles de distribución) y la aparición de sintomatología depresiva en adultos mayores de 20 años y en la edad; no obstante, dicha relación se presentó con mayor intensidad conforme los grupos de edad avanzaban en la distribución; es decir, el nivel socioeconómico manifestó sus efectos con mayor intensidad a partir del grupo de edad de 50 a 59 años.

²³ El cálculo del nivel socioeconómico fue realizado a partir de la estimación del índice de activos del hogar con el método policórico de análisis correspondencias principales. Los detalles sobre su elaboración se encuentran en el Capítulo 3.

Cuadro 1. Coeficientes de modelo de regresión logística sobre depresión

<i>Depresión (en razón de momios)</i>	
<i>Nivel socioeconómico*</i>	
<i>Decil 1 (categoría de referencia)</i>	
<i>Decil 2</i>	0.99
<i>Decil 3</i>	0.98
<i>Decil 4</i>	0.91
<i>Decil 5</i>	0.85***
<i>Decil 6</i>	0.78***
<i>Decil 7</i>	0.72***
<i>Decil 8</i>	0.61***
<i>Decil 9</i>	0.53***
<i>Decil 10</i>	0.45***
<i>Grupo de edad</i>	
<i>15 a 19 años (categoría de referencia)</i>	
<i>20-24</i>	1.007
<i>25-29</i>	0.932
<i>30-34</i>	0.983
<i>35-39</i>	1.179***
<i>40-44</i>	1.233***
<i>45-49</i>	1.444***
<i>50-54</i>	1.609***
<i>55-59</i>	1.643***
<i>60-64</i>	1.652***
<i>65 y más</i>	2.259***
<i>Sexo</i>	
<i>Hombres (categoría de referencia)</i>	
<i>Mujeres</i>	2.12***
<i>Observaciones</i>	51772
<i>Pseudo R-cuadrada</i>	0.023

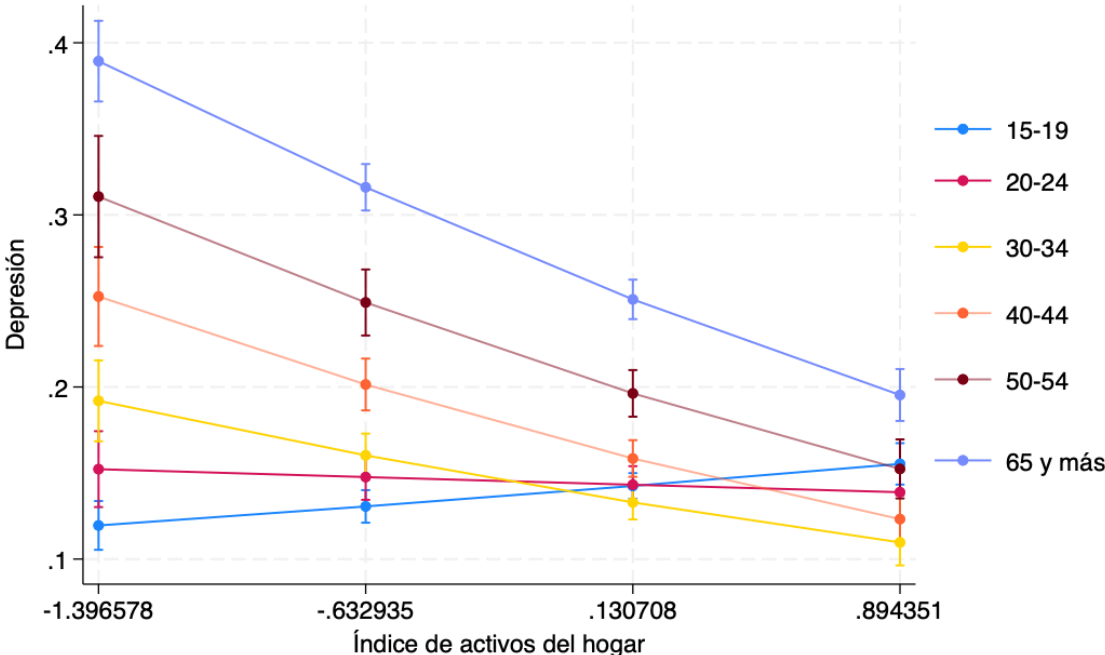
* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Fuente: estimaciones propias a partir de datos de la ENSANUT 2018

Por tanto, a partir del modelo de análisis ya realizado previamente y controlando por los valores medios, se observa que hay diferencias estadísticas entre el nivel

socioeconómico a medida que se incrementa la edad de las personas; es decir, hay una relación entre la edad y el nivel socioeconómico en las probabilidades de padecer depresión. En contraste, en las edades más tempranas, no se observa una sensibilidad específica entre el nivel socioeconómico y la depresión.

Gráfico 3. Probabilidades de padecer depresión por incremento en la desviación estándar del NSE



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT 2018

En el mismo sentido de esta exploración previa, dicho hallazgo es consistente con la literatura que señala que las personas de edades más avanzadas son más sensibles a los efectos estresores de las carencias económicas; mientras que los grupos de edad más jóvenes son más sensibles a otros factores sociales y a eventos negativos de la vida en países como Estados Unidos (Miech & Shanahan, 2000; Mirowsky & Ross, 1992; Uddin et al., 2017).

No obstante, esto no implica que las dinámicas sociales consideradas como eventos negativos de la vida y otras dinámicas de transición no estén determinadas por el nivel socioeconómico; con base en la teoría, la presente investigación sostiene que los adolescentes son menos susceptibles a los efectos estresores directos del nivel socioeconómico dada su alta dependencia al factor del hogar u origen social. Por el contrario, eventos de transición a la adultez como la desvinculación al hogar pueden ser predictores de una menor sintomatología depresiva.

2.4. Factores sociales, edad y depresión. Modelo de análisis.

A manera de síntesis de este capítulo, la operacionalización de las variables para esta investigación plantea identificar qué factores sociales se encontraron más relevantes en la salud mental de las y los adolescentes. En primer lugar, la variable dependiente consta de la medición de sintomatología depresiva en personas de 15 a 19 años. De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina de México (2017) los cuadros de sintomatología depresiva comienzan a aparecer en 1 de cada 5 personas en el intervalo de edad de los 14 a los 25 años desde la adolescencia, con especial prevalencia en mujeres. Además, la depresión se ha manifestado como una de las enfermedades mentales de mayor aumento en los últimos años en la población de adultos jóvenes y adolescentes, por encima de la ansiedad (Wagner et al., 2012).

Dado que la evidencia previamente explorada en este capítulo apunta a que los determinantes de la salud mental están influenciados por factores macro y micro que se entrelazan a través de las experiencias individuales y las interacciones de la vida cotidiana y que, de acuerdo con la literatura, estas experiencias individuales están determinadas por las etapas de la vida de los individuos y las características de su entorno, se propone una operacionalización de las variables de tal forma que se contemplen cinco niveles analíticos compuestos por variables en interacción:

1. Factores socioeconómicos:
 - a. Nivel socioeconómico
 - b. Logro académico
 - c. Ocupación y asistencia escolar

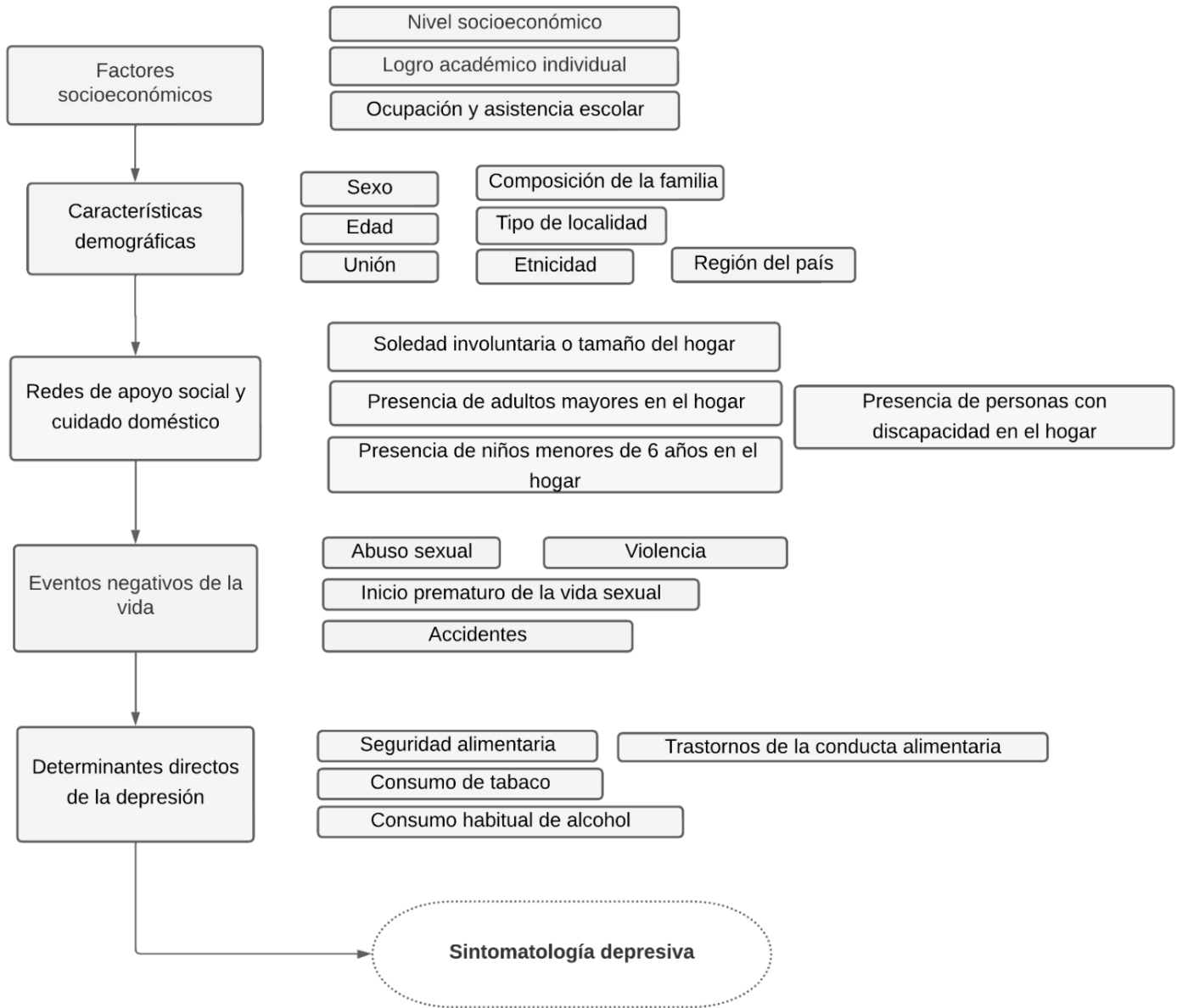
2. Características demográficas:
 - a. Sexo
 - b. Edad
 - c. Unión
 - d. Composición de la familia
 - e. Etnicidad
 - f. Tipo de localidad
 - g. Región del país

3. Proxys de redes de apoyo social y cuidado doméstico:
 - a. Soledad involuntaria o tamaño del hogar
 - b. Presencia de adultos mayores en el hogar
 - c. Presencia de niños menores de 6 años en el hogar
 - d. Presencia de personas con discapacidad en el hogar

4. Eventos negativos de la vida:
 - a. Abuso sexual
 - b. Inicio prematuro de la vida sexual
 - c. Accidentes
 - d. Violencia

5. Determinantes directos de la depresión
 - a. Seguridad alimentaria
 - a. Consumo de tabaco
 - b. Consumo de alcohol
 - c. Trastornos de la conducta alimentaria

Figura 2. Modelo de análisis. Sintomatología depresiva en adolescentes de 15 a 19 años



Fuente: elaboración propia

Este modelo de análisis plantea que cada nivel o dimensión de la vida está interrelacionada con la otra y opera a través de interrelaciones estadísticamente comprobables. No obstante, es necesario señalar que las variables de interés para esta investigación se centran en los efectos diferenciados por el género y el nivel

socioeconómico de las y los adolescentes; por lo que se plantean distintos métodos de análisis estadístico como modelos de regresión logística entre distintos subgrupos de la población.

En el siguiente capítulo se detallan qué elementos de las fuentes de información disponibles fueron utilizados para operacionalizar el modelo de análisis propuesto en la figura 2, así como la descripción de las particularidades de cada una de las variables.

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA. LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y EL CONTEXTO MEXICANO

Más allá de las cuestiones teóricas y las investigaciones que ofrecen evidencia empírica que respaldan los modelos de análisis multidimensionales de la salud mental, la depresión y otros trastornos mentales no congénitos son padecimientos que cada vez ganan mayor relevancia en el debate público por sus efectos en el bienestar de las personas y como reflejo de sociedades que cada vez constriñen más al individuo en búsqueda del mérito y el logro.

Como consecuencia, se han diseñado instrumentos estandarizados para identificar la magnitud de la prevalencia de los trastornos mentales, entre ellos la depresión, que han demostrado niveles de confianza suficientes para aseverar que estos padecimientos son cada vez más frecuentes y prevalecen en todo el curso de vida.

En el presente capítulo se describe la pertinencia del estudio de la depresión por sus magnitud y prevalencia en la población mexicana; se detallan las características de las principales fuentes de datos sobre salud en México y se describen las variables de interés. Además, se desarrolla el modelo de análisis – propuesto en el capítulo 2 – a partir de las características de las variables disponibles en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.

3.1. La depresión en México y en el mundo

Como ya se ha apuntado anteriormente, la depresión es un padecimiento²⁴ no congénito que se presenta de manera crónica, recurrente y puede llegar a ser

²⁴ Empleo el término padecimiento en lugar enfermedad debido a la multidimensionalidad del trastorno; su tratamiento y detección trasciende el modelo clásico dicotómico de salud-

incapacitante (Botto et al., 2014). Aunque las fuentes sobre la prevalencia de la depresión estiman intervalos entre 3% a 5% (OMS, 2023) o de 8% a 12% (Botto et al., 2014) en la población adulta, algunos estudios señalan que estas proporciones han ido en aumento en los últimos años, especialmente a raíz de la pandemia de COVID-19 y con mayor énfasis en determinadas poblaciones como adolescentes o mujeres (OMS, 2022). En México, aproximadamente el 8.8% de la población adulta ha presentad sintomatología depresiva en algún momento de su vida (Pérez-Padilla et al., 2017). En el caso de adolescentes, este porcentaje varía en relación con el instrumento que se aplique durante el levantamiento y la región en la que se haya realizado el estudio; sin embargo, los resultados oscilan entre un 6 y un 16%, siendo las mujeres el grupo de la población con mayor prevalencia de depresión (González-Forteza et al., 2015)

3.1.1. La escala CESD-7

Como referencia diagnóstica, se han desarrollado múltiples instrumentos validados para determinar si una persona padece algún grado de depresión; el más reconocido es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés), que identifica al trastorno de depresión mayor como la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas específicos en un periodo de dos semanas²⁵:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
2. Pérdida de interés o placer en actividades
3. Cambios significativos y abruptos en el peso o apetito
4. Insomnio o hipersomnia
5. Agitación o letargo

enfermedad y permite la inclusión del proceso emocional, corporal y experiencial del individuo frente a su trastorno.

²⁵ Retomado de la versión en español de 2013

6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o culpa
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

El DSM-V señala que estos síntomas no deben ser atribuibles a los efectos de otras sustancias ni como resultado de otro trastorno mental. Otro de los padecimientos que señala el manual es el trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, que lo define como un “estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, [...] durante un mínimo de dos años.” (2013, p. 108).

El CIE-10, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, señala distintos trastornos reconocidos por la sintomatología depresiva; en primera instancia, distingue al Episodio depresivo²⁶ como un “decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos.” (1995, p. 317). Señala además que el episodio depresivo se puede clasificar como:

- a. Leve: se presentan de dos a tres síntomas que mantienen tenso al paciente, pero puede continuar con la mayoría de sus actividades. Se clasifica como F-32.0.
- b. Moderado: se presentan cuatro o más síntomas y el paciente tiene problemas para continuar con sus actividades. Se clasifica como F-32.1.
- c. Grave sin síntomas psicóticos: la mayoría de los síntomas son angustiantes e incapacitantes; se presenta ideación y acción suicida junto con patrones somatomorfos. Se clasifica como F-32.2.

²⁶ Clasificación F32 del CIE-10

- d. Grave con síntomas psicóticos: es similar al anterior, pero se manifiestan “alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición.” (1995, p. 318). Se clasifica como F-32.3.

Otra distinción que categoriza la OMS es el Trastorno depresivo recurrente²⁷, que se caracteriza por episodios repetidos de depresión con síntomas parecidos a los del Episodio depresivo. Este puede aparecer en cualquier etapa de la vida y su intensidad se clasifica en el mismo sentido que el Episodio depresivo (leve, moderado y grave).

Si bien estos manuales buscan ser guías de apoyo dirigidas los profesionales de la salud mental para clasificar y categorizar el estadio del trastorno en los pacientes, a menudo se presentan casos que dificultan el diagnóstico debido a factores ambientales, externos al individuo, que pueden afectar la expresión manifiesta de los síntomas. De acuerdo con Botto et al. (2014), existen distintas construcciones socioculturales sobre la depresión que afectan la forma en la que se expresan las afectaciones emocionales y físicas; es decir, existen contrastes alrededor de la concepción de la depresión en sociedades “occidentales” frente a “tradicionales” o comunidades minoritarias.

Señalan los autores que existen diferencias lingüísticas y semánticas en torno al nombramiento del estado mental de la depresión en relación con la región del mundo en la que se estudie el trastorno. Su principal punto de referencia son las discrepancias lingüísticas para caracterizar la depresión en regiones como el sudeste asiático, mientras que en países de África como Nigeria se emplea la misma

²⁷ Clasificación F33 del CIE-10

palabra para nombrar a la depresión, la ansiedad y la rabia. En ese sentido, Botto et al. buscan recuperar la noción de las distinciones socioculturales en torno a la concepción de la depresión sea como un trastorno fisiopatológico o como un proceso biopsicosocial que permite interpretar la emocionalidad de los efectos físicos del padecimiento.

Dada la complejidad para caracterizar la depresión debido a factores socioculturales y etiológicos, representa un esfuerzo complejo que requiere de múltiples herramientas metodológicas en relación con el nivel de análisis que se plantea realizar. Por lo tanto, a nivel cuantitativo, la generación de instrumentos diagnósticos de la depresión ha sido uno de los objetivos de la salud pública en México desde la década de los 2000. La generación de las primeras escalas se remonta a 1977, tras la generación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) que fue empleada como método de tamizaje antes de los criterios establecidos por el CIE y el DSM (González-Forteza et al., 2012). Su uso en las encuestas mexicanas se remonta a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que comenzó a aplicarse en adultos desde 2003 y hasta 2016, y en adolescentes desde 2007 y hasta 2016.

El CES-D puede variar en el número de reactivos empleados para la detección de sintomatología depresiva, sea esta leve, moderada o grave. El más utilizado para la población mexicana consta de una batería de 7 reactivos que busca reconocer la frecuencia en la aparición de sintomatología asociada a los trastornos depresivos. Estos son:

CESD-7, durante la última semana usted...

1. ¿sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?
2. ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?
3. ¿se sintió deprimido/a?
4. ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?
5. ¿no durmió bien?

6. ¿disfrutó de la vida?
7. ¿se sintió triste?

Las respuestas son categóricas de cuatro posibles valores que miden la frecuencia:

- 0: Rara vez o nunca (menos de un día)
- 1: Pocas veces o alguna vez (1 - 2 días)
- 2: Un número de veces considerable (3 - 4 días)
- 3: Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5 - 7 días)

El uso de esta escala ha ido en incremento dada su correlación con el DSM-IV y el CIE-10; así como por su practicidad para su aplicación, ya que no requiere de un profesional de la salud para su levantamiento y permite identificar la prevalencia en distintos grupos etarios de la población (Salinas-Rodríguez et al., 2014). Su primer uso en una encuesta de representatividad nacional fue en 2012, cuando se realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), con un total de poco más de 50 mil hogares. Su levantamiento no requirió dos ediciones, a diferencia de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, sino que fue aplicada a adolescentes y adultos en el mismo orden. Sin embargo, esta primera edición de la ENSANUT solo contó con la inclusión de la batería diagnóstica del CESD-7 para la población adulta (de 20 años en adelante). Fue hasta su edición de 2018 que se incluyó la batería de preguntas de la escala para adultos de más de 20 años y para adolescentes de 10 a 19 años.

Esta escala diagnóstica ha demostrado ser útil para identificar la magnitud de la depresión severa, moderada y de otros puntos de corte no estándares para la población general que pueden ser indicativos de episodios depresivos (Cerecero-García et al., 2020; González-Forteza et al., 2012; Herrero & Gracia, 2007; Salinas-Rodríguez et al., 2013). Además, su inclusión en encuestas de representatividad nacional permite realizar numerosas pruebas de asociación con variables no solo de salud, sino con otras del entorno como la composición del hogar en términos

socioeconómicos y demográficos, así como datos agregados de la localidad, entre otros.

3.2. Aspectos metodológicos y pertinencia de uso de la ENSANUT 2018 en el análisis de las desigualdades sociales

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en su edición 2018-2019, es una encuesta diseñada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y levantada a nivel nacional en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Cuenta con un nivel de representación proporcional a cada estado de la república y está segmentada en componentes de nivel de vivienda, hogar e individuo. Se trata de una encuesta temática sobre la salud, por lo que contempla la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, así como la salud mental, representada por la sintomatología depresiva, y el desarrollo de riesgos para la vida como accidentes y violencia entre otras variables.

Al igual que su versión del año 2012, esta encuesta alcanzó poco más de 50 mil hogares, de los cuales 44,612 fueron efectivos. A nivel residencial se obtuvieron los datos de 158,044 integrantes de los hogares, de los cuales a 43,070 se les aplicó el componente de adultos, a 17,925 se les aplicó el de adolescentes y a 21,495 se les aplicó el componente de niños. Esta encuesta contiene no solo información sobre padecimientos, sino que incluye secciones de datos sociodemográficos, características de la vivienda, ocupación en sentido amplio, y brinda información sobre otros miembros del hogar, lo que permite realizar variables complejas para identificar características propiamente sociológicas.

El aprovechamiento de instrumentos como la ENSANUT puede un amplio nivel de comprensión de diversos fenómenos biológicos y sociales que a menudo se estudian de manera disciplinar, pero que, si se conjugan pueden ser de amplia utilidad para identificar cómo se manifiestan las inequidades de género y las desigualdades socioeconómicas con relación al cuerpo, la mente y al cuidado de la

salud mental. Por esta razón, la ENSANUT será la principal fuente de datos para el análisis de los supuestos de esta investigación.

3.2.1 Contexto de las encuestas de salud en México

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición responde a los esfuerzos realizados por la Secretaría de Salud tras la creación del Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES) en 1986. De acuerdo con el INSP (Shamah-Levy et al., 2020), estas encuestas nacionales han tenido el objetivo de obtener información confiable sobre la salud de la población mexicana, así como para evaluar y cualificar el rendimiento del sistema de salud.

Las encuestas de salud realizadas en México hasta la fecha son la Encuesta Nacional de Salud, en sus ediciones de 1986, 1994 y 2000, la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 y 1999, así como su combinación en las ediciones de 2006, 2012 y 2018, esta última ya formalmente bajo el nombre de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. En 2016 se realizó una versión breve de la ENSANUT y desde 2020, tras la pandemia de COVID-19, se han realizado encuestas continuas de la ENSANUT en 2020, 2021 y 2022. Aunque inicialmente estas encuestas han proporcionado una perspectiva epidemiológica sobre la salud y nutrición en México, han sido valiosas para análisis multidisciplinarios gracias a la inclusión paulatina de componentes y apartados que permiten abstraer conceptos de otras disciplinas sociales (Shamah-Levy et al., 2020).

Una de las versiones más relevantes de la encuesta fue su edición de 2012, pues esta reveló problemas nutricionales significativo en la población mexicana, principalmente por la baja prevalencia de la lactancia exclusiva, la desnutrición crónica en menores de cinco años, la anemia, el sobrepeso y la obesidad, y la percepción generalizada de inseguridad alimentaria (Shamah-Levy et al., 2020).

