

Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia

A Social Approach About Gender Differences in Depression in Workers: The Importance of Work-Family Conflict

Gabriel González-Medina, Natalia Estolaza Letelier-Fuentes, & Daniela Aguirre-Iduya

Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile

Las mujeres en Chile, como en gran parte del mundo, presentan más prevalencia de depresión que los hombres. El conflicto trabajo-familia (CTF) indica el impacto del doble rol como proveedora y cuidadora en las mujeres que trabajan. Debido a la desigualdad de género en la distribución de las tareas del hogar, este tipo de conflicto sería más frecuente en mujeres, lo que podría estar asociado a la mayor prevalencia de depresión en este sexo. El siguiente artículo busca determinar si existen diferencias de género de depresión en la población chilena trabajadora, con similar nivel de CTF. Se utilizó la base de datos de la Encuesta ENCAVI (2015-2016), con un diseño muestral estratificado geográficamente y trietápico. Se delimitó la población entre 25 y 55 años, activos laboralmente. El tamaño de la muestra fue de 2.259: 1.086 hombres (edad media: 40,05) y 1.173 mujeres (edad media: 38,85). Los resultados indican que la presencia de CTF aumentaría en 3,28 veces más las probabilidades de tener sintomatología depresiva, siendo la variable con mayor magnitud de asociación. En conclusión, políticas públicas e intervenciones diseñadas a disminuir prevalencia de depresión en mujeres adultas trabajadoras tendrían que enfocarse en aspectos sociales y laborales vinculadas doble carga de trabajo.

Palabras clave: trabajo, familia, depresión, género, epidemiología.

Women in Chile, as in much of the world, have more prevalence of depression than men. Work-family conflict (WFC) indicates the impact of the double role as a provider and caregiver on women who work. Due to gender inequality in distribution of housework, this type of conflict would be more frequent in women. Thus, this could be associated to more prevalence of depression in this sex. This study seeks to determine if there are gender differences in depression in the working Chilean population, with a similar level of WFC. The data is ENCAVI Survey (2015-2016), with a sample design stratified geographically and three stages. The population was between 25 and 55 years old, actively working. The size was 2,259: 1,086 men (mean age: 40.05) and 1,173 women (mean age: 38.85). The results indicate that the variable with the highest association was WFC, obtaining 3,28 times more likely to have depressive symptoms. In conclusion, public policy and intervention designed to decrease the prevalence of depression in worker adult women would be focused in social and labour aspects associated with the double burden of work.

Keywords: work, family, depression, gender, epidemiology.

Contacto: G. González-Medina. Correo electrónico: ggonzalezm@udla.cl

Cómo citar: González-Medina, G., Letelier-Fuentes, N. E., & Aguirre-Iduya, D. (2020). Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología*, 29(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.55335>

Introducción

La depresión es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo (World Health Organization, 2012). La evidencia internacional muestra que la depresión es uno de los trastornos con mayor evidencia de diferencia de género en su prevalencia (Kuehner, 2017). De este modo, las mujeres tienen aproximadamente el doble riesgo de presentar sintomatología depresiva en diversos países con diferentes culturas (Kessler & Bromet, 2013), así como la revisión diversos estudios ($n = 91$) a través de los años (1977-2014) confirman esta tendencia (Wang et al., 2016). Esta diferencia se suma a otra serie de condiciones de disparidad entre género (Jayachandran, 2014), donde el propio hogar es un lugar donde surgen conflictos de poder y autoridad (Moss, 2002), perdurando aún una distribución de tareas entre parejas heterosexuales asociada a roles tradicionales de género (Cerrato & Cifre, 2018).

A pesar de los tratamientos disponibles, la evidencia señala que la prevalencia en la población no ha disminuido (Patten et al., 2016), conduciendo a un cuestionamiento de la explicación biomédica de la depresión y la sobremedicalización (Deacon, 2013; Kirsch, 2014). En este sentido, si bien no se pueden descartar los aspectos biológicos, se ha sugerido que serían los factores contextuales y las circunstancias adversas en la vida los que mayormente explicarían la depresión (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). Asimismo, desde la epidemiología social se ha señalado la importancia de entender los problemas de salud no solo como resultado de factores individuales que los sujetos afectados poseen, sino como una consecuencia de relaciones de poder, donde grupos favorecidos en la sociedad tienen consistentemente un mejor estado de salud que los grupos menos favorecidos como mujeres, niños, inmigrantes, etnias y pobres (Cwikel, 2014; Solar & Irwin, 2010). De este modo, coincidentemente con la evidencia internacional, en el ámbito chileno, las diferentes versiones de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2003, 2009-2010, 2016-2017) muestran que las chilenas presentan una prevalencia de sintomatología depresiva en el último año de más del doble que los hombres.