La ENSANUT 2018-2019 tuvo como objetivo proveer información actualizada sobre tendencias, distribución y frecuencias de condiciones de salud en general y,

especialmente, sobre sus determinantes. Se avocó a examinar la respuesta de la población a los problemas de salud y nutrición, incluyendo la cobertura y la calidad percibida de los servicios de salud (Shamah-Levy et al., 2020). La coordinación con el INEGI fue fundamental para el diseño muestral, edición de instrumentos, capacitación, recolección de la información, y generación de indicadores específicos (Shamah-Levy et al., 2020).

3.2.2. Pertinencia metodológica de la ENSANUT y especificidades técnicas

De acuerdo con el INSP, la ENSANUT 2018-2019 se erigió bajo los objetivos de

“1. Actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores relevantes sobre condiciones de salud y nutrición y sus determinantes sociales. Los resultados de la ENSANUT 2018-19 serán útiles en los ámbitos: nacional, regional, localidades urbanas y rurales.

2. Estudiar la cobertura, focalización, calidad percibida y satisfacción de los usuarios con los programas y servicios de salud y nutrición.”
(Shamah-Levy et al., 2020, p. 18)

Bajo esa premisa, se estableció un diseño muestral probabilístico que cubrió zonas urbanas y rurales del país. De acuerdo con el INSP, se estimó que el tamaño de la muestra fuera de 1,580 viviendas en cada entidad, con un total de 50,654 viviendas a nivel nacional. Este tamaño de muestra permite hacer una estimación de prevalencias con un grado de confianza aceptable. Además, la ENSANUT se basó en un marco de muestreo robusto mediante el uso de Unidades Primarias de Muestreo (UPM) seleccionadas de la Muestra Maestra de Viviendas 2012 del INEGI (Shamah-Levy et al., 2020).

La encuesta define claramente las unidades de análisis que incluyen grupos demográficos específicos como niños, adolescentes y adultos, y permite la selección de usuarios de servicios de salud en las distintas ramas del sistema nacional de salud. Además, la encuesta implementó un esquema de selección cuidadoso que dio paso a una representación justa y equitativa de los diferentes grupos de interés (Shamah-Levy et al., 2020)²⁸. En el tema de la logística de campo, la encuesta incluyó la capacitación especializada de los entrevistadores, la recolección de datos a través de dispositivos móviles y una estrategia de implementación sistemática.

Sin embargo, dentro de las limitaciones de la encuesta se incluyen errores de muestreo inherentes a la recolección de datos a partir de una muestra en lugar de la población total (es decir, un censo). No obstante, la encuesta asegura la posibilidad de calcular los intervalos de confianza a partir de las bases de datos de la encuesta (Shamah-Levy et al., 2020).

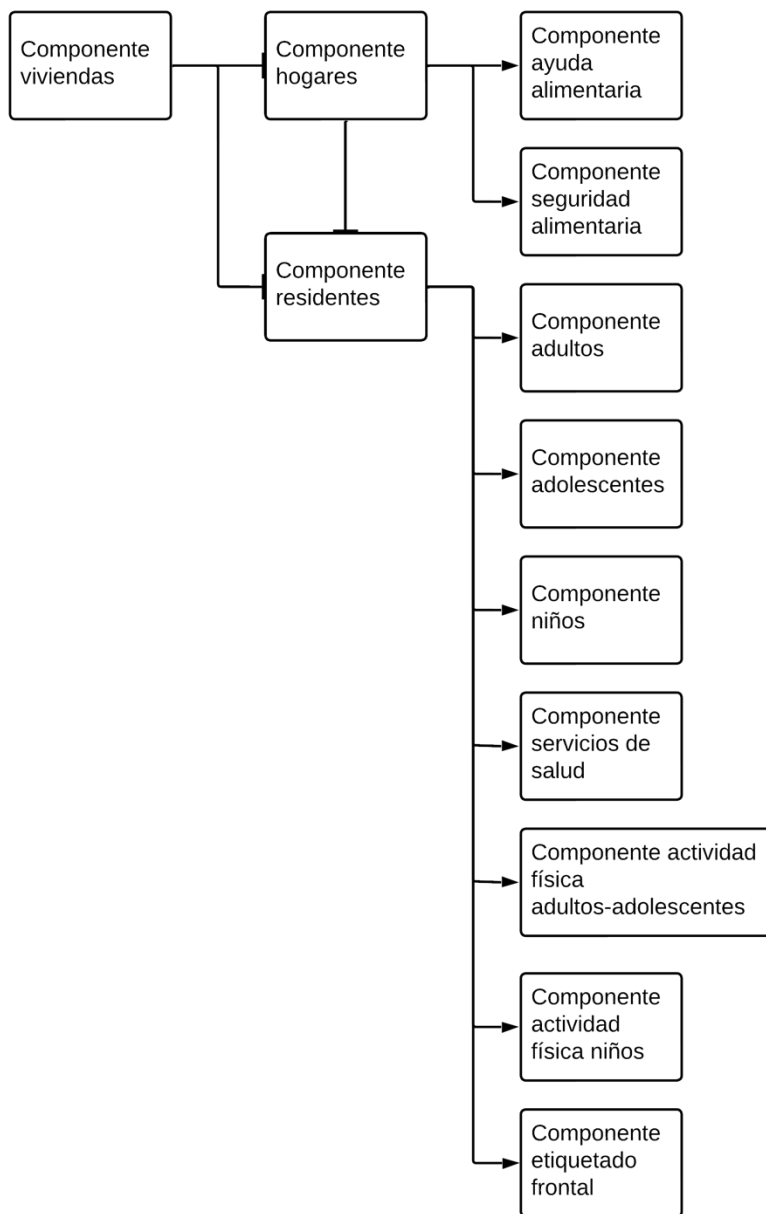
Tal como se señaló anteriormente, gracias a que la ENSANUT en su edición 2018-2019 incluyó una amplia gama de temas además de las condiciones de salud y nutrición, así como otros inherentes al acceso a servicios de salud, es que se puede señalar como una fuente de datos confiable y que permite hacer inferencias estadísticas sobre las variables de interés de esta investigación.

²⁸ La ENSANUT los define como:

- Población de 0 a 4 años (preescolares)
- Población de 5 a 9 años (escolares)
- Población de 10 a 19 años
- Población de 20 años o más
- Utilizadores de servicios de salud ambulatorios en los últimos 15 días: personas del hogar que buscaron o recibieron atención ambulatoria dentro de las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista por enfermedad, lesión, accidente, rehabilitación, servicio dental, control de diabetes o control de hipertensión arterial.

La ENSANUT 2018-2019 consta de once componentes en su sección de salud y de 18 componentes en su sección de nutrición, ordenados de manera jerárquica por unidad de análisis; contienen variables tipo llave identificadoras que permiten la conjunción de las bases desde la vivienda hasta los residentes.

Figura 3. Diagrama de entidad-relación. Componente salud



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INEGI, 2019

Para fines de esta investigación, se utilizaron los componentes de vivienda, hogar, residentes, adultos, adolescentes, seguridad alimentaria y actividad física en adultos y adolescentes.

3.3. Diseño de investigación

Para lograr los objetivos de la investigación se realizó una exploración de las bases de datos de salud disponibles. Por su pertinencia metodológica y la variedad de componentes temáticos se eligió a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2018. Para su análisis y procesamiento se emplearon técnicas cuantitativas basadas en la estadística descriptiva e inferencial. En la sección inferencial se instrumentalizó un modelo de regresión logística binomial para verificar los coeficientes de correlación entre las variables dependientes de la sintomatología depresiva entendida como depresión moderada o severa; respecto a variables independientes entendidas como los determinantes sociales de la salud mental como el género, el nivel socioeconómico, la construcción de indicadores de redes de apoyo, composición del hogar y otras variables relacionadas con eventos negativos de la vida.

Con este fin, se plantea la operacionalización de las variables de interés mediante la segmentación de la población por grupos de edad para seleccionar únicamente a adolescentes entre 15 y 19 años, siendo este conjunto una muestra representativa a nivel nacional del grupo etario. Para mejorar la comprensión sobre cómo hombres y mujeres, en su interseccionalidad, cuidan y exponen el cuerpo, se seleccionaron variables de distinta naturaleza como medidas de control y como variables independientes, con la finalidad de identificar la magnitud de asociación con la variable dependiente.

En ese sentido, se planteó una operacionalización de las variables de interés en el siguiente sentido:

3.3.1. Variable dependiente

La primera variable dependiente está construida a partir de la escala breve del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7). De acuerdo con Cerecero-García et al., (2020), la escala permite detectar posibles cuadros de depresión moderada o severa con una sensibilidad de 0.90 y especificidad de 0.82 a partir del DSM en su cuarta edición. El CESD-7 está compuesto por 7 preguntas basadas en la frecuencia semanal de ocurrencia de los síntomas, medidos en escalas de Likert, y que sumadas alcanzan un valor de 0 a 21 puntos.

De acuerdo con Salinas-Rodríguez et al., (2014), el punto de corte validado para la población mexicana es ≥ 9 puntos, lo que implica una detección de síntomas significativa de depresión moderada o severa. Por lo tanto, se dicotomizó la variable dependiente con un punto de corte a partir de 9 puntos en la escala. Es imperativo señalar que, a pesar de que se trata de un indicador de presencia de sintomatología y no un diagnóstico, la sensibilidad y especificidad del punto de corte permite un nivel de confianza estándar para considerar a las personas en por encima del punto como que padecen depresión; sin embargo, no es posible aseverar dicho diagnóstico sin la intervención de un especialista de la salud mental.

3.3.2. Variables independientes

Para cada una de las variables independientes se plantea una operacionalización dicotómica, politómica o en forma de índice (continua) según sea el caso para cada uno de los determinantes sociales de la salud mental.

Nivel socioeconómico

Para el nivel socioeconómico, se propone la construcción de una variable continua cuyos valores sean el resultado de la interacción de los distintos activos del hogar como indicadores *proxy* del nivel socioeconómico mediante el uso de un análisis de componentes principales (PCA) como lo planteado por Kolenikov y Ángeles (2004).

De acuerdo con los autores, el PCA busca “encontrar las combinatorias lineales de las variables con la máxima varianza” (p. 133).

$$\frac{V[a'y]}{\|a\|} \rightarrow \max_a$$

Con este objetivo, el resultado está dado por los eigenvalores y los eigenvectores de la matriz de covarianza de y . Sin embargo, cuando se trata de variables discretas y binomiales, este procedimiento implica una serie de consideraciones:

1. Las variables discretas, sean binomiales o politómicas, son incluidas en las ecuaciones como continuas.
2. A diferencia de los modelos econométricos, las variables discretas que son incluidas como ordinales no cumplen con los supuestos, además de los rangos delimitados, curtosis y sesgos laterales en la distribución de los datos.

Para ello, se propone el método policórico de PCA²⁹, basado en una matriz de correlaciones, para la obtención de estimaciones de máxima verosimilitud de variables continuas distribuidas normalmente de sus versiones discretas (Kolenikov & Ángeles, 2004). Este método se estima en tres etapas, que son la estimación de umbrales, la estimación del coeficiente de correlación y la combinación en una matriz de correlación. El método policórico para la estimación de un índice del nivel socioeconómico implica establecer una varianza máxima en la distribución de los datos y, por lo tanto, una mejor estimación de la representatividad del coeficiente para todos los casos (Freiberg Hoffmann et al., 2013). Por tanto, se plantea el uso de un modelo de correlaciones policórico que incluya los activos del hogar como variables dicotómicas para calcular el coeficiente de correlación.

²⁹ Análisis de Componentes Principales

Tal como se apunta en el apartado teórico de esta investigación, las características económicas de los individuos forman parte imprescindible de los estudios de desigualdades sociales. Por lo tanto, su medición requiere de una serie de consideraciones sobre las características de las fuentes de datos económicos a nivel agregado, del hogar e individual; así como por las investigaciones previas sobre su medición. En algunos casos, el nivel socioeconómico es medido a través de variables dicotómicas que registran la condición de tenencia o carencia de servicios como agua, luz, drenaje y otros servicios públicos (Gutiérrez et al., 2015); además, se incluyen otras variables como el hacinamiento en el hogar calculado a raíz de una razón de miembros del hogar por habitación (CONEVAL, 2010) y un promedio de los ingresos del hogar por miembros económicamente activos.

En el caso de la ENSANUT, se observa que el componente de vivienda y del hogar poseen un amplio abanico de variables sobre las características físicas de la vivienda y de los servicios con los que cuenta el hogar. Partiendo del supuesto que las condiciones socioeconómicas de las y los adolescentes de 15 a 19 años están determinadas por las características del hogar y la vivienda de origen, se planteó el uso de variables dicotómicas sobre activos del hogar, hacinamiento y características de la vivienda³⁰.

Para calcular la asociación entre el desarrollo de sintomatología depresiva y el nivel socioeconómico, se realizó una prueba de Wilcoxon para dos muestras independientes; además, se realizaron dos estimaciones del nivel socioeconómico con el método PCA. De acuerdo con los resultados, se observó que:

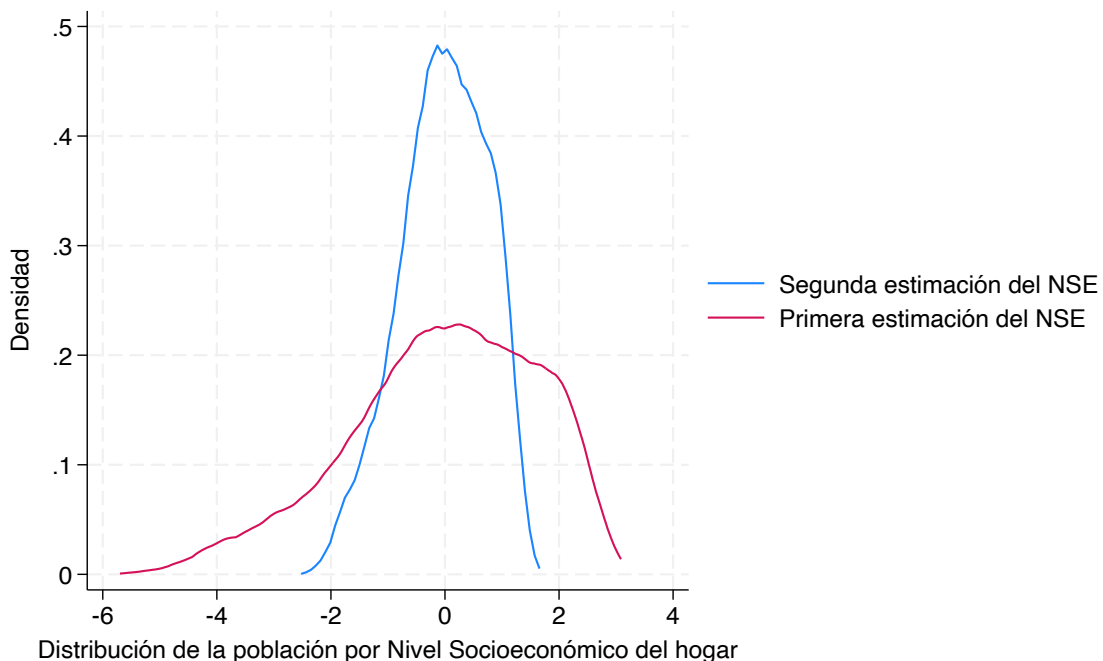
- En el caso del NSE por método policórico con características de la vivienda, servicios públicos y escolaridad media del hogar, usando el primer coeficiente de asociación (beta 1) y con una varianza explicada del 44%, existe una

³⁰ No se incluyen variables sobre ingresos del hogar debido a las inconsistencias de los datos registrados en la ENSANUT.

asociación estadística entre la sintomatología depresiva y un mayor nivel socioeconómico, siendo la probabilidad de que el NSE sea mayor en personas sin depresión versus aquellas con depresión de un 0.476, con una significancia de 0.0058. Dicha estimación en su operacionalización por deciles de distribución arroja una significancia de 0.0074.

- En el caso del NSE por método policórico con características de la vivienda, servicios públicos y escolaridad media del hogar, estimando la sumatoria de los dos coeficientes ($\beta_1 \times \text{varianza explicada} + \beta_2 \times \text{varianza explicada}$) y con una varianza explicada del 50%, existe una asociación estadística entre la sintomatología depresiva y un mayor nivel socioeconómico, siendo la probabilidad de que el NSE sea mayor en personas sin depresión versus aquellas con depresión de un 0.476, con una significancia de 0.0071. Dicha estimación en su operacionalización por deciles de distribución arroja una significancia de 0.0055.

Gráfico 4. Estimación de la distribución del NSE



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Lo que permite observar la segunda estimación del NSE es una menor variabilidad en la distribución del coeficiente en la población de la muestra, además de que permite explicar un mayor porcentaje de la varianza que únicamente con el primer valor del método PCA. Aunque con ambos métodos se presenta asimetría, es notable que la segunda estimación brinda mayor capacidad de predicción en torno a varianza explicada y a la asociación con la variable dependiente de esta investigación.

Características demográficas y de redes de apoyo/cuidado doméstico

En concordancia con lo expuesto en los capítulos anteriores, las transiciones de la vida son fundamentales en este grupo edad, pues en correspondencia con distintas definiciones de la juventud, se trata de un momento de la vida en el que se transita de la niñez hacia la vida adulta como “producto del desarrollo sociocultural, histórico, de carácter relacional, no sólo en tanto manifestación social empírica, sino como construcción conceptual, inherente al devenir de las sociedades occidentales modernas” (Balardini y Miranda, 2016 en Escoto Castillo & Alcántara, 2022, p. 24).

Estas confluyen de manera concreta en instituciones sociales como la familia, la escuela y el espacio de trabajo en sentidos de logros y méritos asociados con el desarrollo consecucional de la vida, por lo que se conforman redes sociales de apoyo que, según la literatura especializada, pueden ser factores para reducir la prevalencia de sintomatología depresiva (Cornwell, 2003; Montero et al., 2004; M. Silva et al., 2016).

Por lo tanto, se incluyen variables independientes como la educación y trabajo en lo siguiente:

- Logro educativo: se operacionalizó mediante la categorización de los años de escolaridad y el nivel educativo, de tal manera que se obtienen 9

categorías que van desde primaria incompleta, primaria completa y concluye con el nivel de posgrado

- Ocupación escolar o laborar: para la operacionalización se ocuparon las variables de actividad laboral remunerada y de asistencia escolar, de tal modo que se generaron cuatro categorías:
 1. No asiste a la escuela y no tiene trabajo
 2. No asiste a la escuela, pero tiene trabajo
 3. Asiste a la escuela y no tiene trabajo
 4. Asiste a la escuela y tiene trabajo

La edad como variable de control fue categorizada de los 15 a los 19 años; además se utilizaron otras variables de control como si habla alguna lengua indígena, el tipo de localidad (rural o urbana), la región del país de acuerdo con la clasificación de la Encuesta (centro, sur, Ciudad de México y norte).

Para los demás determinantes, se establecieron categorizaciones politómicas o dicotómicas en relación con sus características. Por ejemplo, en la composición de la familia si es monoparental, biparental materna o paterna o si ambos están ausentes.

Eventos negativos de la vida y determinantes directos de la depresión

En el caso de eventos negativos de la vida se seleccionaron las variables de violencia, dicotomizada si ha sufrido violencia o agresiones o no, y si ha sufrido de algún tipo de abuso sexual o no³¹. El estado civil de persona se simplificará en

³¹ Estas preguntas se formulan en la encuesta en los siguientes términos:

Violencia: ...En los últimos 12 meses, ¿has sido víctima de algún incidente en el que te atacaran o agredieran físicamente?

Abuso sexual: ...¿A lo largo de tu vida, alguien te manoseó, tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo o tuvo relaciones sexuales contigo cuando eras muy pequeño(a)?

sentido de clasificar la presencia o ausencia de compañeros del hogar como *proxy* de soledad involuntaria (Cornwell, 2003).

En el mismo sentido, se incluyeron variables de control para reconocer la intensidad de cuidado doméstico en el hogar como la presencia de adultos mayores, personas con discapacidad o infantes menores de 6 años (Escoto Castillo & Alcántara, 2022). Además, se incluyeron determinantes directos de la depresión de acuerdo con la literatura y como se indica en el capítulo anterior, de tal manera que se agregan variables dicotómicas como la seguridad alimentaria, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y la presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Para esta última se utilizó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) para diagnosticar el riesgo de trastorno (Villalobos-Hernández et al., 2023); se trata de una batería de 10 reactivos cuyo valor máximo aditivo es de 30 puntos. El punto de corte en el valor 10 es predictor de trastornos de la conducta alimentaria. En ese sentido, se empleó dicha variable de manera binomial en donde el valor 0 indica menor riesgo de padecer trastornos alimenticios y el valor 1 señala un mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Análisis multivariado (regresión logística)

Para el análisis se realizó un modelo de regresión logística binomial que, de acuerdo con la literatura, parte del modelo lineal generalizado o GLM por sus siglas en inglés, que posee tres componentes. El primero, un componente aleatorio (variable de respuesta y), que permite relacionar a las variables independientes ingresadas a la ecuación como predictores de la respuesta de y . Un componente sistemático, que implica el ingreso de las variables independientes de forma lineal:

$$\alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

Y el componente de función de vínculo, que es la forma en la que el componente sistemático se asocia con el componente aleatorio. En el caso de las variables dicotómicas como variables dependientes, se plantea la regresión logística binomial para modelar el logaritmo natural de la probabilidad de éxito entre respuesta 0 y 1 (Agresti, 2007). Por lo tanto, la ecuación se expresa de la siguiente manera:

$$\ln\left(\frac{\mu}{1-\mu}\right) = \alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

Esta expresión de probabilidad se puede expresar en términos exponenciales de tal manera que:

$$\frac{\pi|x}{1-\pi|x} = \text{Momios}[\pi|x] = e^{\alpha+\beta x} = e^{\alpha} e^{\beta x}$$

Por lo tanto, el coeficiente a la izquierda de la ecuación indica los momios (log odds) de éxito entre 0 y 1, al estar exponentiados, cada incremento de unidad es multiplicativo en los momios (Agresti, 2007).

3.3.3. Consideraciones teóricas

Teóricamente, el diseño de investigación y la operacionalización de las variables descritas a lo largo del capítulo 2 de esta investigación se vinculan con el reconocimiento de la asociación de las categorías sociales a través de coeficientes que permiten reconocer las diferencias entre los distintos grupos poblacionales por adscripciones de género, nivel socioeconómico, etnicidad³², y otras categorías sociológicamente pertinentes.

³² Se entiende por etnicidad si el individuo habla alguna lengua indígena, dado que la fuente de datos no contiene más información como la autoadscripción.

De acuerdo con la extensa revisión de los fundamentos de las teorías sobre las desigualdades sociales y su observación empírica en el capítulo 1, los métodos cuantitativos permiten identificar la magnitud y la distancia entre distintos grupos sociales que poseen mayores ventajas de origen frente al resto; la distinción entre clases sociales o estratos de la distribución socioeconómica permite contrastar los niveles de asociación entre las variables dependientes aquí planteadas, su intensidad y su asociación.

Si bien los modelos de regresión logística no permiten identificar causalidades, sí permiten inferir sobre las correlaciones entre variables dependientes e independientes y comprobar o rechazar hipótesis dadas por las teorías sociológicas.

En ese sentido, esta investigación propone un análisis sociológico multifactorial que permite profundizar en las causas, alcances y efectos de las desigualdades no solo en las realidades intersubjetivas, sino por y en el cuerpo con todas las interpretaciones y significaciones culturales que pueden considerarse como determinantes de la vida social y así abonar al propósito, cada vez más presente, de construir redes interdisciplinarias que ayuden a comprender mejor las realidades sociales.

Al analizar la interacción entre desigualdades de origen social y padecimientos como la depresión, este estudio se coloca en una posición única para colaborar en el desarrollo de redes interdisciplinarias. Dichas redes aspiran a ofrecer una comprensión más holística de los fenómenos sociales, integrando elementos como la distribución del ingreso, la perspectiva de género, la protección familiar y el alcance meritocrático de objetivos socialmente valorados como la inserción laboral o el rendimiento académico.

Además, para reconocer el nivel de asociación entre el nivel socioeconómico (NSE) y el resto de las variables de interés, se realizó una prueba de ANOVA entre la variable continua NSE y las variables categóricas ordenadas por dimensiones de

la interacción social: factores socioeconómicos (verde), características demográficas (amarillo), redes de apoyo social y cuidado doméstico (naranja) y eventos negativos de la vida (gris) (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Se señala que la hipótesis nula (H0) indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la variable de referencia (NSE) y las categorías incluidas en la prueba. Por el contrario, la hipótesis alternativa (HA) indica que hay una asociación estadística entre la variable de referencia y las incluidas en la prueba, es decir, que la probabilidad de que el estadístico F sea menor a 0.05 y se demuestre la asociación.

De acuerdo con los resultados de la prueba ANOVA, las variables demográficas como el tipo de familia, la edad, etnicidad como hablar una lengua indígena, el tipo de localidad y la región del país sugieren que existe una asociación estadística frente a la variable de NSE (prob de $F < 0.05$), por lo que se rechaza la H0. Se infiere que existe una asociación estadística entre las variables de ocupación y logro académico y el NSE (prob de $F < 0.05$). Además, se observa una asociación estadística entre la presencia niños menores de 6 años y adultos mayores de 65 años. Sin embargo, en la dimensión de eventos negativos de la vida, únicamente el inicio prematuro de la vida sexual y la violencia muestra una asociación estadística con el NSE. Respecto a los determinantes directos de la depresión, la seguridad alimentaria, el consumo de alcohol y la presión sobre conductas alimenticias se asocian con el nivel socioeconómico.

Cuadro 2. ANOVA entre NSE y variables categóricas. Ponderado

	Numero de obs =	8,704	R-cuadrada =	0.5024	
	Root MSE =	0.528475	Adj R- cuadrada=	0.4992	
Origen	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Modelo	2438.2358	56	43.539925	155.90	0.0000
Ocupación	83.407	3	27.802	99.550	0.000

Logro académico	109.498	8	13.687	49.010	0.000
Sexo	0.482	1	0.482	1.720	0.189
Familia	1.407	3	0.469	1.680	0.169
Edad	6.838	4	1.709	6.120	0.000
Unión	2.662	2	1.331	4.770	0.009
Hablante de lengua	118.752	1	118.752	425.200	0.000
Rural o urbano	308.239	1	308.239	1103.670	0.000
Región del país	189.782	3	63.261	226.510	0.000
Niños menores de 6 años	9.960	1	9.960	35.660	0.000
Adultos mayores de 65	5.407	1	5.407	19.360	0.000
Personas con discapacidad	0.261	1	0.261	0.930	0.334
Tamaño del hogar	44.399	16	2.775	9.940	0.000
Abuso sexual	0.010	1	0.010	0.040	0.847
Inicio prematuro de la vida sexual	4.428	2	2.214	7.930	0.000
Accidentes	0.490	1	0.490	1.750	0.185
Violencia	0.304	1	0.304	1.090	0.297
Seguridad alimentaria	340.153	3	113.384	405.980	0.000
Consumo de tabaco	0.162	1	0.162	0.580	0.446
Consumo habitual de alcohol	3.122	1	3.122	11.180	0.001
Presión sobre conductas alimenticias	1.893	1	1.893	6.780	0.009
Residual	2414.985	8647.000	0.279		
Total	4853.221	8703	0.558		

Fuente: elaboración propia a partir de ENSANUT, 2018

Por el contrario, no se puede rechazar la H_0 en las variables de presencia de personas con discapacidad, abuso sexual, accidentes y consumo de tabaco; por lo tanto, no existe diferencia estadísticamente significativa de la varianza frente al índice de activos y bienes del hogar (NSE) y no hay asociación estadística entre dichas variables.

En consecuencia, se puede inferir que la variable de nivel socioeconómico está asociada con las variables de control utilizadas para el modelo de regresión

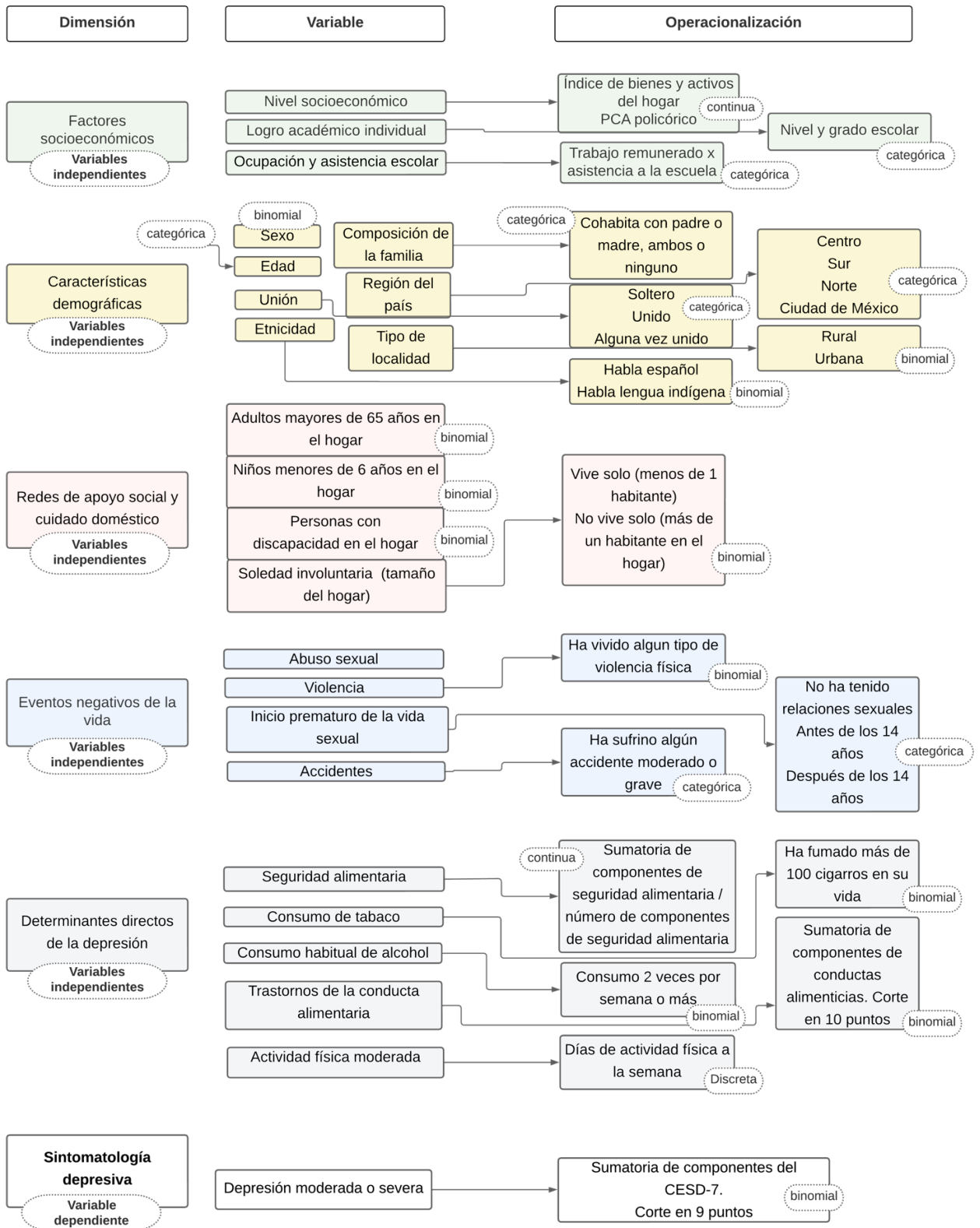
lineal y pueden existir interacciones que le resten efecto sobre la sintomatología depresiva.

3.3.4. Modelo de operacionalización de las variables

En síntesis, el modelo de análisis que se propone para esta investigación consta de una variable dependiente, compuesta de la sumatoria de los reactivos del diagnóstico rápido del CESD-7, cuyo punto de corte se posiciona en 9 puntos. Las variables independientes, explicadas en los acápites anteriores, son identificables dentro de la fuente de datos y sus distintos componentes (Ver Figura 3).

Toda vez que se han definido los alcances y limitaciones de la investigación; seleccionadas las variables dependientes, independientes y de control, se obtiene el siguiente esquema:

Figura 4. Modelo de análisis. Operacionalización de variables



Fuente: elaboración propia

Para llevar a cabo el modelo de análisis de las variables anteriormente descritas se recurrió al uso del software estadístico Stata en su versión 18, tanto para la preparación de las bases de datos (componentes), la preparación de las variables y el análisis descriptivo de cada una de ellas. En el siguiente capítulo se detallan los hallazgos de esta investigación, así como los resultados por cada una de las variables y sus efectos en la depresión adolescente.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

Como primera parte del análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se realizará una disección de los tabulados por cada dimensión o factor social asociado a la depresión; de demostrará la diferencia entre varones y mujeres...

En general, la población de adolescentes presenta características determinadas en relación con las variables de interés y de control. La cohorte de estudio abarca jóvenes entre los 15 y 19 años, con una media de 16.95 años. En cuanto al estatus socioeconómico, medido en deciles, se observa una distribución relativamente uniforme, con una leve inclinación hacia deciles más altos. En su forma continua, la media del indicador socioeconómico se establece en 0.01 (medida estandarizada), fluctuando dentro de un rango que va desde un valor mínimo de -2.41 hasta un máximo de 1.58, y de una desviación estándar de 0.74.

En el ámbito académico es notable el hecho de que el 34.27% de los adolescentes tiene el nivel de bachillerato incompleto, seguido por un 31.53% que ha completado la educación secundaria. En lo que concierne a la ocupación, más de la mitad, específicamente el 55.11%, está actualmente asistiendo a la escuela y no está empleada. Además, un 18.13% no asiste a la escuela pero está trabajando (Ver Cuadro 10).

Demográficamente, la mayoría de la muestra no está en algún tipo de unión, representando el 89.87% del total, mientras que 9.23% de la muestra registró estar en algún tipo de unión civil. Un 95.86% de la muestra habla español, y un pequeño pero significativo 4.14% habla alguna lengua indígena. La mayoría reside en zonas urbanas, y las regiones del Centro y del Sur del país están más representadas que otras.

Desde la perspectiva de la dinámica familiar, la mayoría de los hogares en los que residen estos adolescentes no tienen niños ni adultos mayores. Además, el 55.63% vive en una familia biparental. En el aspecto psicosocial, es relevante que casi la totalidad de la muestra, un 99.41%, no experimenta soledad involuntaria.

En el ámbito de la salud y el bienestar, la gran mayoría no ha experimentado accidentes ni ha sido víctima de violencia. En relación con la vida sexual, un 64.01% no la ha iniciado. Por último, en lo que concierne al consumo de sustancias y trastornos alimenticios, un 86.51% no está involucrado en el consumo de sustancias como tabaco o alcohol, y un 96.48% no muestra signos de trastornos alimenticios.

En cuanto a las variables continuas, se realizaron medidas de tendencia central, para la actividad física moderada, la media es de aproximadamente 3 días en la muestra, pero la desviación estándar de 2.64 indica variabilidad considerable entre el grupo poblacional. En el caso del índice de inseguridad alimentaria, la media cercana a cero señala que la inseguridad alimentaria es baja en general, pero existe alguna variabilidad con una desviación estándar de 0.31 (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

4.1. Análisis descriptivo de la depresión en adolescentes

De acuerdo con los resultados del análisis descriptivo de la ENSANUT 2018, se obtuvo una muestra de 8,704 casos de adolescentes entre 15 y 19 años, de los cuales, aproximadamente el 13.41% padece depresión en alguna de sus formas. Los porcentajes obtenidos están calculados a partir de factores de expansión generados por el método de estratificación durante el diseño muestral de la Encuesta³³.

El diagnóstico de depresión está calculado a partir de la escala CESD-7, que se trata de una versión abreviada de siete reactivos para identificar la presencia de sintomatología depresiva. Como ya se ha mencionado, el cálculo considera el

³³ Según el apartado metodológico de la ENSANUT, se realizó un método de muestreo a partir de la selección de UPM y la estratificación por tamaño de la localidad y de las condiciones sociodemográficas de las viviendas. Se trata de un modelo probabilístico de selección por cada una de las unidades de análisis (Ver acápite 3.2). El resultado son factores de expansión como variables discretas que permiten ponderar con un intervalo de confianza del 95%.

diagnóstico de depresión moderada o severa a partir de la suma de 9 puntos, de 21 valores posibles (Cerecero-García et al., 2020) (Ver Cuadro 12 en Anexo I).

En el caso de la depresión por género, se encontró que al menos el 16.74% de las mujeres presentaron sintomatología depresiva. Además, se identifica una diferencia de al menos el 6.7% en la prevalencia de sintomatología depresiva entre mujeres adolescentes de 15 a 19 años y hombres de la misma edad, el porcentaje de varones en este grupo de edad con síntomas depresivos es de 9.99% (Ver Cuadro 13 en Anexo II).

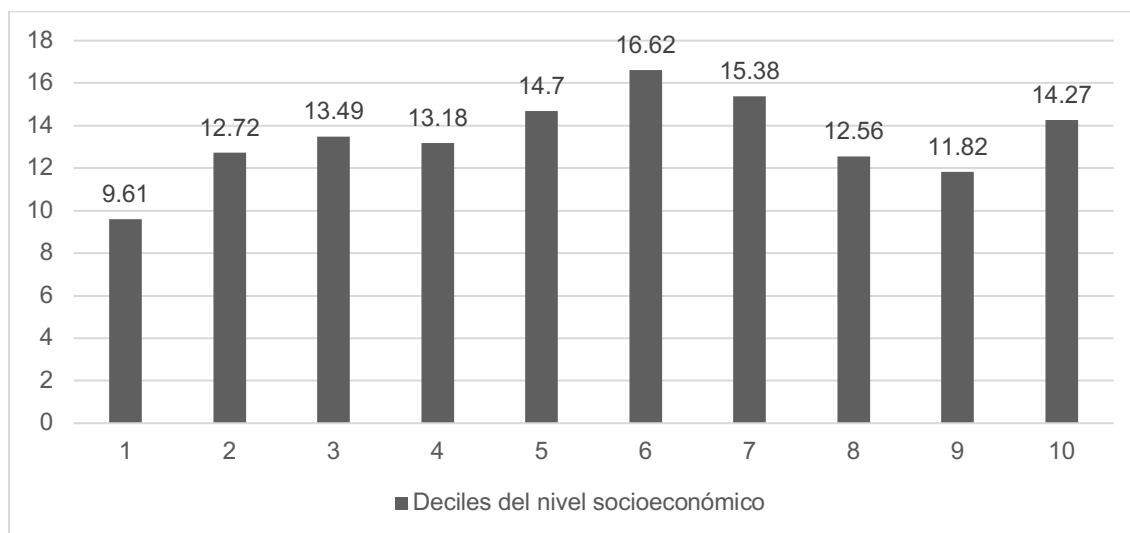
4.1.1. Factores socioeconómicos

Como se señaló en el capítulo anterior, se exploraron los distintos métodos para el cálculo del nivel socioeconómico, así como sus especificidades técnicas; se utilizó el método de ANOVA para identificar la afinidad de la variable obtenida tras el análisis de componentes múltiples de método policórico con el resto de las variables del modelo de operacionalización. Si bien se obtuvieron resultados favorables sobre la distribución de la población a través de una variable continua a modo de índice *proxy*, la literatura consultada en el capítulo 1 y 2 sugiere que los efectos del nivel socioeconómico no son observables de manera lineal; es decir, una estratificación más detallada de la población en segmentos distintos ofrece una percepción más refinada acerca de la posición relativa de los individuos dentro de la estructura social global. En consonancia con este planteamiento, se optó por implementar un enfoque de segmentación basado en deciles de distribución para captar con mayor exactitud las disparidades existentes entre los distintos estratos poblacionales.

En el caso de la prevalencia de la sintomatología depresiva por decil del nivel socioeconómico, se observa que esta se incrementa con fluctuaciones a lo largo de la distribución; es decir, en todos los casos, en el decil 1 el porcentaje de sintomatología es menor en relación con el resto de los deciles del nivel socioeconómico. El decil 6 del nivel socioeconómico muestra un porcentaje mayor

de sintomatología con un 16.62%, seguido del decil 7 con un 15.38% y el decil 5 con un 14.7% (Ver Cuadro 14 en Anexo III).

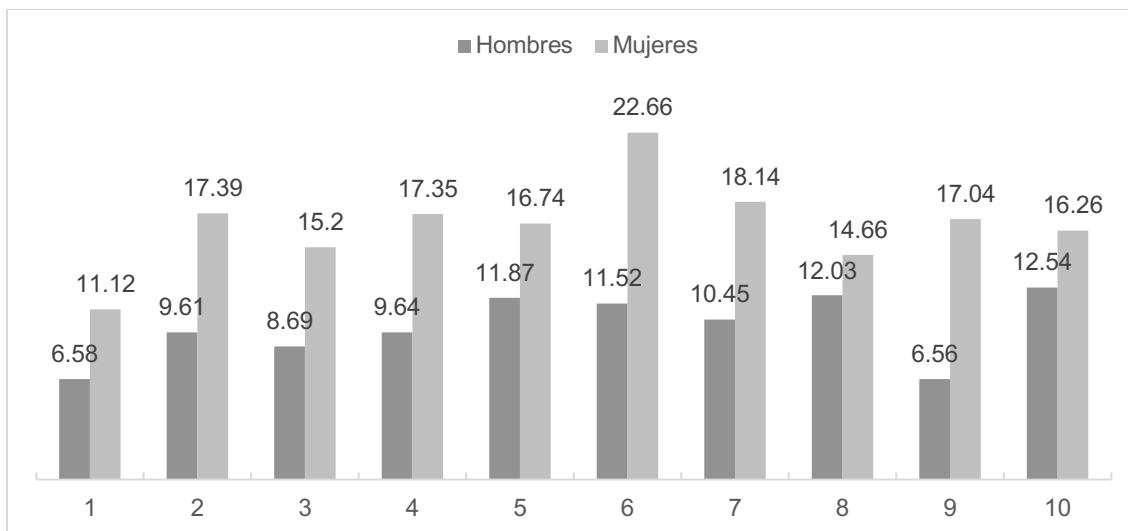
Gráfico 5. Porcentaje de prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes por decil de nivel socioeconómico. Ponderado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Al tabular la sintomatología por nivel socioeconómico y por género, se observa que, en todos los casos, las mujeres adolescentes presentan una prevalencia de sintomatología depresiva mayor que los hombres. Sin embargo, estas diferencias son menores en el decil 8 con un 2.63%, el decil 10 con una diferencia de 3.72%, y el decil 1 con una diferencia de 4.54% (Ver Cuadro 15 en Anexo III).

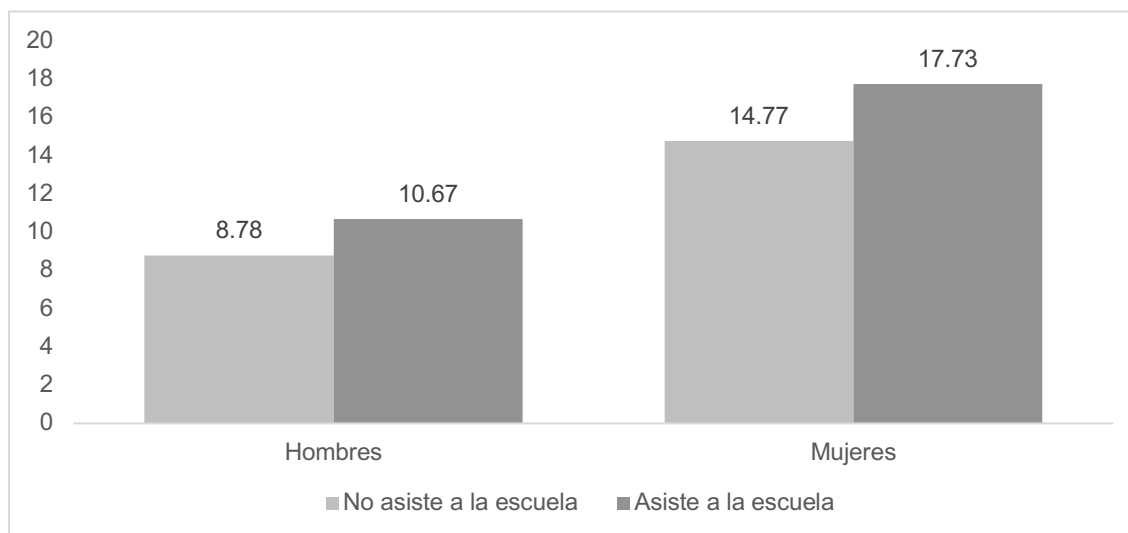
Gráfico 6. Porcentaje de prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes por decil de nivel socioeconómico y sexo. Ponderado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Sobre la asistencia escolar es notable que, del total de adolescentes, el 64.85% de los entrevistados (n = 5,644) asisten a algún tipo de curso escolar, de los cuales 49.29% son hombres y 50.70% mujeres; en el mismo sentido se observan proporciones similares en los casos de no asistencia escolar por sexos.

Gráfico 7. Sintomatología depresiva por sexo y asistencia escolar. Ponderado

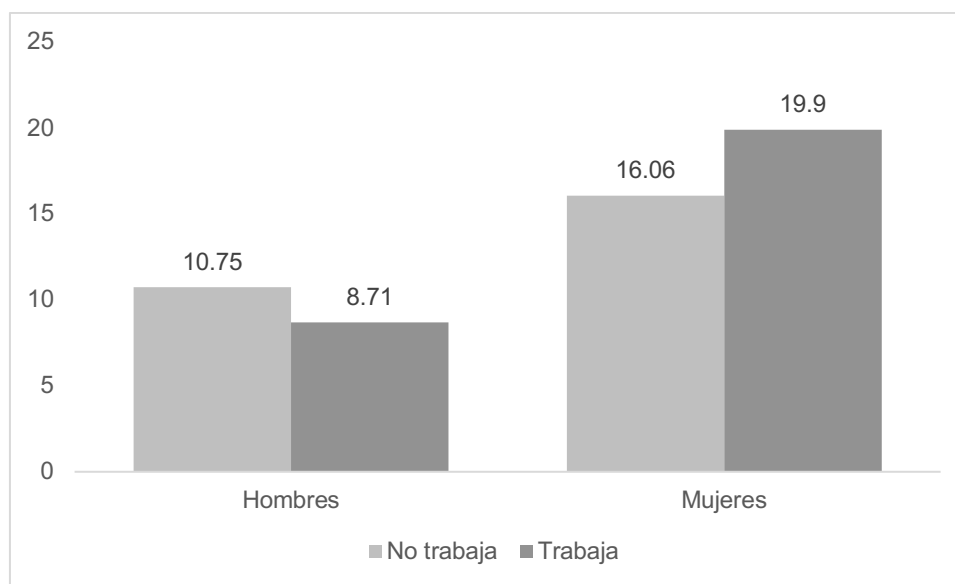


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

En el caso de la asistencia a la escuela se identifica que, en ambos sexos, aquellos adolescentes que no asisten a la escuela reportan un menor porcentaje de sintomatología depresiva, siendo de 8.78% en varones y de 14.77% en mujeres. En el caso de las mujeres que asisten a la escuela, el 17.73% reportó depresión moderada o severa, mientras que en los varones este porcentaje fue de 10.67% (Ver Cuadro 16 en Anexo III).

En el caso de la inserción laboral, se indica que solo el 27.86% ($n = 2,425$) de los adolescentes reportaron tener algún tipo de trabajo, de los cuales 67.09% eran varones y 32.90% eran mujeres. Observando por sintomatología depresiva e inserción laboral, se reporta que el 8.71% de los varones que trabaja presentó algún grado de depresión moderada o severa frente al 10.75% de los varones que no trabaja; en el caso de las mujeres, el 19.9% de aquellas que trabajaban presentaron algún grado de depresión en comparación con el 16.06% de aquellas que no trabajaban (Ver Cuadro 17 en Anexo III).