Considerando lo anterior, se hace necesario abordar este problema desde un enfoque social, que lleve a nuevas consideraciones metodológicas

y, por ende, dé la posibilidad de obtener nuevos hallazgos. Primero es importante aclarar que mientras el sexo refiere a las características biológicas, el género es una construcción social asociada a roles y comportamientos (Krieger, 2003). Esto incide en la organización de la vida familiar (Mercer, Szulik, Ramírez, & Molina, 2008), conduciendo a que el rol tradicional y principal de la mujer sea la crianza de los hijos (Arriagada, 2007; Climent, 2009; Muñoz, Berger, & Aracena, 2001).

Desde luego, la sociedad chilena ha ido cambiando lo tradicional, con mujeres haciéndose cargo de familias y con mayor acceso al trabajo remunerado (Jiménez Figueroa & Moyano Díaz, 2008), y con su integración al mundo laboral aparecen nuevas formas de relación entre el hombre y la mujer (Unicef, 2013). Así, se reconoce desde el siglo XXI, la relevancia de la mujer como principal cuidadora, visibilizándola en la denominación de familias monomarentales, en vez del término monoparentalidad, para enfocarse en la realidad de la mujer, puesto que estas familias tienen mayor riesgo a la exclusión social y la pobreza (Santibañez, Flores, & Martín, 2018).

Los roles de género tradicionales aún son una fuente importante de conflictos y tensiones para la población (Gutiérrez & Osorio, 2008), existiendo una deficiencia a la hora de integrar y repartir de manera igualitaria las responsabilidades laborales y familiares, condiciendo con rupturas significativas y masculinidades cambiantes para adecuar los roles de las parejas (Arriagada, 2007; Saldaña Muñoz, 2018). De este modo, se continúa percibiendo al género femenino como la responsable de la salud familiar (Magaña, Calquín, Silva, & García, 2011), papel que suele ejercerse por una obligación social, mientras que para los hombres adquiere el carácter de excepcionalidad y elogio (Gómez-Rubio, Ganga-León, & Rojas Paillalef, 2017).

En consideración a la desigualdad en la distribución de roles, es necesario estudiar el potencial impacto que puede tener el doble rol en las mujeres que trabajan como proveedoras y cuidadoras simultáneamente (Mastekaasa, 2000). Este doble rol llamado “conflicto trabajo-familia” (CTF), ha sido definido como una forma de conflicto en el que las presiones del trabajo y la familia son excluyentes en algún aspecto (Greenhaus & Beutell, 1985). Este modelo postula que la presión de roles es más intensa de acuerdo con la importancia que tenga

para la persona. De este modo, los factores psicosociales domésticos tendrían mayores efectos en la salud de las mujeres, mientras que factores psicosociales del trabajo afectan más a los hombres (Wang, Lesage, Schmitz, & Drapeau, 2008). Del mismo modo, el CTF es común en mujeres durante la etapa reproductiva, ya que, mientras se desarrollan laboralmente, la falta de redes de apoyo en la crianza las puede llevar a estar más estresadas y limitadas para convalidar la carga laboral y familiar (Flacso-Chile, 2006).

Pocos estudios han analizado las diferencias de género en depresión en el ámbito chileno (Avenida & Román, 2002; Barros & Barros, 2008; Markkula, Zitko, Peña, Margozzini, & Retamal C., 2017; Patel, Araya, De Lima, Ludermir, & Todd, 1999) y sus datos no son actualizados: no consideran la carga de trabajo no remunerado de cuidados, la muestra no es representativa nacional o solo fueron consideradas mujeres y de un nivel educacional alto. Un estudio previo (González & Vives, 2019), realizado por el autor de la presente investigación, se da cuenta de que la diferencia en estrés financiero y problemas familiares percibidos fueron las variables que más aumentaban las diferencias en la prevalencia de depresión, sin embargo, los datos usados corresponden a la ENS 2010 y no permiten estimar las presiones del trabajo y la familia.

Por lo tanto, si bien hay estudios que buscan aportar en cuanto a la prevalencia que tiene la mujer por sobre los hombres, no se ha logrado tener suficiente investigación en torno a diferencias de género y depresión (Arriagada, 2007; Flacso-Chile, 2006). Asimismo, la mayoría de los estudios en esta temática han sido realizados en Estados Unidos y Europa (Andrade Rodríguez & Landero Hernández, 2015). En concreto el problema de investigación que guía este estudio es la ausencia de conocimiento respecto a cómo varía la prevalencia de síntomas depresivos en la población chilena de acuerdo con diferencias sociales y, particularmente, de género.

Se necesita mayor evidencia respecto a esta problemática que podría ser crucial para visibilizar que la salud mental no es solo una responsabilidad individual ni vulnerabilidad biológica, sino que requiere de una atención transversal a distintas instituciones estatales en Latinoamérica. Además, desconocer que síntomas depresivos son más comunes entre aquellos grupos de la sociedad que ya se

encuentran vulnerados podría acentuar aún más las desigualdades.

En consecuencia, y en concordancia con la literatura revisada, la hipótesis general de esta investigación es que diferencias sociales entre hombres y mujeres se asocian a la diferencia de género en la prevalencia de síntomas depresivos en la población trabajadora chilena. En primer lugar, se espera que la asociación de mayor magnitud sea entre el nivel de conflicto trabajo-familia y la prevalencia de síntomas depresivos, y que la presencia de conflicto trabajo-familia es más frecuente en mujeres que en hombres. Adicionalmente, se hipotetiza encontrar una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre quienes tienen menor nivel educacional, jornada laboral con más horas, preocupación por perder el trabajo, menores ingresos y realizan trabajo de cuidado sin apoyo. También se hipotetiza que todas estas variables tienen una presencia más frecuente entre las mujeres.

Entonces, el objetivo principal de esta investigación es evaluar la importancia del conflicto trabajo familia y diferencias sociales entre hombres y mujeres en la prevalencia de síntomas depresivos en la población chilena con trabajo remunerado.

Método

Diseño del estudio

Estudio de tipo transversal y de alcance correlacional basado en datos secundarios.

Muestreo

La muestra usada en este estudio corresponde a una submuestra de la base de datos pública correspondiente a la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (Encavi 2015-2016, Ministerio de Salud, 2017). Primero se describe la estrategia usada en la Encavi 2015-2016, y luego se explican los criterios para generar una submuestra y su procedimiento. En la Encavi 2015-2016 se utilizó un diseño de muestreo estratificado geográficamente y multietápico (comunas, manzanas, vivienda y persona). Considerando un error muestral de 5%, se encuestaron a un total 7.041 personas de 15 años o más, de zonas urbanas y rurales de las quince regiones de Chile. Todos los datos fueron obtenidos a través de una entrevista personal en hogar, aplicada por un encuestador en cuestionario de papel. La tasa de respuesta fue de un 78,7%, mientras que la tasa de rechazo fue de 9,4%.

Para los objetivos del presente estudio se delimitó la población entre 25 y 55 años, ya que es el sector de la población con mayor participación laboral (Instituto Nacional de Estadísticas, 2015), y considera una etapa etaria más homogénea, en términos de crianza y actividad laboral, excluyendo a jubilados y estudiantes. Esto permite interpretar de manera más clara la relación que puede haber entre variables laborales y familiares, considerando que se excluyen etapas vitales que podrían tener otros roles y otras valoraciones a esos roles. De este modo, para generar la base de datos del presente estudio se filtraron todos los casos que cumplieran este rango etario en la base original y se creó una nueva base con tamaño muestral sin ponderar que fue de 2.259, con 1.086 hombres (edad media: 40,05) y 1.173 mujeres (edad media: 38,85).

En cuanto a los aspectos éticos, la realización de esta investigación fue aprobada por el comité científico de la Facultad de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Por su parte, la encuesta en la que se basan los datos de este estudio fue dirigida por el Ministerio de Salud a través de la Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles del Departamento de Epidemiología, y la Dirección de Estudios Sociales del Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los encuestadores entregaban en terreno a los participantes la carta de presentación del estudio junto con el consentimiento informado.

Selección y construcción de variables

A continuación, se describen las estrategias utilizadas para construir las variables principales del presente estudio a partir de las preguntas realizadas en la encuesta Encavi 2015-2016.