Gráfico 8. Sintomatología depresiva por sexo e inserción laboral. Ponderado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

En relación con la ocupación (trabajo x asistencia escolar) y sexo, los datos revelan patrones distintivos en la distribución de hombres y mujeres en diferentes categorías de ocupación y educación. Entre aquellos que no asisten a la escuela ni trabajan, las mujeres constituyen la mayoría con un 68.56%, mientras que los hombres representan el 31.44%. En contraste, en la categoría de no asistir a la escuela pero tener trabajo, los hombres representan el 69.20% de los casos, en comparación con el 30.80% de las mujeres (Ver Cuadro 18 en Anexo III).

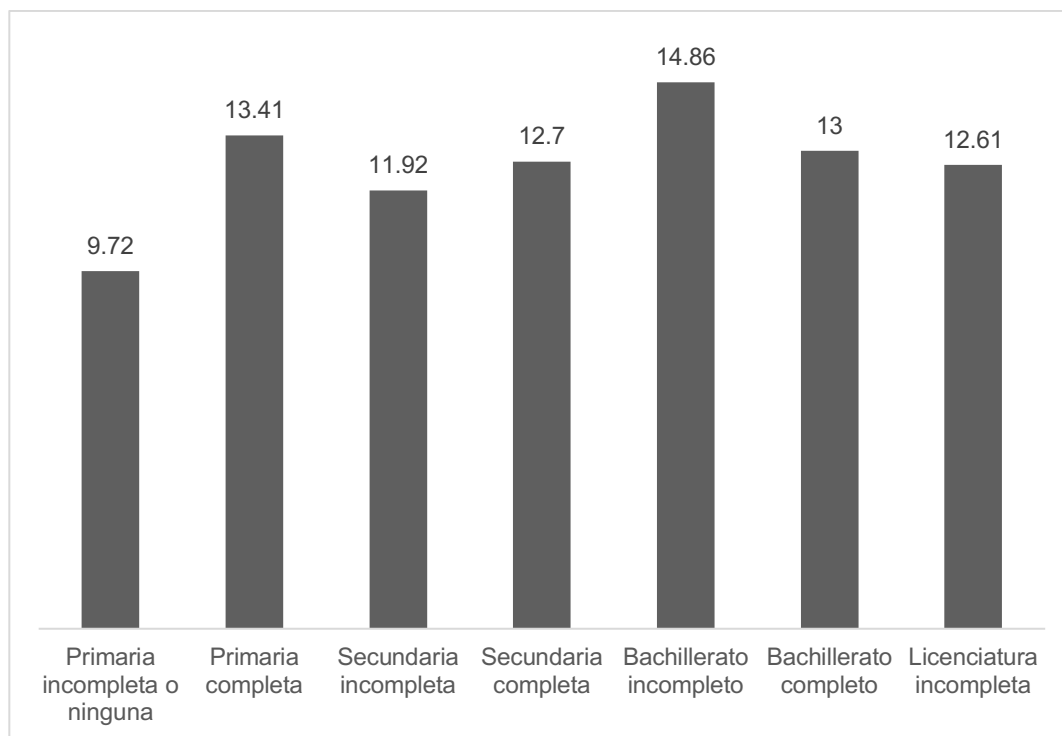
En cuanto a quienes asisten a la escuela pero no tienen trabajo, la distribución es más equilibrada, con un 46.84% de hombres y un 53.16% de mujeres. En la categoría de asistir a la escuela y tener trabajo, los hombres constituyen una mayoría con un 63.16%, mientras que las mujeres representan el 36.84%. A partir de la distribución de la sintomatología depresiva, se resalta que el 24.98% de las mujeres que estudian y trabajan reportaron algún nivel de depresión, mientras que solo el 12.18 de los varones en la misma categoría reportaron sintomatología depresiva (Ver Cuadro 19 en Anexo III).

Respecto al logro académico y sexo, los datos presentan una transición en la distribución de hombres y mujeres a través de diferentes niveles de educación. En los niveles más bajos de educación, los hombres constituyen la mayoría. En la categoría de primaria incompleta, los hombres representan el 60.34%, mientras que las mujeres constituyen el 39.66%. De igual manera, en la categoría de primaria completa, los hombres representan el 52.91%, en comparación con el 47.09% de las mujeres. En la secundaria incompleta, los hombres constituyen el 56.16%, mientras que las mujeres representan el 43.84%. En la secundaria completa, la distribución se vuelve casi equilibrada, con un 50.55% de hombres y un 49.45% de mujeres.

A partir del nivel de bachillerato, la tendencia se invierte y las mujeres comienzan a constituir la mayoría. En el bachillerato incompleto, los hombres representan el 49.85%, mientras que las mujeres constituyen el 50.15%. En el bachillerato completo, los hombres representan el 44.43%, en comparación con el 55.57% de las mujeres. Si bien en el siguiente nivel algunos casos la distribución puede estar interrumpida por el curso de vida, en la licenciatura incompleta, los hombres constituyen el 45.59%, mientras que las mujeres representan el 54.41%.

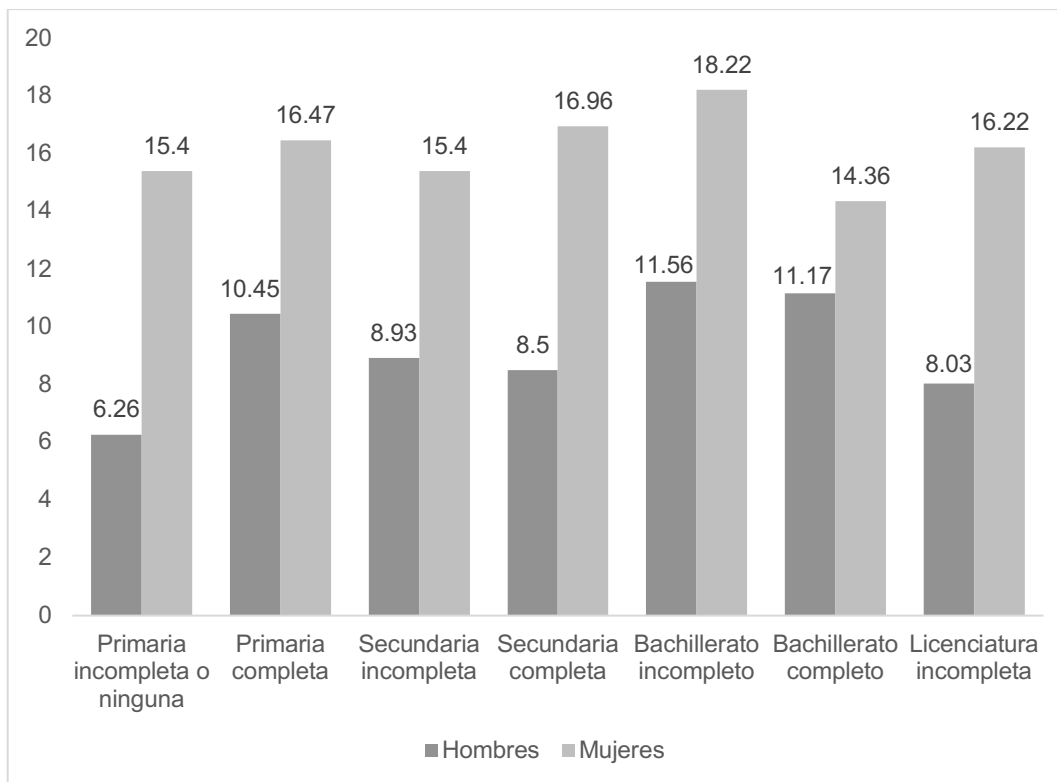
Sobre la sintomatología depresiva por logro académico, se registra que la categoría de bachillerato incompleto tiene la mayor proporción de casos de sintomatología depresiva con el 14.86%, seguida de la primaria completa con el 13.41%. En contraste, solo el 9.72% de los casos se ubicó en la categoría de primaria incompleta o ninguna.

Gráfico 9. Distribución de la sintomatología depresiva por logro académico. Ponderado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Gráfico 10. Distribución de sintomatología depresiva por logro académico y sexo. Ponderado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

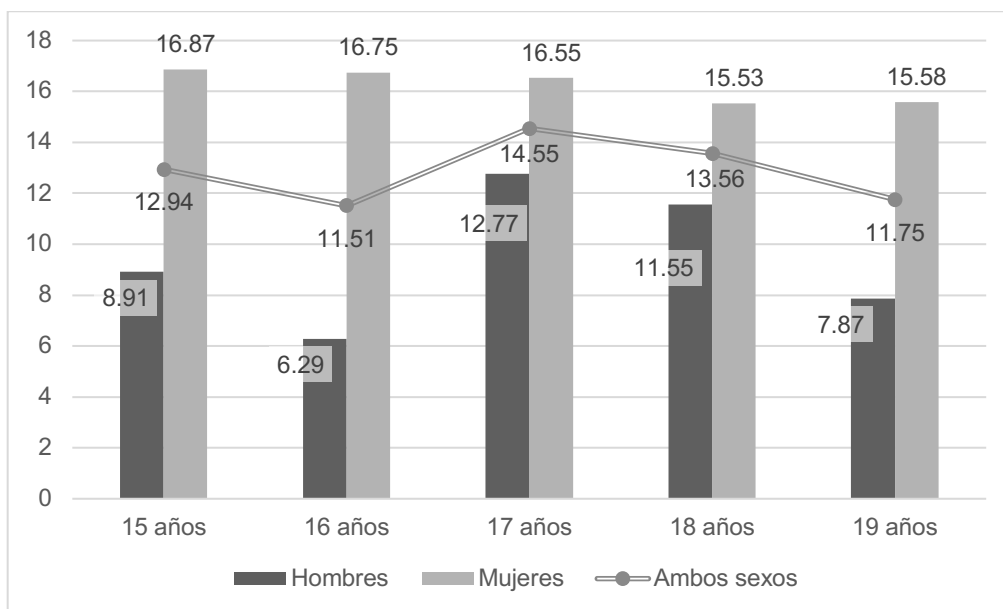
En el caso de la distribución de la sintomatología depresiva por logro académico, se observa que en el nivel de bachillerato incompleto se distribuyen más casos de sintomatología depresiva entre hombres con el 11.56% y mujeres con el 18.22%. En mujeres, el nivel académico que menos reporta sintomatología depresiva es el bachillerato completo con 14.35%, mientras que en varones es la primaria incompleta con 6.26%.

4.1.2. Características demográficas

Al realizar el análisis descriptivo por edad se utilizó la edad como variable categórica para reconocer las diferencias en la prevalencia por edad; se observa que la

sintomatología depresiva es mayor en mujeres que en hombres en todas las edades; sin embargo, la diferencia es menor en los 17 años con un 3.78%, seguida de los 18 años con un 3.98%. Es necesario señalar que en los varones, a los 17 años este incremento es acentuado frente a las demás edades, siendo casi el doble frente a la categoría inferior (Ver Cuadro 20 en Anexo III).

Gráfico 11. Porcentaje de prevalencia de depresión por edad y sexo. Ponderado.

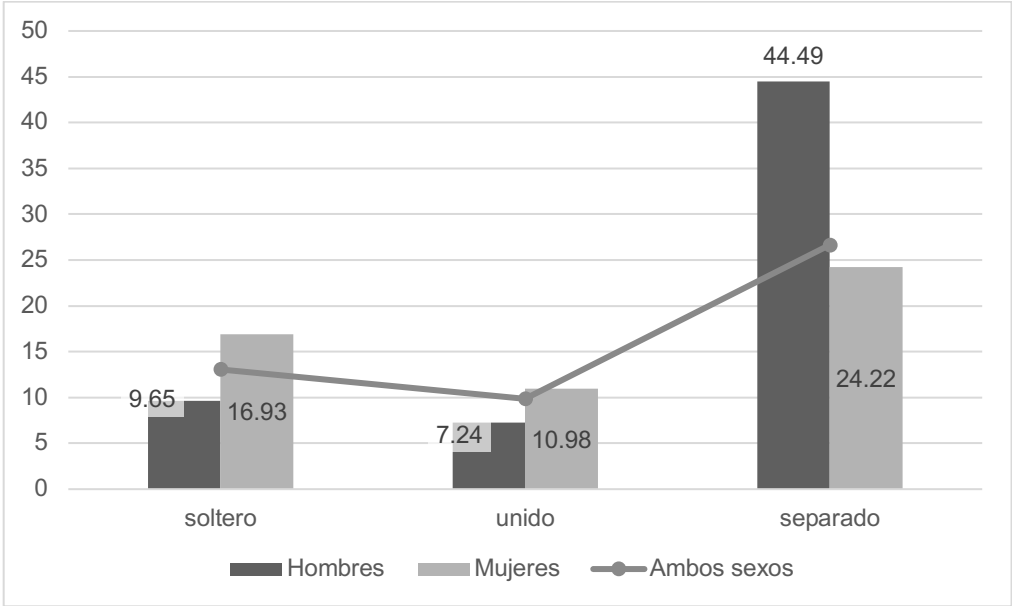


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Observando las diferencias por tipo de unión, se aprecia que la prevalencia de sintomatología es menor en aquellos adolescentes que ya están en su primera unión frente al resto. La prevalencia de depresión se muestra mayor en aquellos que ya experimentaron alguna separación frente al resto de las categorías. Haciendo una distinción por sexo, se observa que los varones que experimentaron alguna separación, el 44.49% reportaron sintomatología depresiva, a diferencia de las mujeres que solo el 24.22% reportó sintomatología depresiva. En contraste, de las

mujeres que dijeron estar en algún tipo de unión, el 10.98 reportó sintomatología depresiva frente al 7.24% de los varones.

Gráfico 12. Porcentaje de sintomatología depresiva por unión y sexo. Ponderado.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

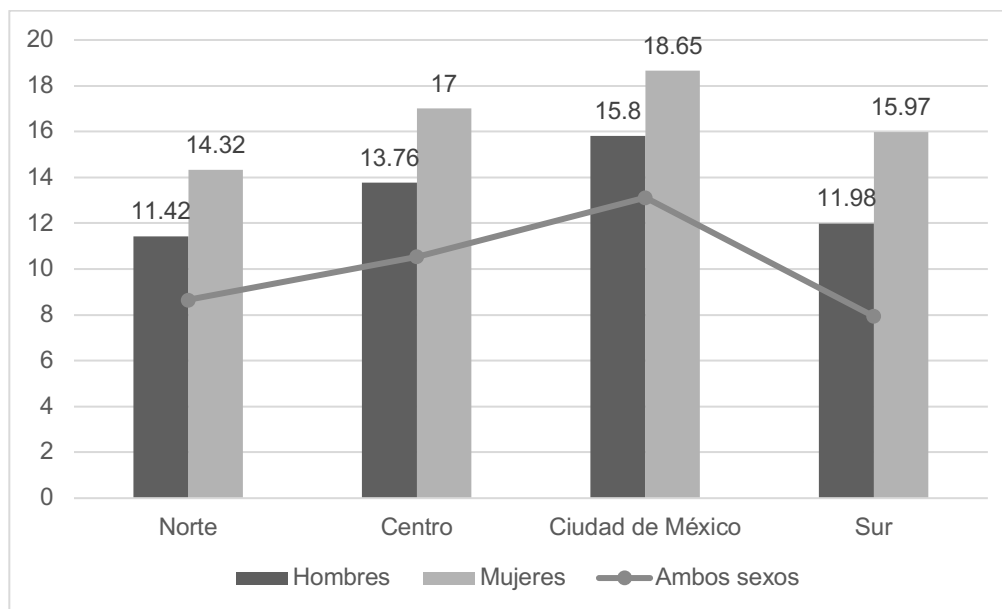
En el caso de la etnicidad (hablar una lengua indígena), los datos indican que la sintomatología depresiva tiene una mayor prevalencia en hablantes de español con un 13.14% frente a hablantes de alguna lengua indígena con un 8.43%; esta diferencia se acentúa cuando se observa por género, pues las mujeres que hablan español reportan una prevalencia de 16.7%, mientras que aquellas que hablan una lengua indígena reportan solo un 8.27%.

Por tipo de localidad se observa que en entornos urbanos se registra un 13.46% de sintomatología depresiva frente a 11.17% cuando se trata de localidades rurales; estas diferencias se mantienen cuando se distingue por sexo.

En cuanto a la región del país, en todas las categorías las mujeres reportan mayor sintomatología depresiva que los varones, siendo la Ciudad de México la

región con mayor prevalencia incluso en varones. Por el contrario, la región del país con menor prevalencia es el norte.

Gráfico 13. Porcentaje de sintomatología depresiva por unión y sexo. Ponderado.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

4.1.3. Redes de apoyo y cuidado doméstico

En el caso de la distribución de la sintomatología depresiva por tipo de conformación familiar, se observa que esta tiene una mayor incidencia en adolescentes que viven únicamente con el padre frente al resto de las formas de conformación familiar o del hogar.

Cuadro 3. Distribución de sintomatología depresiva por tipo de familia. Ponderado

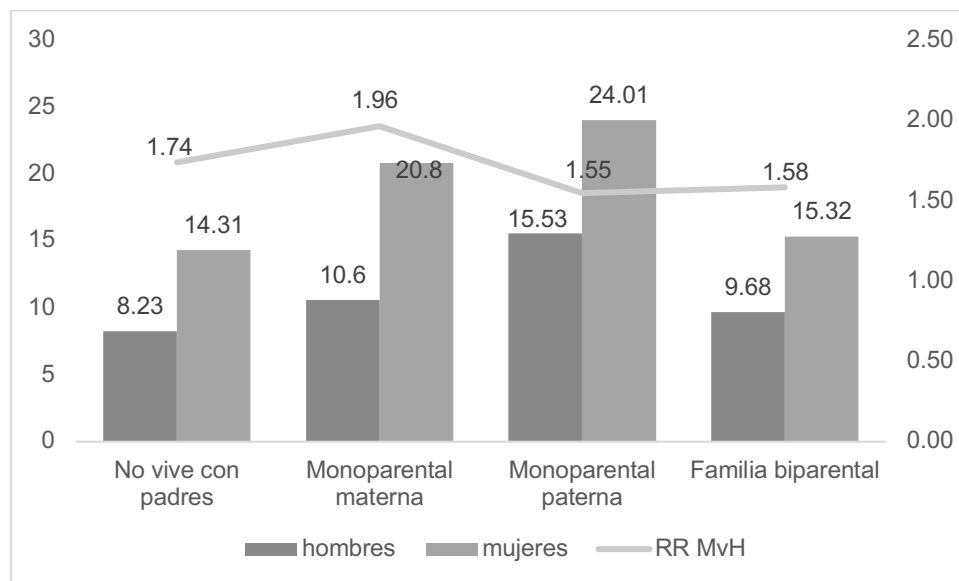
Conformación familiar	Sintomatología depresiva	
	No	Si
No vive con padres	87.93	12.07
Monoparental materna	84.25	15.75

Monoparental paterna	81.12	18.88
Familia biparental	87.61	12.39

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

En la distribución de la sintomatología depresiva por sexo del adolescente y por el tipo de familia u hogar, se observa que en todos los casos las mujeres tienden a presentar una mayor proporción de depresión frente a los hombres. Si bien esta diferencia persiste en todas las categorías, al realizar un cálculo de los riesgos relativos, estos se incrementan en 96% cuando se contrasta entre mujeres y hombres, por lo que se observa un mayor riesgo de sintomatología depresiva cuando la familia monoparental está compuesta por la madre en los casos de mujeres adolescentes frente a los varones.

Figura 5. Distribución de sintomatología depresiva por tipo de familia y sexo. Riesgos relativos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Sobre las dinámicas de cuidado doméstico, se observa que la prevalencia de sintomatología depresiva es menor solo en el caso de presencia de niños menores de 6 años en el hogar, mientras que en las demás variables se invierte la diferencia.

Distinguiendo los datos por sexo, en hombres los porcentajes de prevalencia se mantienen sin mayores diferencias, mientras que en las mujeres en hogares con presencia de menores de 6 años se observa que la prevalencia de sintomatología depresiva es menor en comparación cuando en el hogar no hay niños menores.

Cuadro 4. Porcentaje de sintomatología depresiva por factor de cuidado doméstico. Ponderado.

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Niños menores en el hogar			
No	9.34	17.09	13.03
Si	10.42	14.33	12.6
Adultos mayores en el hogar			
No	9.57	16.1	12.81
Si	9.74	17.75	13.76
Personas con discapacidad en el hogar			
No	9.46	14.03	11.72
Si	9.69	17.98	13.81

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Seleccionando la variable de soledad, es decir, si el adolescente no vive con alguien más en el hogar, se observa que el 15.68% de quienes viven solos experimentan sintomatología depresiva en comparación con el 12.91% de quienes viven con más personas. Haciendo la distinción por sexo, de los varones que viven solos el 16.43% reportó sintomatología depresiva en contraste con el 9.56% de quienes no viven solos. En comparación, el 13.79% de las mujeres que viven solas reportaron sintomatología depresiva, en contraste con el 16.3% de aquellas que no viven solas.

4.1.4. Eventos negativos de la vida

Para la realización del análisis descriptivo de los eventos negativos de la vida, se recurrió al cálculo de los riesgos relativos para identificar la intensidad de ocurrencia entre un grupo y otro. En ese sentido, se observa que en todos los casos, experimentar algún evento negativo de la vida incrementa el porcentaje de prevalencia de la sintomatología depresiva.

Cuadro 5. Porcentaje de sintomatología depresiva por eventos negativos de la vida. Ponderado.

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Accidentes			
No	9.71	16.39	13.18
Si	13.19	26.17	17.17
Riesgos Relativos	1.36	1.60	1.30
Violencia			
No	9.12	15.9	12.63
Si	21.34	47.02	28.5
Riesgos Relativos	2.34	2.96	2.26
Abuso sexual			
No	9.57	14.99	12.26
Si	34.03	44.6	42.27
Riesgos Relativos	3.56	2.98	3.45

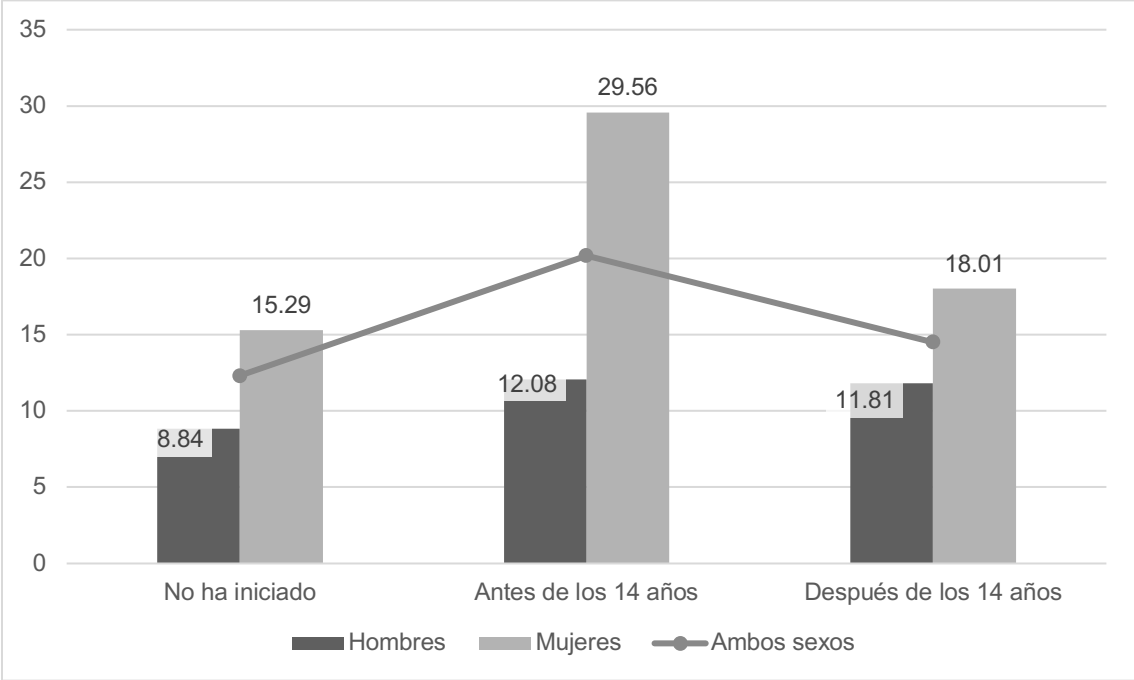
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

En relación con el sexo, en todos los casos el porcentaje es mayor en mujeres que en hombres; sin embargo, al calcular los riesgos relativos o razón de riesgos se encuentra que los hombres tienen mayores riesgos de padecer depresión cuando sufren de algún abuso sexual. Por el otro lado, las mujeres tienden a tener mayores riesgos de presentarla cuando sufren accidentes o violencia.

Cuando se trata del momento del inicio de la vida sexual, se observa que, en los casos cuando este inicio de vida sexual es anterior a los 14 años, el porcentaje de sintomatología depresiva es mayor que en el resto de las categorías. Al hacer la

distinción por sexo, se aprecia que aquellas mujeres adolescentes que han iniciado su vida sexual antes de los 14 años presentan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva que aquellas que aún no han tenido su primera experiencia sexual y que aquellas que experimentaron después de los 14 años³⁴.

Gráfico 14. Distribución de sintomatología depresiva por inicio de vida sexual. Ponderado.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Es decir, se observa que el efecto del inicio de la vida sexual prematuro, o en la adolescencia temprana, incrementa la prevalencia de sintomatología depresiva

³⁴ A mediados de la década de los 2000, Welti (2005) señalaba patrones de inicio de vida sexual que se sitúan entre los 15 y los 19 años, especialmente en mujeres; en contraste, antes de dicha edad se observaban con menor frecuencia estos eventos.

tanto en varones como en mujeres, aunque el efecto es casi dos veces mayor en estas últimas.

4.1.5. Determinantes directos de la depresión

Realizando el análisis por los determinantes directos como la actividad física se encuentra que, en general, quienes no padecen de depresión muestran una media de 3.09 días de actividad física por semana, con una desviación estándar de 2.63. Esta cifra es bastante cercana a la media general para ambos sexos: 3.08 para hombres y 3.10 para mujeres. Estas cifras sugieren que la presencia de depresión no tiene un impacto significativo en la actividad física para este grupo y que no existen diferencias de género sustanciales.

Por otro lado, los individuos que sí padecen de depresión muestran una media ligeramente superior de 3.39 días de actividad física por semana. Al desglosar por sexo, las mujeres con depresión (media=3.45) están más activas que los hombres con depresión (media=3.26).

Cuadro 6. Estadísticos descriptivos para días de actividad física por sexo.

Depresión	n	Media	Desv. Est.	Min	Máx
No padece depresión	7,444	3.09	2.63	0	7
<i>Hombres</i>	3,892	3.08	2.58	0	7
<i>Mujeres</i>	3,552	3.10	2.68	0	7
Padece depresión	1,250	3.39	2.65	0	7
<i>Hombres</i>	442	3.26	2.56	0	7
<i>Mujeres</i>	808	3.45	2.70	0	7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Las desviaciones estándar en todos los grupos son similares, lo que indica una variabilidad comparable en la cantidad de actividad física entre los diferentes subgrupos. El rango mínimo y máximo se mantiene constante entre 0 y 7 para todos los grupos.

Para prevalencia de sintomatología depresiva y seguridad alimentaria se encontró que, ponderando la variable continua y entre un mínimo de 0 y un máximo de 1, la media se ubicó en 0.28, indicando un índice de inseguridad alimentaria bajo. En el caso de las diferencias por sintomatología depresiva, se observa que la media es ligeramente mayor cuando hay sintomatología frente a cuando no hay. Distinguiendo por sexo, no se observan diferencias sustanciales en aquellos sin sintomatología; no obstante, en varones con sintomatología la media de inseguridad alimentaria es ligeramente mayor que en mujeres.

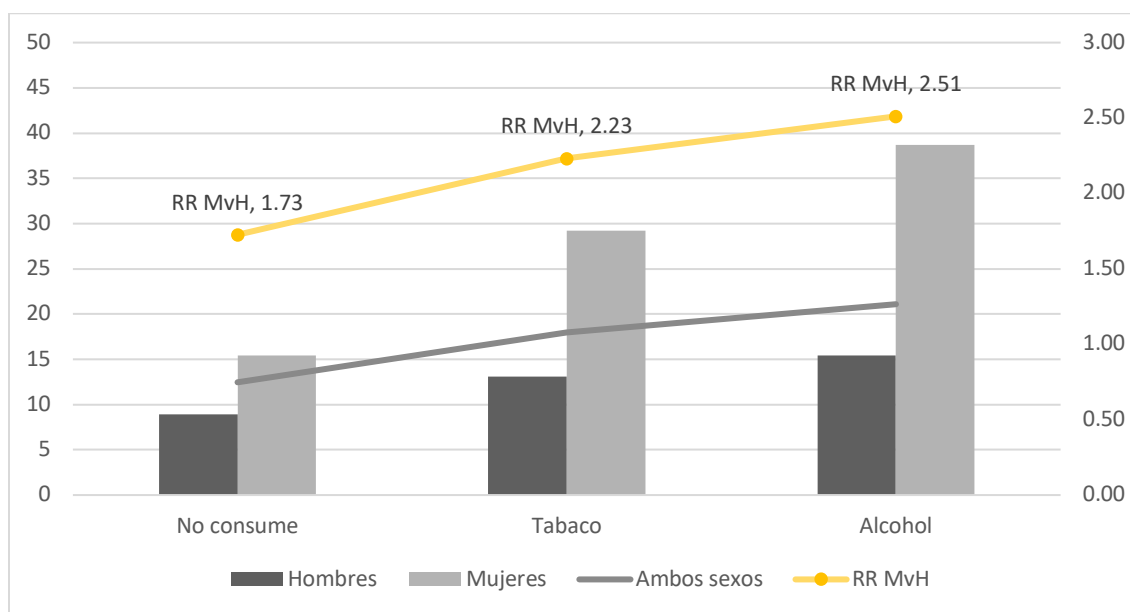
Cuadro 7. Estadísticos descriptivos para inseguridad alimentaria por sexo.

Depresión	n	Media	Desv. Est.	Min	Máx
No padece depresión	7,453	0.28	0.31	0	1
<i>Hombres</i>	3,897	0.28	0.31	0	1
<i>Mujeres</i>	3,556	0.28	0.31	0	1
Padece depresión	1,251	0.32	0.34	0	1
<i>Hombres</i>	443	0.32	0.33	0	1
<i>Mujeres</i>	808	0.31	0.34	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

En cuanto al consumo de sustancias, se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos es mayor cuando hay consumo de tabaco o alcohol frente a cuando no hay consumo, siendo el consumo de alcohol la sustancia que más incrementa el porcentaje de prevalencia con un 21.09%.

Gráfico 15. Distribución del porcentaje de sintomatología depresiva por consumo de sustancias. Ponderado y Riesgos Relativos.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Diferenciando por sexo, se observa que el consumo de alcohol afecta principalmente a las mujeres, incrementando los riesgos de prevalencia depresiva en 2.51, es decir, 150% mayor frente a los varones. En el mismo sentido, el consumo de tabaco incrementa el riesgo relativo en 2.23 o, es decir, 123% frente a los hombres.

En el caso de la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que el 46.72% de los adolescentes que reportaron padecer algún desorden alimenticio también presentaron sintomatología depresiva. Esto indica un riesgo relativo 3.8 veces o 280% mayor que cuando no existe algún trastorno.

Cuadro 8. Distribución del porcentaje de sintomatología depresiva por diagnóstico de trastorno alimenticio. Ponderado.

Trastorno de la conducta alimentaria	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
No	9.62	14.96	12.28
Si	29.7	53.3	46.72
RR	3.09	3.56	3.80

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

De aquellas mujeres que reportaron padecer algún trastorno alimenticio, el 53.3% presentó sintomatología depresiva, con unos riesgos relativos de 3.56 veces o 256% mayor que cuando no existe un trastorno de la conducta alimenticia; en el caso de los hombres, este porcentaje fue de 29.7% y los riesgos relativos fueron de 3.09 veces o 209%.

Los resultados de este análisis descriptivo permiten reconocer las diferencias por sexo en la prevalencia de la sintomatología depresiva. En general, se observó que las adolescentes presentan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en comparación con los hombres, y esta tendencia se mantiene a través de las diferentes dimensiones y variables analizadas. La prevalencia de la sintomatología depresiva también varía según el decil del nivel socioeconómico, con fluctuaciones notables en diferentes deciles y una mayor prevalencia en mujeres adolescentes en todos los estratos socioeconómicos.

Sin embargo, se destacan dos casos en los que esta relación es inversa: el tipo de unión, el logro académico y la soledad involuntaria. Esto apunta a una complejidad en la relación entre género y sintomatología depresiva, donde la socialización en términos del género es capaz de invertir la tendencia general.

Si bien se puede dilucidar con buena precisión que existen efectos diferenciados de cada uno de los factores sociales y el género para la aparición de

sintomatología depresiva, el análisis descriptivo limita el alcance inferencial de los resultados y la capacidad de reconocer las correlaciones.

4.2. Análisis multivariado. Correlaciones entre factores sociales y sintomatología depresiva

Tal como se ha mencionado en capítulos anteriores sobre la comprobación de la hipótesis en de esta investigación, es necesario recurrir a un análisis multivariado por medio del método de regresión logística binomial con una variable dependiente, en este caso la depresión, y cada una de las cinco dimensiones compuestos de las variables de control y de interés. En ese sentido se realizaron cinco regresiones con modelos anidados para verificar la intensidad de la correlación entre la variable dependiente cuando se agregan variables de control.

Para comprobar la validez del análisis se realizó la evaluación de los supuestos de multicolinealidad entre las variables independientes que requiere el análisis por regresión logística; la presencia de multicolinealidad podría inflar la varianza en los coeficientes de la regresión y, por lo tanto, reducir la precisión de las estimaciones de probabilidad.

Se considera que un valor del VIF (*Variance Inflation Factor*) por encima de 5-10 indica una multicolinealidad considerable (O'brien, 2007). Para las variables independientes, el valor medio del VIF es de 1.24, lo que sugiere que no existe multicolinealidad suficiente para que la capacidad de predicción de los modelos de regresión se vea reducida. Asimismo, los valores individuales del VIF para cada variable son notablemente bajos, oscilando entre 1.01 para actividad física moderada y 1.78 para el nivel socioeconómico distribuido en deciles (Ver Cuadro 21 en Anexo IV).

Para establecer la bondad de ajuste de los modelos, se observó el estadístico de similitud (log-likelihood) con una distribución de chi cuadrada en los modelos anidados (LR chi²); es decir, se comprobó si el modelo ampliado, aquél con todas

las variables de interés y control, ajustaba mejor que el restringido, únicamente aquel con las variables de factores socioeconómicos (Ver Cuadro 22 en Anexo IV). Sin embargo, lo que se buscaba observar era los efectos persistentes de las variables socioeconómicas y de género entre el modelo restringido y la adición de cada modelo con variables independientes y de control. En ese sentido, se obtuvieron los siguientes coeficientes:

Cuadro 9. Razón de momios de depresión moderada o severa para las cinco dimensiones sociales

	Modelo 1. Factores socioeconómicos	Modelo 2. Características demográficas	Modelo 3. Redes de apoyo	Modelo 4. Eventos negativos	Modelo 5. Determinantes directos
<i>NSE D1 (categoría de referencia)</i>	1	1	1	1	1
NSE D2	1.40*	1.38*	1.35	1.33	1.33
NSE D3	1.21	1.13	1.11	1.1	1.05
NSE D4	1.23	1.19	1.18	1.23	1.19
NSE D5	1.3	1.23	1.21	1.26	1.22
NSE D6	1.51**	1.43*	1.41*	1.46*	1.39
NSE D7	1.39*	1.33	1.31	1.33	1.29
NSE D8	1.28	1.21	1.22	1.3	1.26
NSE D9	1.3	1.25	1.26	1.34	1.27
NSE D10	1.44*	1.47*	1.51*	1.75**	1.63*
Primaria incompleta	0.89	1.26	1.21	1.06	1
Primaria completa	1.05	1.3	1.24	1.14	1.07
Secundaria incompleta	0.98	1.36	1.33	1.2	1.17
Secundaria completa	1.1	1.40**	1.38**	1.32*	1.28
Bachillerato incompleto	1.17	1.29*	1.28*	1.24	1.21

<i>Bachillerato completo (categoría de referencia)</i>	1	1	1	1	1
Licenciatura incompleta	0.88	0.89	0.89	0.87	0.83
<i>No asiste a la escuela y no tiene trabajo (categoría de referencia)</i>	1	1	1	1	1
No asiste a la escuela pero tiene trabajo	0.85	1	1.01	1.01	0.97
Asiste a la escuela y no tiene trabajo	1.09	1.11	1.13	1.25*	1.2
Asiste a la escuela y tiene trabajo	1.41**	1.61***	1.59***	1.61***	1.51**
<i>Hombre (categoría de referencia)</i>		1	1	1	1
Mujer		2.18***	2.18***	2.30***	2.26***
15 años		0.79	0.82	1	1.04
16 años		0.9	0.91	1.01	1.05
17 años		1.08	1.09	1.19	1.21
18 años		1.07	1.07	1.13	1.09
<i>19 años (categoría de referencia)</i>		1	1	1	1
<i>Soltero (categoría de referencia)</i>		1	1	1	1
Unido		0.56***	0.55***	0.45***	0.51***
Separado		1.39	1.43	1.04	1.11
<i>Habla español (categoría de referencia)</i>		1	1	1	1
Habla una lengua indígena		0.83	0.86	0.93	0.94

<i>Localidad urbana (categoría de referencia)</i>	1	1	1	1
Localidad rural	0.85*	0.87	0.93	0.92
<i>Norte (categoría de referencia)</i>	1	1	1	1
Centro	1.26**	1.29**	1.32**	1.33**
Ciudad de México	1.12	1.12	1.03	1.05
Sur	1.28**	1.27**	1.29**	1.31**
<i>Hogar sin presencia de niños menores de 6 años (categoría de referencia)</i>		1	1	1
Hogar con presencia de niños menores de 6 años		0.98	0.94	0.94
<i>Hogar sin presencia 65 años (categoría de referencia)</i>		1	1	1
Hogar con presencia 65 años		0.96	1.01	1
<i>Hogar sin personas c/ disca (categoría de referencia)</i>		1	1	1
Hogar con personas c/ disca		1.25***	1.17*	1.16*
No vive con padres		1.22	1.07	1.05
Monoparental materna		1.24**	1.13	1.1
Monoparental paterna		1.70***	1.58**	1.59**
<i>Familia biparental (categoría de referencia)</i>		1	1	1
<i>No vive solo (categoría de referencia)</i>		1	1	1
Vive solo		1.07	1.14	1.19

<i>No ha sufrido accidentes (categoría de referencia)</i>	1	1
Ha sufrido accidentes	1.43**	1.37*
<i>No ha vivido violencia (categoría de referencia)</i>	1	1
Ha vivido violencia	2.21***	2.08***
<i>No ha vivido abuso sexual (categoría de referencia)</i>	1	1
Ha vivido abuso sexual	3.72***	3.36***
<i>No tiene vida sexual (categoría de referencia)</i>	1	1
Vida sexual antes de los 14	1.86***	1.62***
Vida sexual después de los 14	1.43***	1.33**
<i>Actividad física x sem 0 (categoría de referencia)</i>		1
Actividad física x sem 1		1.16
Actividad física x sem 2		1.09
Actividad física x sem 3		1.32*
Actividad física x sem 4		1.21
Actividad física x sem 5		1.02
Actividad física x sem 6		1.29
Actividad física x sem 7		1.31**
Inseguridad alimentaria		1.36**

<i>No consume sustancias (categoría de referencia)</i>					1
Consume tabaco					1.30*
Consume alcohol					1.42**
<i>No trastornos alimenticios (categoría de referencia)</i>					1
Trastornos alimenticios					4.60***
Número de observaciones	8690	8690	8690	8690	8690
Pseudo R-cuadrada	0.006	0.031	0.035	0.066	0.090
Casos correctamente clasificados	85.63%	85.63%	85.63%	85.81%	86.01%

Coeficientes exponenciados * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

En contraste con lo observado en el apartado descriptivo de este capítulo, es notable que algunas de las variables en el modelo de regresión no tienen el efecto esperado sobre la depresión. En el modelo 1, que engloba a los factores socioeconómicos, no se observan efectos significativos en el nivel educativo asimilado como logro escolar cuando se controla por el resto de las variables del modelo 1; cuando se agregan variables del modelo 2 y 3, la categoría educativa del nivel secundaria adquiere significancia y la pierde cuando se agregan efectos negativos (modelo 4) y determinantes directos (modelo 5).

Por otro lado, el estrato socioeconómico, dividido en deciles, muestra un incremento en la razón de momios en todos los modelos analizados. No obstante, esta significancia se atenúa en los deciles 10 y 6 cuando se incorporan determinantes directos, en comparación con la categoría de referencia. Es notable también identificar los efectos de la sobreocupación, es decir, tener trabajo y asistir a la escuela, pues se observa que incrementa la razón de momios de padecer depresión al menos 41% frente a aquellos adolescentes que no estudian ni trabajan (categoría de referencia) y estos efectos se mantienen significativos cuando se agregan las variables de las demás dimensiones.

En el Modelo 2, que se centra en las características demográficas, se destaca que la condición de ser mujer eleva la razón de momios de sufrir depresión en un mínimo del 118% en comparación con los hombres. Este efecto mantuvo su significancia estadística en todos los modelos analizados y se alinea coherentemente con las observaciones del análisis descriptivo previo. En relación con la variable edad, no se detectaron efectos estadísticamente significativos en ninguna de las categorías evaluadas.

En lo que respecta al estado civil, estar en algún tipo de unión disminuye la razón de momios en al menos un 44% en comparación con estar soltero. Este efecto se mantiene significativo en todos los modelos, lo cual contrasta con las observaciones del análisis descriptivo, donde se señala una mayor prevalencia de depresión en adolescentes que han experimentado algún tipo de separación. La

etnicidad (hablar una lengua indígena) no representó un nivel estadístico significativo en ninguno de los casos, así como el tipo de localidad. En caso de la región del país, vivir en el centro y sur del país incrementó la razón de momios en 26% y 28% respectivamente frente a vivir en el norte, dichos efectos mantuvieron su significancia en todos los modelos.

En el caso del modelo 3, se observa que, de las variables de cuidado doméstico, solo la presencia de personas con discapacidad en el hogar incrementó la razón de momios en 25% y mantuvo significancia estadística en el resto de los modelos. El tipo de familia mostró tener un efecto en la sintomatología depresiva, de tal manera que la conformación monoparental con el padre incrementó los momios en 70% respecto a la categoría de referencia (vivir con ambos padres), la significancia se mantuvo en los siguientes modelos y es consistente con lo observado en el apartado descriptivo de este capítulo, en el que se observa una diferencia de 5 puntos porcentuales en la prevalencia de sintomatología depresiva cuando la familia solo está compuesta por el padre.

Para los eventos negativos de la vida, es notorio que todas las variables presentaron efectos significativos en la sintomatología depresiva, principalmente haber vivido violencia física con un incremento de los momios de 121% frente a no haberla sufrido, o abuso sexual con 272% de incremento en la razón de momios. En el caso de la edad de inicio de la vida sexual, se observa que haberla iniciado antes de los 14 años tiene un efecto multiplicativo de la razón de momios de 86%, mientras que haberla iniciado después de los 14 los incrementa 43% frente a no haber iniciado la vida sexual. Cuando se agregan las variables correspondientes al modelo 5, es notable que se pierden algunos efectos, sin embargo, la significancia se mantiene (valor $p < 0.001$).

Al agregar las variables de control, o los determinantes directos de la depresión, en el modelo 5 o ampliado, es notable que todas las variables incrementan la razón de momios de padecer depresión, siendo padecer algún

trastorno alimenticio la variable con mayor efecto con un aumento de 360% con respecto a no padecer algún trastorno alimenticio, y con una significancia con valor p menor a 0.001.

Enfocando el análisis en las variables de interés de este trabajo de investigación, en el modelo ampliado con todas las variables descritas, casi todos los deciles nivel socioeconómico pierden efectos sobre la sintomatología depresiva con excepción del decil 10, es decir, el nivel más alto de la distribución. Sin embargo, la variable de ocupación mantiene su efecto con un incremento de la razón de momios de 51% en la categoría de estudia y trabaja frente a la categoría de referencia. Es menester señalar que los efectos del nivel socioeconómico se ven reducidos a medida que se agregan variables de control, pero las características de la distribución también están mediadas por otras circunstancias como la sobreocupación, especialmente cuando se trata de adolescentes. En cuanto al género, ser mujer mantuvo sus efectos y su significancia en todos los modelos, por lo que se comprueba la hipótesis de que el género es un factor multidimensional en la salud mental.

4.2.1. Probabilidades estimadas de sintomatología depresiva

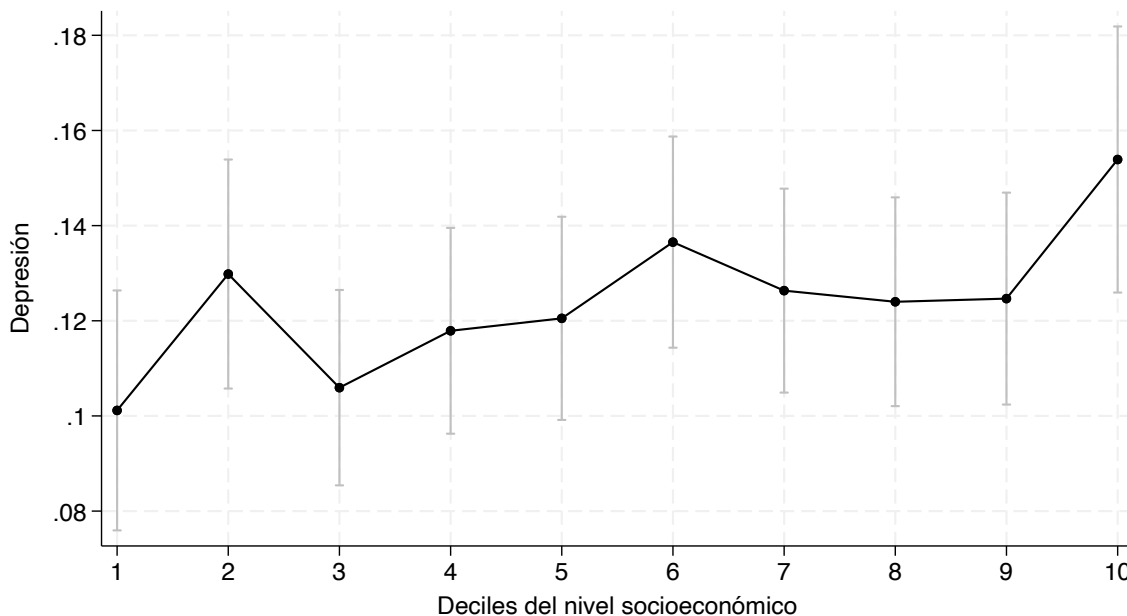
Como paso complementario en el análisis, se procedió a calcular las probabilidades estimadas de manifestar sintomatología depresiva controlando por los valores medios de las variables de control y destacando los efectos marginales de las variables de interés.

4.2.1.1. Nivel socioeconómico en deciles

Al examinar los efectos marginales de los deciles del nivel socioeconómico en relación con la depresión, se constata una variabilidad en las probabilidades de manifestar depresión cuando se mantienen constantes las demás variables en sus valores medios. En el primer decil, la probabilidad es de 0.101 y experimenta fluctuaciones a lo largo de los deciles subsiguientes. Específicamente, se observa

un aumento hasta 0.136 en el sexto decil, seguido de una disminución que se prolonga hasta el noveno decil, para finalmente ascender a 0.154 en el decil más elevado.