Variable dependiente

Autorreporte de sintomatología depresiva durante el último mes. La encuesta Encavi no realiza un tamizaje de todos los síntomas depresivos, por lo cual, para determinar la presencia de sintomatología depresiva, se utilizaron tres preguntas proxy. Estas preguntas se eligieron a partir de que los dos principales sistemas diagnósticos (DSM-IV y ICD-10) consideran como síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés o placer, disminución de energía o fatiga, problemas de sueño, cambios en el apetito, pensamientos de muerte, problemas de concentración y decisión, alteración psicomotora, sentimientos de culpa e inutilidad

(Gruenberg, Goldstein, & Pincus, 2008).

- 1) Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué tiempo se sintió calmado(a) y tranquilo(a)?
- 2) Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué tiempo tuvo mucha energía?
- 3) Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué tiempo se sintió desanimado(a) o triste?

La valoración de las respuestas se determinó con los criterios utilizados en las preguntas del CIDI-SF, que es el cuestionario utilizado para estimar la prevalencia de sintomatología depresiva en la Encuesta Nacional de Salud (2003, 2010, 2016). Quienes reportaran que los síntomas ocurrían la mayor parte del tiempo (“Muchas veces” o “siempre” = 1, “Nunca” o “Casi nunca” = 0) y que, al menos, dos de los síntomas ocurrieran con tal frecuencia (preguntas “1” y “2” tienen puntaje invertido) fueron tomados en cuenta.

Variable independiente

Conflicto trabajo-familia (CTF). En su conceptualización clásica es considerado como un constructo bidireccional (Colombo & Ghislieri, 2008). Asimismo, nuestro objetivo era describir el grado de dificultad para cumplir con ambas obligaciones, y no determinar si el trabajo afecta a la familia o viceversa.

- 1) Cuando Ud. no está en su casa, ¿las tareas domésticas se quedan sin hacer?
- 2) Cuando Ud. está en el trabajo, ¿piensa en las tareas domésticas y familiares?
- 3) ¿Hay situaciones en las que Ud. necesitaría estar en el trabajo y en la casa al mismo tiempo?
- 4) ¿Le alcanza el tiempo para estar al día con su trabajo?
- 5) Cuando termina la jornada laboral, ¿le cuesta olvidar los problemas del trabajo?

Se construyó un puntaje total sumando las siguientes preguntas de tipo Likert (*Siempre o casi siempre* = 2; *a veces* = 1; *nunca* = 0), siendo el nivel máximo de CTF = 10, y el menor posible = 0 (pregunta “4” puntaje invertido). Posteriormente, se crearon quintiles con el objetivo de tener grupos comparables en número de casos y que permitieran diferenciar los niveles de CTF; donde el primer quintil representa al grupo de la población con menor nivel de CTF (*Poco o nada*) y el último quintil el mayor nivel de CTF (*muy alto*). El uso de estas preguntas sobre CTF en la Encavi fue la principal razón para escoger esta encuesta sobre otras, ya que, si bien la ENS tiene un cuestionario validado

de depresión, no incluye con preguntas que permitan dar cuenta de las diferencias en CFT con este nivel de detalle.

Además, se consideraron variables sociolaborales: nivel educacional (bajo = hasta ocho años de educación; media = hasta 12 años; alto = más de 12 años); jornada laboral (jornada prolongada = 12 horas diarias de trabajo que no consideran horas extra y están en el sector de hotelería y restaurantes; jornada completa, hasta 45 horas semanales con ocho horas diarias y jornada parcial de hasta 30 horas semanales); preocupación por perder el trabajo; disminución de los ingresos en los últimos seis meses; mientras que en el ámbito familiar se evaluó el trabajo de cuidados no remunerado (ser el único cuidador responsable de un anciano, enfermo o niño en el hogar, con cuidado compartido, o no cuidar a nadie). Se consideró la situación de pareja: viviendo en pareja (conviviente o casados) o sin pareja (soltero, separado o viudo), como una manera de considerar los roles de género en el contexto de una relación.