Gráfico 16. Probabilidades ajustadas por decil del nivel socioeconómico



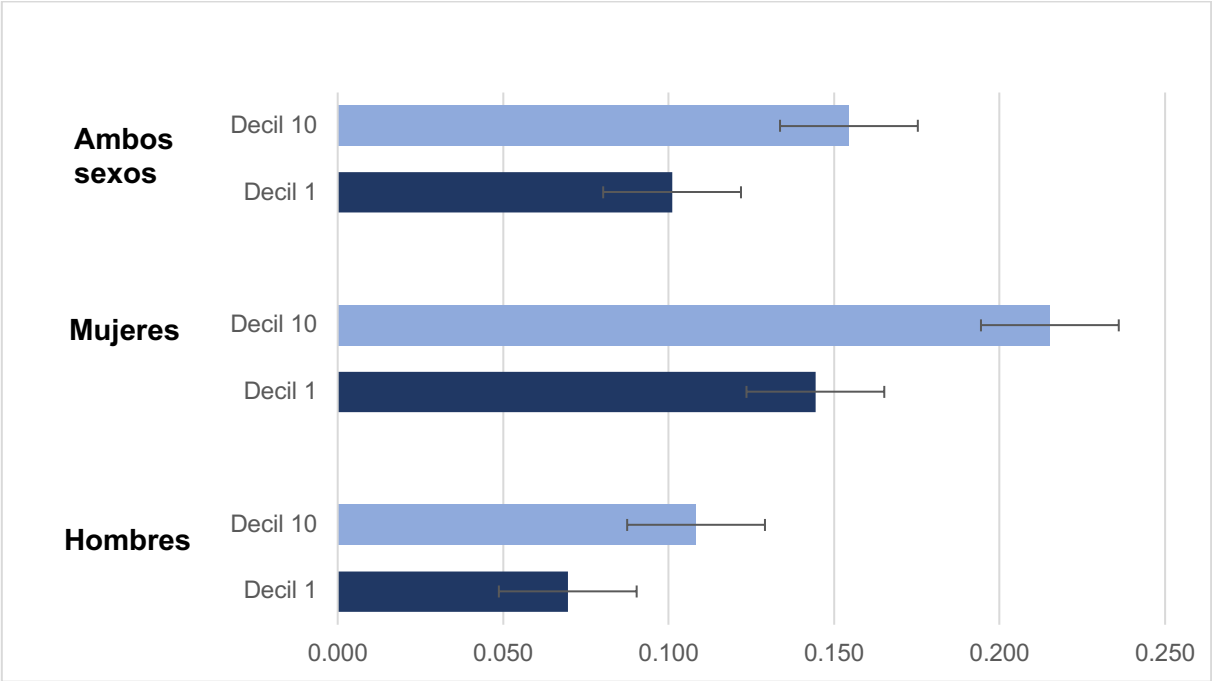
Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5

De manera consistente a lo señalado en los capítulos previos, los efectos del nivel socioeconómico sobre la sintomatología depresiva en la adolescencia no se expresan de manera lineal, sino que se manifiestan en distintas proporciones a lo largo de la distribución. Dada la asociación del estatus socioeconómico con el resto de las variables de control, se puede inferir que la estratificación social interviene en el nivel de exposición a determinados eventos de la vida y categorías sociales que, a su vez, intervienen en la salud mental.

En ese orden de ideas, calculando los efectos por nivel socioeconómico y sexo y contrastando los extremos de la distribución, es notable que la probabilidad ajustada de desarrollar sintomatología depresiva para ambos géneros es de 0.101

con un intervalo de confianza entre 0.0768 a 0.1262 en el decil socioeconómico más bajo. Mientras que, manteniendo es los valores medios, para el decil socioeconómico más alto (10), la probabilidad ajustada de desarrollar sintomatología depresiva para ambos géneros es de aproximadamente 0.154, con un intervalo de confianza del 95% con valores de 0.1264 a 0.1835 (Ver Cuadro 23 en Anexo V).

Gráfico 17. Probabilidades estimadas de sintomatología depresiva por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5

Diferenciando por sexo, los efectos marginales del nivel socioeconómico se muestran diferenciados de tal manera que las mujeres en el decil socioeconómico más bajo tienen una probabilidad ajustada de aproximadamente 0.144 de desarrollar sintomatología depresiva, mientras que aquellas en el decil socioeconómico más alto tienen una probabilidad ajustada de aproximadamente

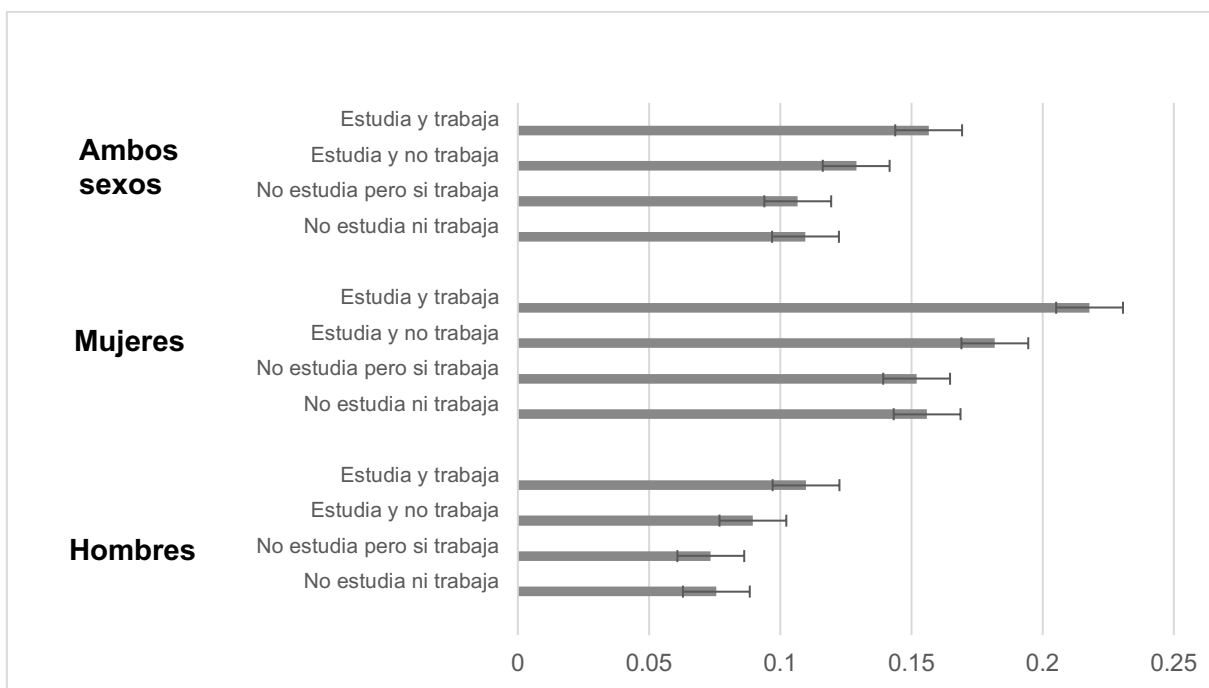
0.215 de desarrollar sintomatología depresiva. En el caso de los hombres, los efectos marginales no son diferentes entre si dado el intervalo de confianza.

En ese sentido, se puede entrever que los efectos del nivel socioeconómico son mayores en mujeres, mientras que en los varones no se identificaron efectos estadísticamente distintos.

4.2.1.2. Ocupación

Diferenciando por la ocupación, es decir, por si el o la adolescente se encuentra trabajando o estudiando, se observan efectos similares a los del nivel socioeconómico estratificado; las probabilidades ajustadas entre aquellos que estudian y trabajan son de 0.157, mientras que para aquellos que no estudian ni trabajan se posicionan en 0.110. No se observan efectos marginales estadísticamente distintos para las otras categorías dados los intervalos de confianza.

Gráfico 18. Probabilidades estimadas de sintomatología depresiva por ocupación



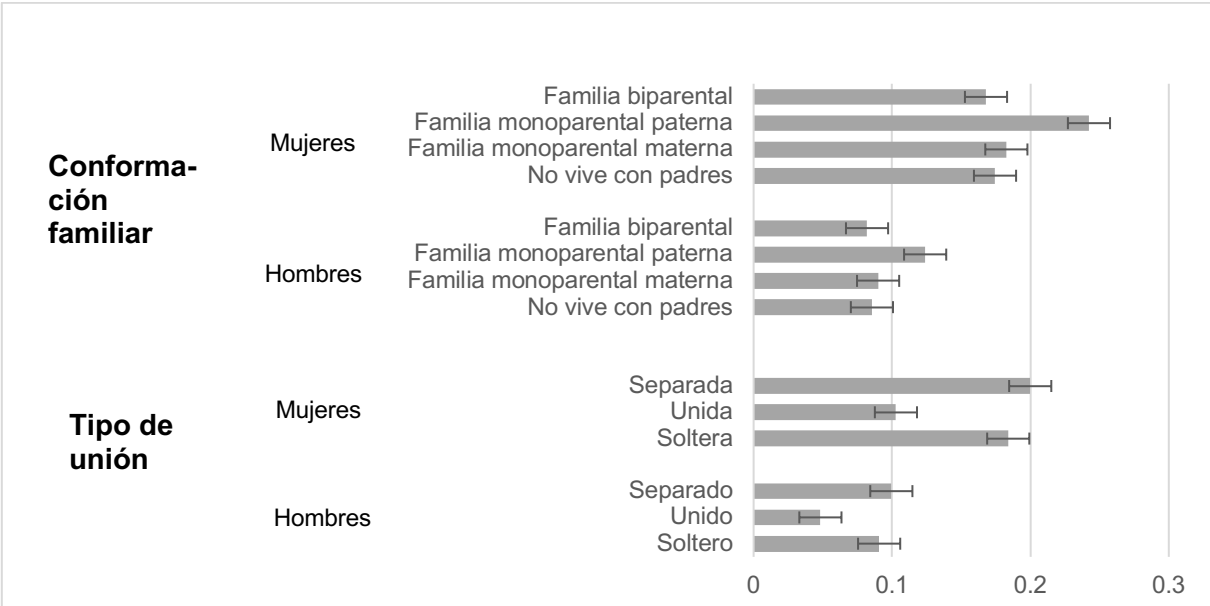
Fuente: Elaboración propia a partir a partir del modelo 5

Cuando se observan las diferencias por sexo, las probabilidades de sintomatología depresiva son mayores en la sobreocupación con un 0.218, mientras que estas son menores cuando únicamente se encuentran empleadas con un 0.152, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

4.2.1.3. Unión y composición familiar

Observando los efectos marginales de las categorías de la conformación familiar y tipo de unión, se identifica que las mujeres presentan una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva cuando forman parte de una familia conformada únicamente por el padre frente al resto de las categorías. En el mismo sentido, los varones presentan una mayor probabilidad cuando viven en una familia conformada por el padre frente al resto. En cuanto al tipo de unión, estar en algún tipo de unión civil reduce las probabilidades de padecer depresión en ambos sexos.

Gráfico 19. Probabilidades estimadas de sintomatología depresiva por familia



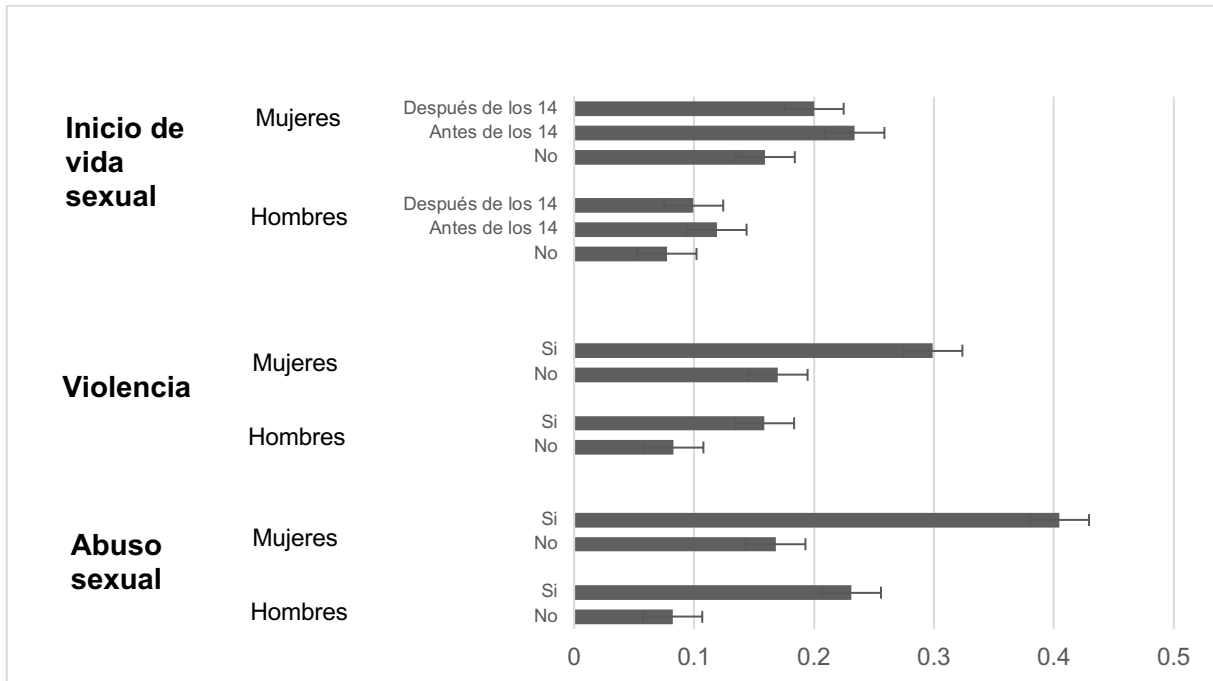
Fuente: Elaboración propia a partir a partir del modelo 5

Sin embargo, si se contrastan los riesgos relativos entre las categorías, se observa que, en la comparación entre individuos en unión y solteros, el riesgo relativo para los hombres es de 1.880, mientras que para las mujeres es de 1.789. Al comparar la categoría de unión con la de separados, los hombres presentan un riesgo relativo más elevado de 2.062, en contraposición a las mujeres, cuyo riesgo relativo es de 1.944. En lo que respecta a la estructura familiar, específicamente al comparar a aquellos que viven solo con el padre frente a los que viven con ambos padres, los hombres muestran un riesgo relativo de 1.512, mientras que las mujeres presentan un valor de 1.443.

4.2.1.4. Eventos negativos de la vida

En el cálculo de los efectos marginales por eventos negativos de la vida, se calcularon las probabilidades por sexo, de tal manera que se permiten ver las diferencias absolutas y relativas por categoría y sexo. Como se había previsto en el apartado descriptivo de este capítulo, las mujeres adolescentes tienen mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva cuando han sufrido de algún tipo de violencia, con un 0.299, y cuando han sido víctimas de abuso sexual, con un 0.404. En el caso de los varones, estas probabilidades se mantienen en el mismo sentido pero con un menor rango de probabilidad con unos efectos marginales de 0.158 en caso de violencia y 0.231 en caso de abuso sexual (Ver Cuadro 26 en Anexo V).

Gráfico 20. Probabilidades estimadas de sintomatología depresiva por eventos negativos de la vida y sexo



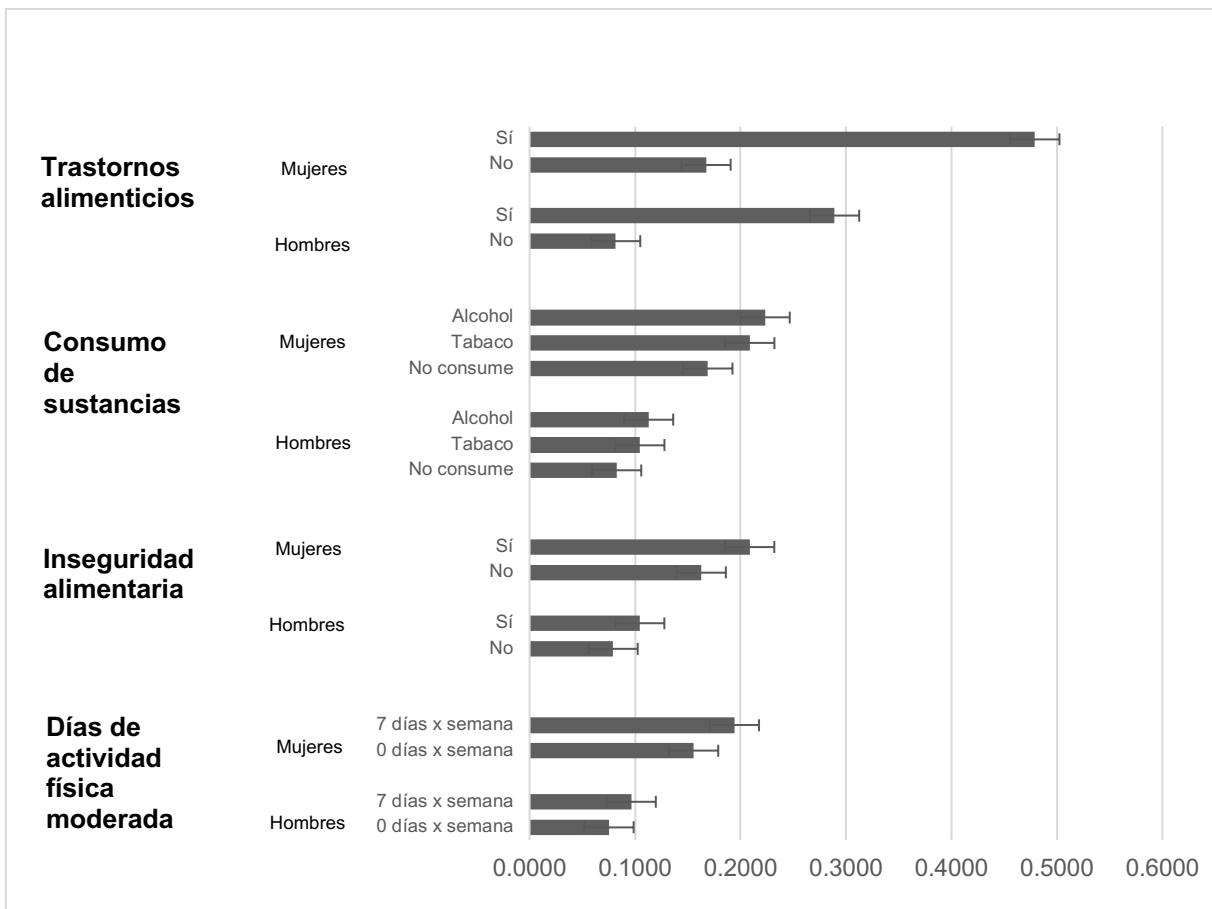
Fuente: Elaboración propia a partir a partir del modelo 5

Aunque se puede inferir que las mujeres adolescentes tienen una mayor probabilidad de padecer depresión que los hombres cuando son víctimas de estos eventos negativos de la vida, cuando se contrastan los efectos marginales en términos relativos, se encuentra que los varones tienen 2.82 mayores riesgos de desarrollar depresión cuando han sido víctimas de abuso sexual frente aquellos que no; mientras que en el caso de las mujeres, estos riesgos relativos son de 2.41. Esta tendencia se mantiene para el caso de haber vivido algún tipo de violencia, siendo los riesgos relativos de 1.91 en el caso de los varones frente aquellos que no, y de 1.76 en el caso de las mujeres frente aquellas que no.

4.2.1.5. Determinantes directos de la depresión

Analizando los efectos de las variables de la dimensión de los determinantes directos de la depresión, se identifican las mismas tendencias que en las previas estimaciones. Las mujeres adolescentes muestran una mayor probabilidad de desarrollar depresión que los varones, siendo estas de 0.479 cuando hay algún trastorno alimenticio en mujeres frente a 0.289 en varones. Además, se puede resaltar que en tanto a la inseguridad alimentaria incrementa las probabilidades en 0.208 en las mujeres, mientras que en los hombres incrementa en 0.104.

Gráfico 21. Probabilidades estimadas de sintomatología depresiva por determinantes directos y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir a partir del modelo 5

No obstante, al igual que en el caso de los eventos negativos de la vida, cuando se contrastan los riesgos relativos, se identifican riesgos relativos de 3.542 entre varones que padecen de algún trastorno alimenticio frente aquellos que no registraron algún tipo de trastorno; mientras que el riesgo relativo en las mujeres se sitúa en 2.863 frente a aquellas que no padecen algún trastorno alimenticio. En el resto de las variables, las diferencias en los riesgos relativos entre hombres y mujeres son menos pronunciadas. Por ejemplo, en el caso del consumo de alcohol, los hombres presentan un riesgo relativo de 1.367, mientras que en las mujeres este valor es de 1.321. En cuanto a la inseguridad alimentaria, el riesgo relativo para los hombres es de 1.319 y para las mujeres de 1.282. En relación con la actividad física moderada, los hombres muestran un riesgo relativo de 1.279, en comparación con 1.249 en las mujeres. En el resto de las variables de control no se encontraron disparidades importantes relacionadas con el género o con el nivel socioeconómico.

En síntesis, estos hallazgos evidencian una compleja interacción entre las variables socioeconómicas y personales en la determinación de las probabilidades de desarrollar sintomatología depresiva. Contrario a la noción lineal, los efectos del nivel socioeconómico sobre la depresión muestran un patrón de fluctuación a través de los deciles. En lo referente a la composición y tipo de unión familiar, se ha demostrado que las estructuras familiares específicas pueden contribuir a un aumento en la probabilidad de experimentar síntomas depresivos, siendo especialmente notable en el caso de familias uniparentales conformadas solo por el padre.

Este capítulo ha revelado diferencias de género significativas, especialmente en lo relacionado con eventos negativos de la vida y determinantes directos como trastornos alimenticios. Si bien las mujeres muestran una mayor propensión a experimentar sintomatología depresiva, los riesgos relativos en los hombres pueden ser considerablemente más elevados para ciertas condiciones adversas, sugiriendo que los impactos de estos eventos son intensamente sentidos por ambos géneros pero de maneras distintas.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación permite identificar no solo las dinámicas sociales a las que están expuestas las y los adolescentes durante su corto curso de vida, sino también la compleja relación entre las distintas dimensiones de la realidad social e individual que se expresan y hacen manifiestas a través de variables de resultado como el ingreso, la riqueza, la educación, la salud, entre otras. Teniendo en cuenta el apartado descriptivo del capítulo 4, es posible reconocer que las y los adolescentes en México no solo están sujetos a características sociales en términos de sus orígenes que devienen en inequidades, sino que estas mismas determinan en mayor o menor medida su exposición a eventos de la vida que influyen en la transición a la vida adulta y pueden afectar su movilidad social.

En términos absolutos, la población adolescente en México hacia 2018 no solo registró una prevalencia de depresión moderada y severa de poco más del 13%, sino que es alarmante que cerca del 4.8% de toda la muestra había sido víctima de algún tipo de violencia física, el 3.8% de algún tipo de abuso sexual y el 3.5% dio señales de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria. También alrededor del 18% a la muestra ya se encontraba dentro del mercado laboral y 9.7% trabajaba y estudiaba al mismo tiempo. Durante la exploración de los datos, se encontró una asociación directa entre estos estresores y el desarrollo de la sintomatología depresiva en cuyo núcleo existen factores sociales que incrementan la exposición a dichos riesgos como el nivel socioeconómico del hogar y el sexo.

Tal como lo sugiere la literatura, la adolescencia es una etapa de la vida en la que se expresan con mayor intensidad algunos de los determinantes sociales de la salud como la fecundidad, el inicio de la vida sexual, la primera unión y el consumo de sustancias; se trata de un momento de la vida en el que el grado de dependencia al origen social comienza a determinar la trayectoria escolar, laboral y de reproducción social. En ese sentido, es posible afirmar que todas estas inequidades sociales se evidencian y manifiestan en el cuerpo, siendo estas dimensiones observables y medibles por sus resultados diferenciados.

Circunstancias de la vida como el sexo asignado al nacer y la socialización subsecuente a ello no solo influyen en los destinos de los individuos, sino que influyen en cómo vivencian y resignifican los eventos de la vida como el inicio de la vida sexual. Esto, como se ha evidenciado, tiene un efecto diferente en varones, cuya resiliencia a su inicio temprano (antes de los 14 años) es menor frente a la de las mujeres, permitiendo ver una distinción en los roles aprendidos de género sobre la sexualidad.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los resultados del análisis multivariado de esta investigación, abreviando lo expuesto en el apartado teórico y la construcción de las variables, se pueden hacer las distintas afirmaciones:

I. Tal como se apuntó en el capítulo 3, existe una relación compleja de interacción entre las variables de control y las socioeconómicas que no solo está influenciada por las características de origen de las y los adolescentes, sino que esta influye en los eventos de vida que no están en el dominio del azar. Es decir, que aquellos eventos negativos de la vida que tienen un efecto sobre la depresión están influenciados por las características del hogar como el estatus socioeconómico y la violencia, y no son eventos aleatorios.

II. El factor sexo incrementa las probabilidades estimadas de desarrollar sintomatología depresiva en casi todos los casos. No obstante, cuando se distingue su relación con las variables que son consideradas como determinantes directos de la depresión, es posible afirmar que el sexo opera como un factor que incrementa la exposición a estos determinantes. Es decir, que las mujeres adolescentes – ya en el corto periodo de su vida – están más expuestas a experimentar eventos negativos de la vida como abuso sexual, violencia o a padecer trastornos alimenticios que sus contrapartes varones.

III. Dada la estrecha dependencia de los individuos en esta cohorte al origen social y su exposición a eventos de la transición a la adultez, no fue posible identificar una relación directa entre el nivel socioeconómico en conjunción con el sexo para el

desarrollo de depresión moderada o severa; sin embargo, dado el grado de correlación con el resto de las variables con efectos directos, es posible pensar en que el nivel socioeconómico es una dimensión latente cuyos efectos son indirectos.

En ese sentido, las hipótesis centrales que guiaron esta investigación se comprueban con matices. En primer lugar, el nivel socioeconómico se planteó como un índice de activos del hogar que permitiera tener una mirada más afinada de la dimensión material. Esto implicó una serie de retos metodológicos que, si bien dieron como resultado una variable continua, en su operacionalización a modo de estratificación por deciles de la distribución permitió observar efectos diferenciados entre algunas categorías, especialmente el decil 10 – es decir, el nivel más alto – sobre la sintomatología depresiva. Este resultado, como ya se había apuntado en el capítulo 2, parece contraintuitivo respecto a lo que se encuentra en la literatura, misma que sugiere que las carencias materiales suponen una mayor presión sobre la salud mental de los individuos. Esto último es cierto cuando se agregan a la ecuación los demás grupos de edad, pero no en el caso de adolescentes de 15 a 19 años. Por el contrario, la evidencia sugiere que en esta cohorte de adolescentes, a mayor nivel socioeconómico mayores son las probabilidades de desarrollar depresión moderada o severa, aunque estas no son consistentes en toda la distribución (Ver Gráfico 3 y Gráfico 16).

Es posible afirmar que el nivel socioeconómico del hogar no solo se manifiesta a través del índice de activos propuesto, sino que la dinámica escolar y la inserción laboral también comienzan a obtener un rol central en el desenvolvimiento de los adolescentes. No es despreciable notar que el sobreesfuerzo de estudiar y trabajar se expresa en mayores probabilidades de desarrollar depresión y, a su vez, en mantener el nivel socioeconómico del hogar de origen. Sin embargo, aunque no es posible determinar la causalidad de dicho sobreesfuerzo, si se puede pensar que se trata de una correlación perversa debido a que la depresión se ha reportado como una enfermedad *discapacitante* cuando se vuelve crónica (Astudillo, 2017). En un caso hipotético, un adolescente que se

ve forzado a estudiar y trabajar para solventar las necesidades de su hogar y no mantenerse estático (o descender) en la escala de movilidad social se enfrentará a mayores probabilidades de desarrollar depresión, lo cual a su vez podrá representar mayores esfuerzos en el futuro para mantener un nivel de vida suficiente para su bienestar. Teniendo en cuenta que el sistema educativo en México penaliza a aquellos jóvenes que buscan trabajar para sostener sus estudios y en el mismo sentido, los lugares de trabajo no en pocas ocasiones restringen sus vacantes a estudiantes, es esperable encontrar un mayor malestar que se encarna en forma de angustia, estrés y eventualmente un trastorno depresivo, en aquellos que se atreven a sobreesforzarse en búsqueda de destinos sociales menos adversos.

Sobre el sexo, la hipótesis sobre que este influye de manera directa sobre la depresión se comprobó de manera consistente con la literatura revisada. Sin embargo, la extensa revisión de la evidencia y el minucioso análisis de los efectos marginales permitieron identificar efectos diferenciados del sexo en términos absolutos y relativos. De acuerdo con lo anteriormente expuesto, ser mujer es una condición fundamental para experimentar algunas de las variables de control – como el abuso sexual y la violencia – y, por lo tanto, incrementa las probabilidades de desarrollar sintomatología depresiva. No obstante, entre los varones se puede inferir que existe una menor resiliencia a eventos adversos cuando están expuestos a ellos, lo que deriva en mayores riesgos de desarrollar depresión moderada o severa.

Aún con los resultados obtenidos, existen elementos que no fueron posibles abordar integralmente con la fuente de datos. Por ejemplo, una categoría fundamental en los estudios sociológicos sobre las desigualdades y la salud es el capital social y las redes de apoyo; dichos elementos no fueron reconocibles en la ENSANUT ya que se tratan de variables agregadas al hogar y que no fueron contempladas para su análisis integral en el diseño del instrumento. Además, ya que se trata de una encuesta transversal, no es posible seguir en el tiempo a las y los adolescentes diagnosticados con depresión para identificar si este factor influye

en alguna medida para perpetuar las desigualdades sociales y afectar su movilidad social.

Por otro lado, existen limitaciones técnicas y metodológicas para complejizar aún más el nivel de interacción de variables latentes como el nivel socioeconómico debido al extraño efecto del último decil de la distribución, cuya respuesta se puede explorar a través de un mayor – y más avanzado – nivel de análisis que el grado de licenciatura no permite cubrir. Así como de otras categorías como el tratamiento de la depresión y la influencia del entorno a nivel de localidad.

Esta investigación parte de varias premisas sociológicas acerca de la interacción entre estructura y agencia de los individuos; no busca refutar planteamientos psicológicos ni mucho menos terapéuticos acerca de los aspectos orgánicos de los padecimientos mentales como la depresión. En su mayoría, el enfoque metodológico parte de los factores sociales que inciden en la depresión, pero es necesario precisar que existen otros factores ambientales o externos, así como taxativos al individuo que devienen en el desarrollo de este padecimiento.

Lo anterior no implica que los factores sociales no tengan un efecto sobre el bienestar emocional de los individuos, es decir, no todos los eventos negativos de la vida o las desigualdades sociales experimentadas por la población estudiada deben necesariamente expresarse como depresión moderada o severa – o incluso otros trastornos – para ser consideradas como antagonistas del bienestar subjetivo. De hecho, se parte del supuesto que muchas de las variables elegidas fueron encontradas en la literatura como factores clave en el desarrollo de insatisfacción con la vida y otras emociones, así como predictores de otras conductas antisociales (Véase Capítulo 1 y 2). Los hallazgos de esta investigación dicen más sobre las dinámicas sociales atribuidas a estructuras como el género, la división sexual del trabajo o las desigualdades socioeconómicas que sobre la introyección de estos factores.

Aun así, esta investigación permite comprobar – con una base empírica – el acervo teórico y conceptual que los estudios sobre desigualdades sociales, masculinidades y feminismos, teorías del cuerpo y demografía han aportado a la discusión sobre la salud mental y, en cierta medida, en el bienestar individual. Fielmente a una perspectiva sociológica, pero con un genuino interés científico, recalco la importancia del estudio integral de un fenómeno que, en otras circunstancias, se restringiría al campo de la salud.

REFERENCIAS

- Abramo, L., Filmus, D., Barrancos, D., Correa, R., Linera, Á. G., Genro, T., Grynspan, R., Llorenti, S., del Pont, M. M., Monedero, J. C., Morgenfeld, L., Ominami, C. N. C., Rousseff, D., Samper, E., & Taiana, J. (2019). La matriz de la desigualdad en América Latina.: Avances y desafíos de cara al futuro. En D. Filmus & L. Rosso (Eds.), *Las sendas abiertas en América Latina* (pp. 99–136). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rmdr.8>
- Agresti, A. (2007). *An introduction to categorical data analysis* (2a ed.). Wiley-Interscience.
- Ahern, J., & Galea, S. (2006). Social context and depression after a disaster: The role of income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 60(9), 766–770.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5th edition). American Psychiatric Publishing.
- Andrade, C. de J. M., & Fonseca, R. M. G. S. da. (2008). Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 591–595. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000300025>
- Aneshensel, C. S. (2009). Toward Explaining Mental Health Disparities. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(4), 377–394.
- Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The Neighborhood Context of Adolescent Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(4), 293–310. <https://doi.org/10.2307/2137258>

- Astudillo G, C. I. (2017). Depresión como predictor de discapacidad en adultos mayores. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(3), 438–449. <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n3-2017002>
- Bendix, R., & Lipset, S. M. (1966). *Class, status, and power: Social stratification in comparative perspective* (2 ed.). Free, 1966.
- Berger, B. M. (1963). On the Youthfulness of Youth Culture. *Social Research*, 30(3), 319–342.
- Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2010). Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among young US adults. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 52–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.021>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: Orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5–31.
- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: Definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05–07.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297–1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Boudon, R. (1983). *La desigualdad de oportunidades: La movilidad social en las sociedades industriales* (1era ed.). Laia.
- Bourdieu, P. (1990). La “juventud” no es más que una palabra. En *Sociología y cultura* (pp. 163–173). Grijalbo.

- Brown, T. H. (2018). Racial Stratification, Immigration, and Health Inequality: A Life Course-Intersectional Approach. *Social Forces*, 96(4), 1507–1540.
- Bryant, F. B., & Veroff, J. (1984). Dimensions of Subjective Mental Health in American Men and Women. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 116–135. <https://doi.org/10.2307/2136664>
- Capriati, A. J. (2015). Desigualdades y vulnerabilidades en la condición juvenil: El desafío de la inclusión social. *Convergencia*, 22(69), 131–150.
- Cardoso Fernández, S. (2011). *Teoría, sociedad y poder en Talcott Parsons, C. Wright Mills, Jurgen Habermas y Anthony Giddens* [Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Ciencias Sociales, Políticas y de la Comunicación].
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/168/1/doc.pdf>
- CEPAL. (2000). *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/14987-juventud-poblacion-desarrollo-america-latina-caribe>
- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 840–850. <https://doi.org/10.21149/11558>
- Cerezo, L., Mayer, L., & Vommaro, P. (2020). Desigualdades y juventudes en América Latina: Miradas desde los procesos generacionales en torno a la educación y la participación. En L. Mayer, M. I. Domínguez, & M. Lerchundi (Eds.), *Las desigualdades en clave generacional hoy* (pp. 19–44). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1gm01ch.4>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive

disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>

CONEVAL. (2010). *Calidad y espacios en la vivienda* [Gubernamental].
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Calidad-y-espacios-en-la-vivienda.aspx>

Connor-Smith, J. K., & Compas, B. E. (2002). Vulnerability to Social Stress: Coping as a Mediator or Moderator of Sociotropy and Symptoms of Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 39–55.
<https://doi.org/10.1023/A:1013889504101>

Cornwell, B. (2003). The Dynamic Properties of Social Support: Decay, Growth, and Staticity, and Their Effects on Adolescent Depression. *Social Forces*, 81(3), 953–978.

Cosse, I. (2021). *Familias e infancias en la historia contemporánea: Jerarquías sociales, familias e infancias en la historia argentina*. Editorial Universitaria Villa María. <https://es.scribd.com/book/538805640/Familias-e-infancias-en-la-historia-contemporanea-Jerarquias-sociales-familias-e-infancias-en-la-historia-argentina>

De Barbieri, T. (2004). Más de tres décadas de los estudios de género en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 66, 197–214.
<https://doi.org/10.2307/3541450>

de Oliveira, O. (2007). Reflexiones acerca de las desigualdades sociales y el género. *Estudios Sociológicos*, 25(75), 805–812.

Devillanova, C., Raitano, M., & Struffolino, E. (2019). Longitudinal employment trajectories and health in middle life: Insights from linked administrative and survey data. *Demographic Research*, 40, 1375–1412.
<https://doi.org/10.4054/DemRes.2019.40.47>

- Domingues, J. M. (2016). Familia, modernización y teoría sociológica. *Estudios sociológicos*, 34(100), 145–167.
- Domínguez-Amorós, M., & Solís, P. (2021). La desigualdad social en Europa y América Latina. Dimensiones relevantes de la investigación comparativa. *Revista Española de Sociología*, 30(3), Article 3. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.55>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Dressler, W. W. (2010). Social Inequality and Health: A Commentary. *Medical Anthropology Quarterly*, 24(4), 549–554.
- Dupéré, V., Leventhal, T., & Vitaro, F. (2012). Neighborhood Processes, Self-Efficacy, and Adolescent Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(2), 183–198.
- Durkheim, E. (1997). *El suicidio: Emile Durkheim* (Tercera edición). Ediciones Coyoacán.
- Durkheim, E. (2001a). Solidaridad debida a la división del trabajo u orgánica. En *La división social del trabajo* (4ta ed., pp. 88–104). Editorial AKAL.
- Durkheim, E. (2001b). Solidaridad mecánica o por semejanzas. En *La división social del trabajo* (4ta ed., pp. 58–88). Editorial AKAL.
- Engels, F. (1986). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Cartago.
- Escoto Castillo, A. R. (2010). *Precariedad Laboral Juvenil en El Salvador, 2003-2007* [Maestría].
- Escoto Castillo, A. R., & Alcántara, I. (2022). Diferencias en salud por género en México: Una visión desde las condiciones de los hogares y la inserción

laboral. En A. Granados Martínez & B. P. Ramírez López (Eds.), *Inequidades sociales e interseccionalidad en salud: Retos y alternativas* (1a ed.). UNAM.

Flamand, L., Moreno Jaimes, C., & Arriaga Carrasco, R. (2021). *Cáncer y desigualdades sociales en México 2020* (1a ed.). El Colegio de México; Red de Estudios Sobre Desigualdades. <https://desigualdades.colmex.mx/cancer/informe-cancer-desigualdades-2020.pdf>

Franks, P., Gold, M. R., & Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*, 56(12), 2505–2514. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00281-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00281-2)

Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151–164.

Fuentes, C. (2011). Montesquieu: Teoría de la Distribución Social del Poder. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 31(1), 47–61. <https://doi.org/10.4067/S0718-090X2011000100003>

Goldthorpe, J. H. (2016). Social class mobility in modern Britain: Changing structure, constant process. *Journal of the British Academy*, 4, 89–111. <https://doi.org/10.5871/jba/004.089>

González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., Wagner, F. A., González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>

- González-Forteza, C., Wagner Echeagaray, F. A., & Jiménez Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: Análisis bibliométrico. *Salud mental*, 35(1), 13–20.
- Gutiérrez, J. P., Díaz-Acosta, R., & Shiba-Matsumoto, A. R. (2015). Medición simplificada del nivel socioeconómico en encuestas breves: Propuesta a partir de acceso a bienes y servicios. *Salud Pública de México*, 57(4), Article 4. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i4.7572>
- Hawkes, N. (2015). People with depression are more likely to commit violent crime, study concludes. *BMJ: British Medical Journal*, 350. <https://www.jstor.org/stable/26520048>
- Henrich, I. F., Patricia, M., & Salgado, C. (2022). La multidimensionalidad e interseccionalidad de las desigualdades. En *Nudos críticos sobre la desigualdad de género* (pp. 369–388). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/lj.ctv2v88fbr.13>
- Henrion, C. T. (2022). Prólogo. En D. I. Henríquez & J. Noronha (Eds.), *Pandemias, desigualdades y prácticas sociales en salud* (pp. 9–16). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/lj.ctv2v88fnd.3>
- Herrero, J., & Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Mental*, 30(5), 40–46.
- Herse, L. F. H. (2013). Mujeres y graffiti en México: Algunas reflexiones sobre género y juventud. *Debate Feminista*, 48, 63–74.
- Horkheimer, M. (1994). *Dialéctica de la ilustración: Fragmentos filosóficos*. Trotta.
- House, J. S. (2002). Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 125–142. <https://doi.org/10.2307/3090192>

- Islam, M. M. (2019). Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Frontiers in Public Health*, 7, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>
- Izquierdo-Egea, P. (2020). ¿Clases sociales en las sociedades precapitalistas? *Arqueología Iberoamericana*, 46, 111–117. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4159194>
- Koenig, L. R., Blum, R. W., Shervington, D., Green, J., Li, M., Tabana, H., & Moreau, C. (2021). Unequal Gender Norms Are Related to Symptoms of Depression Among Young Adolescents: A Cross-Sectional, Cross-Cultural Study. *Journal of Adolescent Health*, 69(1, Supplement), S47–S55. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.023>
- Kolenikov, S., & Angeles, G. (2004). The Use of Discrete Data in PCA: Theory, Simulations, and Applications to Socioeconomic Indices. *Measure Evaluation*, 59.
- Leeuwen, M. H. D. V. (2009). Social inequality and mobility in history: Introduction. *Continuity and Change*, 24(3), 399–419. <https://doi.org/10.1017/S0268416009990142>
- Mancini, F. (2015). Riesgos sociales en América Latina: Una interpelación al debate sobre desigualdad social. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 60(223), 237–263.
- Mariás, J. (1961). *El método histórico de las generaciones* (3 ed.). Revista de Occidente, 1961.
- Martín Roncero, U., & González-Rábago, Y. (2022). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35, 432–437. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>

- Marx, K. (1978). *El dieciocho brumario de Luis Bonaparte* (Primera edición). Ediciones en lenguas extranjeras.
- Marx, K. (1984). *El manifiesto comunista y otros ensayos*. Sarpe, 1984.
- McLeod, J. D. (2013). Chapter 12. Social Stratification and Inequality. En C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman, *Handbook of the Sociology of Mental Health* (2nd ed. 2013., pp. 215–229). : Springer Netherlands.
- Miech, R. A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic Status and Depression over the Life Course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 162–176. <https://doi.org/10.2307/2676303>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1992). Age and Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(3), 187–205. <https://doi.org/10.2307/2137349>
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175–181. <https://doi.org/10.1590/S0213-91112004000700028>
- Morales, E., Sarduy, Y. B., Hernández, A., & Díaz, O. C. (2020). Identidades en adolescentes y jóvenes de la capital cubana: Explorando el impacto de las desigualdades. En L. Mayer, M. I. Domínguez, & M. Lerchundi (Eds.), *Las desigualdades en clave generacional hoy* (pp. 121–148). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/lj.ctv1gm01ch.8>
- Muntaner, C., Eaton, W. W., & Diala, C. C. (2000). Social inequalities in mental health: A review of concepts and underlying assumptions. *Health*, 4(1), 89–113.
- Muntaner, C., Ng, E., Vanroelen, C., Christ, S., & Eaton, W. W. (2013). Chapter 11. Social Stratification, Social Closure, and Social Class as Determinants of

Mental Health Disparities. En C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman, *Handbook of the Sociology of Mental Health* (2nd ed. 2013., pp. 215–229). : Springer Netherlands.

Muñiz, L., & Verd, J. M. (2021). Theoretical-Methodological Elements for Comparative Analysis of Social Inequalities in Life Courses. En P. López-Roldán & S. Fachelli (Eds.), *Towards a Comparative Analysis of Social Inequalities between Europe and Latin America* (pp. 295–329). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-48442-2_10

O'brien, R. M. (2007). A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors. *Quality & Quantity*, 41(5), 673–690. <https://doi.org/10.1007/s11135-006-9018-6>

OMS. (2021). Salud del adolescente y el joven adulto [Noticias]. *Centro de prensa*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

OMS. (2022, junio 17). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. *Comunicados de prensa*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

OMS. (2023, marzo 31). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Parsons, T. (1942). Age and Sex in the Social Structure of the United States. *American Sociological Review*, 7(5), 604–616. <https://doi.org/10.2307/2085686>

Parsons, T. (1990). Igualdad y desigualdad en la sociedad moderna o revisión de la estratificación social (L. Moya, M. Alfie, & L. Girola, Trads.). *Sociológica*, 5(12), 150

<http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/955>

- Pega, F., Náfrádi, B., Momen, N. C., Ujita, Y., Streicher, K. N., Prüss-Üstün, A. M., Descatha, A., Driscoll, T., Fischer, F. M., Godderis, L., Kiiver, H. M., Li, J., Magnusson Hanson, L. L., Rugulies, R., Sørensen, K., & Woodruff, T. J. (2021). Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000–2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, 106595. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106595>
- Pérez Islas, J. A. (2008). Juventud: Un concepto en disputa. En *Teorías sobre la juventud: Las miradas de los clásicos* (1a ed.). . : M.A. Porrúa : Universidad Nacional Autónoma de México, Seminario Sobre Educación Superior: Consejo Iberoamericano de Investigaciones en Juventud.
- Pérez Sáinz, J. P., & Mora Salas, M. (2006). Exclusión social, desigualdades y excedente laboral: Reflexiones analíticas sobre América Latina. *Revista mexicana de sociología*, 68(3), 431–465.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., Salgado-Burgos, H., Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73–98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Quijada, Y., Villagrán, L., Jiménez, P. V., Reyes, C., Gallardo, L. D., & Furio, V. J. (2019). Social Inequality and Mental Health in Chile, Ecuador, and Colombia. *Latin American Perspectives*, 46(6), 92–108.

- Read, J. G., Porter, J. R., & Gorman, B. K. (2016). Gender and the Mental–Physical Health Connection Among U.S. Adults. *Sociological Forum*, 31(4), 1104–1125.
- Reygadas, L. (2004). Las redes de la desigualdad: Un enfoque multidimensional. *Política y cultura*, 22, 7–25.
- Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2002). Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43(8), 1039–1051. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00231>
- Rodas, H. C. (2017). Colonialidad del poder y biopolítica etnoracial: Virreinato de Nueva Granada en el contexto de las Reformas Borbónicas. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 12, 571–594. <https://doi.org/10.1590/1981.81222017000200017>
- Ryou, I., Cho, Y., Yoon, H.-J., & Park, M. (2019). Gender differences in the effect of self-rated health (SRH) on all-cause mortality and specific causes of mortality among individuals aged 50 years and older. *PLoS ONE*, 14(12), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225732>
- Sacristán, T. O. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(4), 647–674.
- Saenz, R., Goudy, W. J., & Lorenz, F. O. (1989). The Effects of Employment and Marital Relations on Depression among Mexican American Women. *Journal of Marriage and Family*, 51(1), 239–251. <https://doi.org/10.2307/352384>
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Ó., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores

mexicanos. *Salud Pública de México*, 56(3), 279.
<https://doi.org/10.21149/spm.v56i3.7346>

Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, M. M., Franco-Núñez, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública de México*, 55(3), 267–274. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7209>

Saraví, G. A. (2015). Experiencias de la sociedad: Desigualdad y relaciones de clase. En *Juventudes fragmentadas* (1a ed., pp. 225–276). FLACSO-México. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1d10h4j.9>

Selgas, F. J. G. (1994). El “cuerpo” como base del sentido de la acción social. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, 41–83. <https://doi.org/10.2307/40183757>

Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J., & Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Shirata, T., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Noto, K., Goto, K., & Otani, K. (2020). Interrelation Between Increased BDNF Gene Methylation and High Sociotropy, a Personality Vulnerability Factor in Cognitive Model of Depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1257–1263. <https://doi.org/10.2147/NDT.S252177>

- Silva, M. C. (2010). Desigualdad Y Exclusión Social: De Breve Revisitación a Una Síntesis Proteórica. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 9(1), 111–136.
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259–292.
- Solís, P. (2012). Desigualdad social y transición de la escuela al trabajo en la Ciudad de México. *Estudios Sociológicos*, 30(90), 641–680.
- Solís, P. (2018). *Barreras estructurales a la movilidad social intergeneracional en México: Un enfoque multidimensional*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43768-barreras-estructurales-la-movilidad-social-intergeneracional-mexico-un-enfoque>
- Solís, P., Güémez, B., & Lorenzo, V. (2019). Por mi raza hablará la desigualdad. Efectos de las características étnico-raciales en la desigualdad de oportunidades en México. *OXFAM México*.
- Strompolis, M., Tucker, W., Crouch, E., & Radcliff, E. (2019). The intersectionality of adverse childhood experiences, race/ethnicity, and income: Implications for policy. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 47(4), 310–324. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1617387>
- Telles, E. (2014). *Pigmentocracies: Ethnicity, Race, and Color in Latin America*. University of North Carolina Press. https://www.jstor.org/stable/10.5149/9781469617848_telles
- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente* (2da edición). Manantial.
- Uceda-Maza, F. X., & Domínguez Alonso, J. (2017). Vinculación entre la vulnerabilidad y la exclusión social y las trayectorias delictivas. Un estudio de

asociación. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 29–37.
<https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.07.003>

Uddin, M., Jansen, S., & Telzer, E. H. (2017). Adolescent depression linked to socioeconomic status? Molecular approaches for revealing premorbid risk factors. *BioEssays*, 39(3), n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/bies.201600194>

Vega, W. A., Kolody, B., & Valle, J. R. (1987). Migration and Mental Health: An Empirical Test of Depression Risk Factors among Immigrant Mexican Women. *The International Migration Review*, 21(3), 512–530.
<https://doi.org/10.2307/2546608>

Vega, W. A., Kolody, B., & Valle, R. (1988). Marital Strain, Coping, and Depression among Mexican-American Women. *Journal of Marriage and Family*, 50(2), 391–403. <https://doi.org/10.2307/352005>

Verdecia, Y. L. (2017). Apuntes teóricos para el análisis de la desigualdad social en América Latina y su efecto en la juventud. En *Juventud y desigualdades en América Latina y el Caribe* (pp. 207–232). CLACSO.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv253f54c.14>

Villalobos, A., Aguilar-Salinas, C. A., Romero-Martínez, M., & Rojas-Martínez, R. (2020). Perfiles poblacionales asociados con la asistencia a servicios preventivos para tamizaje de diabetes e hipertensión. Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, 62(6), 754–766. <https://doi.org/10.21149/11556>

Villalobos-Hernández, A., Bojórquez-Chapela, I., Hernández-Serrato, M. I., & Unikel-Santoncini, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, 65, s96–s101. <https://doi.org/10.21149/14800>

- Wade, P. (2010). Inequality and Situational Identity: The 1970s. En *Race and Ethnicity in Latin America* (pp. 61–84). Pluto Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt183p73f.9>
- Wallerstein, I. (2007). *Geopolítica y Geocultura. Ensayos sobre el moderno sistema mundial* (1era ed.). Editorial Kairós.
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad* (2da edición). Fondo de Cultura Económica.
- Welti Chanes, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de población*, 11(45), 143–176.
- Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: Salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49, 436–447.
- World Health Organization (Ed.). (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Décima revisión. [10a rev.]). OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Zechmeister, I. (2005). Perspectives of Mental Illness. En *Mental Health Care Financing in the Process of Change* (NED-New edition, pp. 21–32). Peter Lang AG. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv9hj6m1.7>
- Zhao, L., Han, G., Zhao, Y., Jin, Y., Ge, T., Yang, W., Cui, R., Xu, S., & Li, B. (2020). Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Frontiers in Genetics*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgene.2020.562316>

ANEXOS

Anexo descriptivo

Anexo I. Frecuencias absolutas de las variables de interés

Cuadro 10. Descriptivos de las variables categóricas de interés y control.