Estrategia de análisis

Los análisis estadísticos considerando el diseño de la encuesta fueron realizados en STATA.12 (StataCorp, 2011), con un nivel de confianza de 99%. Se describieron las principales variables en estudio, analizando diferencias de distribución por género mediante el test de chi cuadrado. En segundo lugar, se estudió la relación entre variables independientes (nivel educacional, situación laboral y de pareja) y sintomatología depresiva mediante el cálculo de razones de prevalencia mediante el método de regresión de Poisson. Las razones de prevalencia son una medida de asociación, y son una proporción de casos que se presentan en cada grupo en análisis; un valor de 1 representa que la proporción es la misma entre los grupos, por lo tanto, ausencia de asociación. Se escogió este método debido a que ofrece resultados más robustos e interpretación más directa (Lee, Chuen, & Kee, 2009; Zou, 2004). Luego, se evaluó cómo variaban las diferencias de género en la prevalencia de sintomatología comparando hombres y mujeres con mismo nivel de conflicto trabajo-familia. Por lo tanto, de acuerdo con la hipótesis de este estudio, se espera que las razones de prevalencia estimadas no serán estadísticamente diferentes (nivel de confianza 99%) de 1 entre hombres y mu-

jes cuando se compara a quienes tienen los mismos niveles de conflicto trabajo-familia. Finalmente, se realizó un análisis multivariado para evaluar la asociación entre género, conflicto trabajo-familia y sintomatología depresiva, ajustado por las otras variables que tenían una relación estadísticamente significativa en los análisis previos.

Adicionalmente, se usó el software G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder Buchner, & Lang, 2009), para evaluar el tamaño muestral mínimo para tener un error de tipo II (beta) de 0,2, considerando un nivel de significancia (alpha) de 0,01 y $\exp(\beta_1) = 1,5$, encontrándose un n mínimo de 67.

Resultados

Al caracterizar la muestra del estudio (tabla 1) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \geq 0,01$) entre hombre y mujeres en el nivel educacional ($\chi^2 = 0,699$; $p = 0,8411$), la preocupación por perder el trabajo ($\chi^2 = 4,709$; $p = 0,3732$) ni la disminución de ingresos ($\chi^2 = 6,146$; $p = 0,1493$). Sin embargo, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,01$) en la jornada laboral ($\chi^2 = 62,72$; $p < 0,0001$), donde más del doble de mujeres que hombres se encontrarían con una jornada de tipo prolongada. Asimismo, hay 13% más de mujeres que hombres que tienen la responsabilidad de cuidar a alguien en el hogar.

Luego se presentan los resultados de los modelos de regresión de Poisson univariados (tabla 2), los que permiten observar tanto la magnitud de asociación como la significancia. Así, en primer lugar, se identifica que la jornada laboral parcial y completa mostró significativamente ($p = 0,002$) la mitad de prevalencia que la jornada prolongada. Quienes habían visto disminuido sus ingresos en los últimos seis meses tenían 2,38 ($p < 0,001$) veces más de probabilidad de tener síntomas. Por otro lado, quienes eran los responsables únicos de cuidar a un niño, enfermo o anciano tenían 2,33 ($p < 0,001$) veces más de probabilidad de sintomatología. Además, las mujeres tenían 1,64 ($p < 0,001$), más de prevalencia que los hombres, y quienes tienen un nivel muy alto de conflicto trabajo-familia (CTF) tenían 4,5 ($p < 0,001$) veces más probabilidades de tener sintomatología depresiva (SD). También, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y SD (RP = 1,64; $p < 0,001$), y entre CTF y SD (RP = 4,5; $p < 0,001$).

Tabla 1

Descripción muestra. Población chilena con trabajo remunerado entre 25-55 años

		Hombres %	Mujeres %	<i>p</i>	χ^2
Nivel educacional	Alto	41,4	40,6	0,841	0,70
	Medio	43,1	44,8		
	Bajo	15,3	14,4		
Jornada laboral	Prolongada	6,7	18,1	< 0,001	62,72
	Parcial	4,0	2,5		
	Completa	89,1	79,3		
Preocupación por perder el trabajo	Baja	39,4	44,3	0,373	4,71
	Media	15,4	14,2		
	Alta	45,0	41,3		
Disminución de ingresos	No	74,9	70	0,149	6,15
	Sí	25,1	29,9		
Trabajo de cuidados	No	69,6	47,4	< 0,001	157,70
	Compartido	26,8	35,2		
	Sin ayuda	3,5	17,3		
Situación de pareja	Sin pareja	0,8	18,4	< 0,001	35,72
	En pareja	91,6	81,5		
	No	86,7	78,11		
Síntomatología depresiva recurrente último mes	Sí	13,3	21,8	< 0,001	
	Muy leve o ausente	36,6	8,9		
	Leve	31,1	18,2		
Conflicto trabajo-familia	Moderado	13,2	25,6	< 0,01	
	Alto	14,2	28,0		
	Muy alto	5,0	19,0		

Nota. Valores *p* estimados con más de tres decimales se señalan como < 0,001 por ajuste de espacio, mediante test de chi-cuadrado de Pearson (χ^2), y sus valores *p* se presentan truncados a cuatro dígitos por ajuste espacio.

Tabla 2

Razones de prevalencia de sintomatología depresiva según variables independientes

	Grupo	RP	IC	<i>p</i> valor
Nivel educacional	Alto	1		0,071
	Medio	1,31	0,88-1,94	
	Bajo	1,41	0,87-2,28	
Jornada laboral	Prolongada	1		0,002
	Parcial	0,50	0,19-1,29	
	Completa	0,50	0,30-0,84	
Preocupación por perder el trabajo	No	1		0,241
	Media	1,37	0,77-2,45	
	Mucha	1,30	0,75-2,23	
Disminución de ingresos en últimos 6 meses	No	1		<0,001
	Sí	2,38	1,55-3,65	
Situación de pareja	Sin	1		0,847
	Con	1,04	0,60-1,78	
Trabajo de cuidados	No	1		<0,001
	Compartido	1,81	1,17-2,79	
	Sin ayuda	2,33	1,37-3,96	
Sexo	Masculino	1		<0,001
	Femenino	1,64	1,12-2,40	
	Muy leve o ausente	1		<0,001
Conflicto trabajo-familia	Leve	0,83	0,40-1,73	
	Moderado	2,02	1,05-3,87	
	Alto	2,41	1,19-4,87	
	Muy alto	4,50	2,42-8,36	

Nota. RP = razón de prevalencia = % casos con síntomas depresivos en mujeres, % casos con síntomas depresivos en hombres; IC = intervalo de confianza calculado al 99%; *p* valor calculado con modelo de regresión de Poisson univariado para cada variable.

En la tabla 3, se puede observar cuántas veces más las mujeres reportan SD que los hombres, para cada nivel de CTF. Los resultados muestran que en niveles mayores de CTF aumenta el predominio de mujeres y hay mayor porcentaje de mujeres con SD en niveles más altos de CTF. Por otro lado, la

cantidad de hombres que reportan síntomas es proporcional al de las mujeres en todos los niveles menos en el CTF leve, donde se identifica que hay significativamente más del doble de mujeres que hombres con reportes de síntomas depresivos (RP = 2,89; $p = 0,008$).

Tabla 3

Razón de prevalencia de sintomatología en mujeres en comparación con hombres estratificado por nivel de conflicto trabajo-familia

	Nivel	<i>n</i>	M %	D %	RP	IC	<i>p</i>
Conflicto trabajo-familia	Muy leve o ausente	421	12,62	7	0,85	0,26-2,72	0,7
	Leve	496	25,52	14,54	2,89	1,02-8,18	0,008
	Moderado	365	53,08	18,03	1,00	0,35-2,80	0,99
	Alto	457	53,49	22,53	1,11	0,49-2,50	0,73
	Muy alto	281	68,89	39,65	0,96	0,48-1,93	0,89
	Total	2.259	51,93	21,89	1,64	1,12-2,40	0,001

Nota. *n* = número de casos brutos que ingresaron en el modelo; M = porcentaje de mujeres que se encuentran en cada nivel de conflicto trabajo-familia; D = porcentaje de mujeres con síntomas depresivos según el nivel de conflicto trabajo-familia; RP = razón de prevalencia; IC = intervalo de confianza calculado al 99%.

Por último, se presenta un modelo de regresión de Poisson multivariado (Efecto diseño = 121; $F(10, 112) = 11,58$; $p < 0,001$), donde se ingresaron simultáneamente todas las variables que reportaron está asociadas significativamente en los resultados previos (tabla 4). En estos resultados se puede observar que todas las variables tuvieron alguna relación significativa con la presencia de SD

menos el género. La variable con mayor asociación fue el CTF, donde el mayor nivel presentaba 3,28 veces más prevalencia de SD. La siguiente variable con mayor asociación, fue ser responsable del cuidado de una persona en el hogar, debido a que quienes lo hacían sin ayuda de nadie tenían casi el doble (RP = 1,9) de probabilidad de tener sintomatología.