Variable	Categoría	Porcentaje (%)	n
Depresión	No	85.63	7,453
	Si	14.37	1,251
Deciles de NSE	1	8.66	754
	2	9.73	847
	3	9.95	866
	4	9.94	865
	5	10.06	876
	6	10.37	903
	7	10.58	921
	8	10.29	896
	9	10.67	929
	10	9.73	847
Logro Académico	Primaria incompleta	2	174
	Primaria completa	3.95	344
	Secundaria incompleta	8.02	698
	Secundaria completa	31.53	2,744
	Bachillerato incompleto	34.27	2,983
	Bachillerato completo	15.67	1,364
	Licenciatura incompleta	4.56	397
Ocupación	No asiste a la escuela, no tiene trabajo	17.03	1,482
	No asiste a la escuela, tiene trabajo	18.13	1,578
	Asiste a la escuela, no tiene trabajo	55.11	4,797
	Asiste a la escuela, tiene trabajo	9.73	847
Unión	Soltero	89.87	7,822
	Unido	9.23	803
	Separado	0.91	79
Habla lengua indígena	Habla español	95.86	8,344

	Lengua indígena	4.14	360
Tipo de Localidad	Urbana	72.95	6,350
	Rural	27.05	2,354
Región del País	Norte	22.91	1,994
	Centro	37.87	3,296
	Ciudad de México	3.33	290
	Sur	35.89	3,124
Hogar con Niños menores de 6 años	No	74.52	6,486
	Si	25.48	2,218
Hogar con Adultos Mayores	No	87.07	7,579
	Si	12.93	1,125
Hogar con Personas con Discapacidad	No	43.22	3,762
	Si	56.78	4,942
Tipo de Familia	No vive con padres	15.52	1,351
	Monoparental materna	25.23	2,196
	Monoparental paterna	3.62	315
	Familia biparental	55.63	4,842
Soledad Involuntaria	No	99.41	8,653
	Si	0.59	51
Accidentes	No	94.11	8,191
	Si	5.89	513
Violencia	No	95.23	8,289
	Si	4.77	415
Abuso Sexual	No	96.07	8,362
	Si	3.93	342
Vida Sexual	No	64.01	5,571
	Antes de los 14	6.34	552
	Después de los 14	29.65	2,581
Consumo de Sustancias	No	86.51	7,530
	Tabaco	6.42	559
	Alcohol	7.07	615
Trastornos Alimenticios	No	96.48	8,398
	Si	3.52	306

Fuente: elaboración propia. n=8,704

Cuadro 11. Estadísticos descriptivos para variables continuas

Variable	n	Media	Desv. Est.	Min	Máx
Nivel socioeconómico (sin estandarizar)	8,704	0.01	0.74	-2.41	1.58
Edad	8,704	16.95	1.4	15	19
Días de actividad física x semana ^a	8,694	3.13	2.64	0	7
Índice de inseguridad alimentaria	8,704	0.28	0.32	0	1

Fuente: elaboración propia.

a. El tamaño de la muestra se reduce por valores perdidos

Anexo II. Descriptivos de sintomatología depresiva

Cuadro 12. Sintomatología depresiva. Porcentajes ponderados y absolutos.

Sintomatología depresiva	n	Porcentaje	Porcentaje ponderado	Acumulado
No	7,453	85.63	86.59	85.63
Si	1,251	14.37	13.41	100
Total	8,704	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Cuadro 13. Sintomatología depresiva por sexo. Porcentajes y absolutos.

Sintomatología depresiva	n	Porcentaje	Porcentaje ponderado
<i>Hombres</i>			
No	3,897	89.79	83.26
Si	443	10.21	16.74
Total	4,340	100	100
<i>Mujeres</i>			
No	3,556	81.48	90.01
Si	808	18.52	9.99
Total	4,364	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Anexo III. Descriptivos de factores socioeconómicos

Cuadro 14. Porcentaje de sintomatología depresiva por decil del nivel socioeconómico. Porcentajes ponderados y absolutos.

Decil del nivel socioeconómico	Sintomatología depresiva				n
	No	Si	No Ponderado.	Si Ponderado.	
1	673	81			871
	% 89.26	10.74	91.14	8.86	100
2	723	124			870
	% 85.36	14.64	86.59	13.41	100
3	753	113			871
	% 86.95	13.05	87.77	12.23	100
4	749	116			870
	% 86.59	13.41	86.6	13.4	100
5	752	124			871
	% 85.84	14.16	85.68	14.32	100
6	755	148			870
	% 83.61	16.39	82.81	17.19	100
7	779	142			871
	% 84.58	15.42	86.69	13.31	100
8	765	131			870
	% 85.38	14.62	87.44	12.56	100
9	793	136			884
	% 85.36	14.64	87.84	12.16	100
10	711	136			856
	% 83.94	16.06	85.58	14.42	100
Total	7,453	1,251			8,704
	% 85.63	14.37	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Cuadro 15. Sintomatología depresiva por decil de NSE y sexo. Porcentajes ponderados y absolutos.

Decil del nivel socioeconómico	Hombres					Mujeres				
	Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva				
	No	Si	No Ponderado	Si Ponderado	n	No	Si	No Ponderado	Si Ponderado	n
1	334	34			368	339	47			386
	% 90.76	9.24	93.42	6.58	100	87.82	12.18	88.88	11.12	100
2	386	41			427	337	83			420
	% 90.4	9.6	90.39	9.61	100	80.24	19.76	82.61	17.39	100
3	370	36			406	383	77			460
	% 91.13	8.87	91.31	8.69	100	83.26	16.74	84.8	15.2	100
4	412	38			450	337	78			415
	% 91.56	8.44	90.36	9.64	100	81.2	18.8	82.65	17.35	100
5	384	44			428	368	80			448
	% 89.72	10.28	88.13	11.87	100	82.14	17.86	83.26	16.74	100
6	387	50			437	368	98			466
	% 88.56	11.44	88.48	11.52	100	78.97	21.03	77.34	22.66	100
7	422	53			475	357	89			446
	% 88.84	11.16	89.55	10.45	100	80.04	19.96	81.86	18.14	100
8	399	56			455	366	75			441
	% 87.69	12.31	87.97	12.03	100	82.99	17.01	85.34	14.66	100
9	417	35			452	376	101			477
	% 92.26	7.74	93.44	6.56	100	78.83	21.17	82.96	17.04	100
10	386	56			442	325	80			405
	% 87.33	12.67	87.46	12.54	100	80.25	19.75	83.74	16.26	100
Total	3897	443			4340	3556	808			4364
	% 89.79	10.21	90.01	9.99	100	81.48	18.52	83.26	16.74	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Cuadro 16. Sintomatología depresiva por asistencia escolar y sexo. Porcentajes ponderados y absolutos.

Asistencia escolar	Hombres					Mujeres				
	Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva				
	No	Si	No Ponderado	Si Ponderado	n	No	Si	No Ponderado	Si Ponderado	n
No asiste a la escuela	1,412	146			1,558	1,274	228			1,502
%	90.63	9.37	91.22	8.78	100	84.82	15.18	85.23	14.77	100
Si asiste a la escuela	2,485	297			2,782	2,282	580			2,862
%	89.32	10.68	89.33	10.67	100	79.73	20.27	82.27	17.73	100
Total	3,897	443			4,340	3,556	808			4,364
%	89.79	10.21		9.99	100	81.48	18.52	83.26	16.74	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Cuadro 17. Sintomatología depresiva por inserción laboral y sexo. Porcentajes ponderados y absolutos.

Inserción laboral	Hombres					Mujeres				
	Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva				
	No	Si	No	Si	n	No	Si	No	Si	n
No tiene trabajo	2,432	281			2,713	2,931	635			3,566
%	89.64	10.36	89.25	10.75	100	82.19	17.81	83.94	16.06	100
Tiene trabajo	1,465	162			1,627	625	173			798
%	90.04	9.96	91.29	8.71	100	78.32	21.68	80.1	19.9	100
Total	3,897	443			4,340	3,556	808			4,364
%	89.79	10.21	90.01	9.99	100	81.48	18.52	83.26	16.74	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Cuadro 18. Sintomatología depresiva por ocupación y sexo. Porcentajes ponderados y absolutos.

Ocupación (trabajo x asistencia escolar)	Hombres					Mujeres				
	Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva				
	No	Si	No	Si	n	No	Si	No	Si	n
	Ponderado	Ponderado				Ponderado	Ponderado			
No asiste a la escuela ni trabaja	411	55			466	877	139			1,016
%	88.2	11.8	87.21	12.79	100	86.32	13.68	86.3	13.7	100
No asiste a la escuela pero trabaja	1,001	91			1,092	397	89			486
%	91.67	8.33	92.94	7.06	100	81.69	18.31	83.07	16.93	100
Asiste a la escuela pero no tiene trabajo	2,021	226			2,247	2,054	496			2,550
%	89.94	10.06	89.67	10.33	100	80.55	19.45	83.05	16.95	100
Asiste a la escuela y tiene trabajo	464	71			535	228	84			312
%	86.73	13.27	87.82	12.18	100	73.08	26.92	75.02	24.98	100
Total	3,897	443			4,340	3,556	808			4,364
%	89.79	10.21	90.01	9.99	100	81.48	18.52	83.26	16.74	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Cuadro 19. Sintomatología depresiva por ocupación y sexo. Porcentajes ponderados y absolutos.

Logro académico	Hombres					Mujeres					Ambos sexos				
	Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva				
	No	Si	Ponderado	Ponderado	n	No	Si	Ponderado	Ponderado	n	No	Si	Ponderado	Ponderado	n
Primaria Incompleta	98	7			105	59	10			69	157	17			174
%	93.33	6.67	93.74	6.26	100	85.51	14.49	84.6	15.4	100	90.23	9.77	90.28	9.72	100
Primaria Completa	165	17			182	138	24			162	303	41			344
%	90.66	9.34	89.55	10.45	100	85.19	14.81	83.53	16.47	100	88.08	11.92	86.59	13.41	100
Secundaria incompleta	356	36			392	254	52			306	610	88			698
%	90.82	9.18	91.07	8.93	100	83.01	16.99	84.6	15.4	100	87.39	12.61	88.08	11.92	100
Secundaria Completa	1,247	140			1,387	1107	250			1,357	2354	390			2744
%	89.91	10.09	91.5	8.5	100	81.58	18.42	83.04	16.96	100	85.79	14.21	87.3	12.7	100
Bachillerato Incompleto	1,319	168			1,487	1186	310			1,496	2505	478			2983
%	88.7	11.3	88.44	11.56	100	79.28	20.72	81.78	18.22	100	83.98	16.02	85.14	14.86	100
Bachillerato Completo	545	61			606	635	123			758	1180	184			1364
%	89.93	10.07	88.83	11.17	100	83.77	16.23	85.64	14.36	100	86.51	13.49	87	13	100
Licenciatura incompleta	167	14			181	177	39			216	344	53			397
%	92.27	7.73	91.97	8.03	100	81.94	18.06	83.78	16.22	100	86.65	13.35	87.39	12.61	100
Total	3,897	443			4,340	3556	808			4,364	7453	1,251			8704
%	89.79	10.21	90.01	9.99	100	81.48	18.52	83.26	16.74	100	85.63	14.37	86.59	13.41	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Cuadro 20. Sintomatología depresiva por edad y sexo. Porcentajes ponderados y absolutos.

Edad	Hombres					Mujeres					Ambos sexos				
	Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva					Sintomatología depresiva				
	No	Si	Ponderado	Ponderado	n	No	Si	Ponderado	Ponderado	n	No	Si	Ponderado	Ponderado	n
15 años	839	87			926	729	160			889	1,568	247			1,815
	% 90.6	9.4	90.95	9.05	100	82	18	83.31	16.69	100	86.39	13.61	87.03	12.97	100
16 años	789	70			859	674	177			851	1,463	247			1,710
	% 91.85	8.15	93.13	6.87	100	79.2	20.8	81.31	18.69	100	85.56	14.44	87.23	12.77	100
17 años	819	126			945	715	169			884	1,534	295			1,829
	% 86.67	13.33	86.65	13.35	100	80.88	19.12	83.25	16.75	100	83.87	16.13	85.04	14.96	100
18 años	758	93			851	747	165			912	1,505	258			1,763
	% 89.07	10.93	88.62	11.38	100	81.91	18.09	84.1	15.9	100	85.37	14.63	86.25	13.75	100
19 años	692	67			759	691	137			828	1,383	204			1,587
	% 91.17	8.83	91.22	8.78	100	83.45	16.55	84.33	15.67	100	87.15	12.85	87.62	12.38	100
Total	3,897	443			4,340	3,556	808			4,364	7,453	1,251			8,704
	% 89.79	10.21	90.01	9.99	100	81.48	18.52	83.26	16.74	100	85.63	14.37	86.59	13.41	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018.

Anexo inferencial

Anexo IV. Bondad de ajuste del modelo

Cuadro 21. Prueba de multicolinealidad para variables de control

Variable	VIF	SQRT VIF	Tolerancia	R cuadrada
Depresión	1.09	1.04	0.9187	0.0813
Deciles de NSE	1.78	1.33	0.563	0.437
Logro académico	1.73	1.31	0.5791	0.4209
Ocupación	1.43	1.2	0.6976	0.3024
Sexo	1.18	1.09	0.8475	0.1525
Edad	1.74	1.32	0.5749	0.4251
Unión	1.57	1.25	0.6349	0.3651
Habla lengua indígena	1.1	1.05	0.906	0.094
Tipo de localidad	1.22	1.1	0.8219	0.1781
Región del país	1.13	1.07	0.8815	0.1185
Presencia de niños <6 años	1.14	1.07	0.8773	0.1227
Presencia de adultos >65 años	1.11	1.05	0.9027	0.0973
Presencia de personas c/discapacidad	1.1	1.05	0.9089	0.0911
Tipo de familia	1.24	1.11	0.8078	0.1922
Soledad involuntaria	1.04	1.02	0.9621	0.0379
Accidente	1.02	1.01	0.9792	0.0208
Violencia	1.04	1.02	0.9575	0.0425
Abuso sexual	1.06	1.03	0.9464	0.0536
Inicio de vida sexual	1.49	1.22	0.6715	0.3285
Días de actividad física	1.01	1	0.9903	0.0097
Inseguridad alimentaria	1.21	1.1	0.8275	0.1725
Consumo de sustancias	1.15	1.07	0.8665	0.1335
Trastornos alimenticios	1.05	1.02	0.953	0.047
Media de VIF		1.24		

Cuadro 22. Valores de post-estimación para modelo 1 y modelo 5

	Modelo ampliado (m5)	Modelo restringido (m1)	Diferencia
Log-likelihood			
Modelo	-3254.864	-3556.069	301.204
Intercepto	-3577.45	-3577.45	0
Chi cuadrada			
D(df=8636/8671/-35)	6509.729	7112.138	-602.409
LR(df=53/18/35)	645.171	42.763	602.409
p-valor	0	0.001	0
R2			
McFadden	0.09	0.006	0.084
McFadden(ajustado)	0.075	0.001	0.074
IC			
AIC	6617.729	7150.138	-532.409
AIC dividido por N	0.762	0.823	-0.061
BIC(df=54/19/35)	6999.505	7284.466	-284.961

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT, 2018

Anexo V. Probabilidades estimadas

Cuadro 23. Efectos marginales por decil del nivel socioeconómico

	Probabilidad ajustada	Error estándar	Intervalo de confianza	
Decil 1	0.1011587	0.0128667	0.0759405	0.1263769
Decil 2	0.1298249	0.012279	0.1057586	0.1538913
Decil 3	0.1059424	0.0104771	0.0854076	0.1264772
Decil 4	0.1178932	0.0110355	0.096264	0.1395225
Decil 5	0.1205116	0.0108944	0.099159	0.1418642
Decil 6	0.1365329	0.0113229	0.1143404	0.1587254
Decil 7	0.126341	0.0109354	0.1049081	0.147774
Decil 8	0.1239967	0.0111928	0.1020593	0.1459341
Decil 9	0.1246628	0.011363	0.1023916	0.146934
Decil 10	0.153899	0.0142665	0.1259372	0.1818607

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5

Cuadro 24. Efectos marginales por extremos del decil de nivel socioeconómico y sexo

	Probabilidad ajustada	Error estándar	Intervalo de confianza	
Hombres				
Decil 1	0.0695118	0.0096374	0.0506228	0.0884008
Decil 10	0.1082804	0.0113103	0.0861126	0.1304482
Mujeres				
Decil 1	0.1443324	0.0177091	0.1096232	0.1790417
Decil 10	0.2151802	0.0192476	0.1774556	0.2529049
Ambos sexos				
Decil 1	0.1010357	0.0128565	0.0758374	0.126234
Decil 10	0.1544673	0.0143141	0.1264121	0.1825225

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5

Cuadro 25. Efectos marginales por tipo de unión, conformación del hogar y sexo

			Probabilidad ajustada	Error estándar	Intervalo de confianza	
Tipo de unión	Hombres	Soltero	0.091	0.005	0.082	0.100
		Unido	0.048	0.008	0.033	0.064
		Separado	0.100	0.027	0.046	0.153
	Mujeres	Soltera	0.184	0.007	0.170	0.198
		Unida	0.103	0.014	0.074	0.131
		Separada	0.200	0.047	0.108	0.292
Conformación familiar	Hombres	No vive con padres	0.085	0.009	0.068	0.103
		Familia monoparental materna	0.090	0.007	0.077	0.103
		Familia monoparental paterna	0.124	0.017	0.091	0.157
		Familia biparental	0.082	0.005	0.072	0.091
	Mujeres	No vive con padres	0.174	0.015	0.145	0.204
		Familia monoparental materna	0.183	0.010	0.162	0.203
		Familia monoparental paterna	0.242	0.029	0.186	0.298
		Familia biparental	0.168	0.008	0.153	0.183

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5

Cuadro 26. Efectos marginales por ocupación y sexo

	Probabilidad ajustada	error estándar	Intervalo de confianza	
Hombres				
No estudia ni trabaja	0.0756558	0.0074281	0.061097	0.0902146
No estudia pero si trabaja	0.0735401	0.0068778	0.0600598	0.0870205
Estudia y no trabaja	0.0895874	0.0056409	0.0785314	0.1006434
Estudia y trabaja	0.1098368	0.010208	0.0898294	0.1298441
Mujeres				
No estudia ni trabaja	0.155981	0.0125427	0.1313977	0.1805642
No estudia pero si trabaja	0.1519885	0.0131345	0.1262454	0.1777316
Estudia y no trabaja	0.181795	0.0082699	0.1655863	0.1980037
Estudia y trabaja	0.2178977	0.0176023	0.1833978	0.2523976
Ambos sexos				
No estudia ni trabaja	0.1096377	0.0091746	0.0916557	0.1276196
No estudia pero si trabaja	0.1066814	0.0090133	0.0890156	0.1243473
Estudia y no trabaja	0.1289539	0.0057183	0.1177463	0.1401615
Estudia y trabaja	0.156571	0.0128314	0.1314219	0.18172

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5

Cuadro 27. Efectos marginales por eventos negativos de la vida y sexo

			Probabilidad ajustada	Error estándar	Intervalo de confianza	
Abuso sexual	Hombres	No	0.0820863	0.0042748	0.0737079	0.0904648
		Si	0.2311203	0.0237205	0.184629	0.2776117
	Mujeres	No	0.1681519	0.0062683	0.1558663	0.1804375
		Si	0.404573	0.028963	0.3478066	0.4613394
Violencia	Hombres	No	0.0830449	0.0043882	0.0744442	0.0916456
		Si	0.1587297	0.017125	0.1251654	0.192294
	Mujeres	No	0.1699295	0.0062264	0.157726	0.182133
		Si	0.2989798	0.0270771	0.2459096	0.35205
Vida sexual	Hombres	No	0.0773238	0.0048819	0.0677556	0.0868921
		Antes de los 14	0.1190499	0.0135524	0.0924878	0.145612
		Después de los 14	0.0995848	0.0067836	0.0862892	0.1128805
	Mujeres	No	0.1592624	0.0068192	0.145897	0.1726277
		Antes de los 14	0.2339914	0.0234217	0.1880858	0.2798971
		Después de los 14	0.1999996	0.0121656	0.1761554	0.2238439

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5

Cuadro 28. Efectos marginales por determinantes directos de la depresión y sexo

			Probabilidad ajustada	Error estándar	Intervalo de confianza	
Días de actividad física moderada	Hombres	0 días x semana	0.0754	0.0058	0.064	0.0867
		7 días x semana	0.0964	0.0072	0.0823	0.1104
	Mujeres	0 días x semana	0.1556	0.0098	0.1365	0.1747
		7 días x semana	0.1942	0.0113	0.172	0.2164
Inseguridad alimentaria	Hombres	No	0.0792	0.0048	0.0698	0.0886
		Sí	0.1045	0.0089	0.0871	0.1219
	Mujeres	No	0.1628	0.0075	0.1482	0.1774
		Sí	0.2087	0.0146	0.1801	0.2373
Sustancias	Hombres	No consume	0.0826	0.0045	0.0737	0.0915
		Tabaco	0.1046	0.0123	0.0805	0.1287
		Alcohol	0.1129	0.0125	0.0884	0.1373
	Mujeres	No consume	0.1691	0.0063	0.1567	0.1814
		Tabaco	0.2088	0.0218	0.1661	0.2516
		Alcohol	0.2234	0.022	0.1802	0.2665
Trastornos alimenticios	Hombres	No	0.0816	0.0043	0.0733	0.09
		Sí	0.2892	0.0274	0.2354	0.343
	Mujeres	No	0.1673	0.0062	0.1552	0.1795
		Sí	0.4791	0.0309	0.4184	0.5397

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo 5