Tabla 4

Modelo multivariado con variables asociadas a prevalencia de sintomatología depresiva.

	Nivel	RP	IC	<i>p</i>
Sexo	Masculino	1		<0,001
	Femenino	1,00	0,58-1,10	
Tipo de jornada	Prolongada	1		
	Parcial	0,73	0,33-1,64	
	Completa	0,59	0,38-0,90	
Disminución de ingresos	No	1		
	Sí	1,57	1,05-2,35	
Trabajo de cuidados	No	1		
	Con ayuda	1,57	1,03-2,39	
	Sin ayuda	1,90	1,13-3,18	
Conflicto trabajo-familia	Muy leve o ausente	1		
	Leve	0,82	0,39-1,73	
	Moderado	1,52	0,79-2,95	
	Alto	1,52	0,71-3,29	
	Muy alto	3,28	1,53-7,02	

Nota. *n*: 1.894; efecto diseño: 121; RP = Razón de prevalencia (% casos con síntomas depresivos en grupos a comparar, % casos con síntomas depresivos en grupo de comparación, señalizados con RP = 1); IC = intervalo de confianza calculado al 99%; *p* valor = calculado con modelo de regresión de Poisson multivariado.

Discusión

Los resultados obtenidos apoyaron nuestras hipótesis de investigación, las que plantearon que la mayor prevalencia de sintomatología depresiva está asociada a dificultades económicas y carga de trabajo, y que estos factores estresores son más frecuentes en mujeres que en hombres. Se enfatizó en la importancia que tendría el conflicto trabajo-familia para explicar las diferencias en la sintomatología depresiva, encontrándose evidencia de que, al comparar mujeres y hombres con niveles de conflicto de moderado a muy alto, la diferencia en la prevalencia no era estadísticamente significativa. Este hallazgo es apoyado posteriormente con el modelo multivariado, que permite interpretar que, cuando se considera el rol de las otras variables asociadas con la presencia de síntomas, la asociación del nivel de conflicto trabajo-familia continúa siendo relevante. La información obtenida en este estudio fue congruente con la literatura revisada, la que indica que las mujeres se encuentran expuestas a mayor estrés, lo que las haría vulnerables a sintomatología depresiva y no por una vulnerabilidad intrínseca (Sokratous, Merkouris, Middleton, & Karanikola, 2013; Sun, Niu, You, Zhou, & Tang, 2017).

La disminución de los ingresos presentó una relación positiva con depresión, por lo que se suma a antecedentes internacionales sobre cómo lo económico tiene un rol importante en la salud mental (Gili et al., 2016). Asimismo, la jornada completa estuvo asociada negativamente, dado que la jornada prolongada puede implicar un importante desgaste psicológico y físico. Si a lo anterior se le suma que hay cerca de tres veces más mujeres con un jornada prolongada, se vuelven claras las marcadas inequidades laborales que afectan directamente las condiciones de salud mental, físicas y reproductivas (Flacso-Chile, 2006).

Un resultado inesperado en este estudio fue que en un grado leve de conflicto trabajo-familia se encontraron diferencias de la prevalencia de depresión. Sin embargo, pueden ser formuladas dos hipótesis alternativas y complementarias para interpretar este hallazgo. La primera es que existiría un menor porcentaje de hombres con depresión de lo esperado; esto podría deberse a que la participación en las tareas del hogar es elogiada en los hombres (Gómez-Rubio et al., 2017), pero no alcanza un nivel de carga para su trabajo remunerado, lo

que terminaría siendo un factor protector para los hombres.

Sin embargo, este estudio cuenta con limitaciones. Su diseño transversal no permite inferir la causalidad entre CTF y síntomas depresivos, dado que tanto teórica como metodológicamente es sostenible que el reporte de CFT pueda ser causado por los síntomas depresivos, y no al revés. Además, las variables utilizadas no son escalas validadas y estandarizadas que permitan la comparación directa con otros estudios.

Por otro lado, este estudio no puede dar cuenta de toda la complejidad de los fenómenos, como, por ejemplo, el efecto en la salud mental de la violencia hacia las mujeres (Walsh, Keyes, Koenen, & Hasin, 2015), pero al menos da cuenta de otras situaciones que implican desigualdad social y que tiene estrecha relación con distintos tipos de violencia (Antillano, 2016). Se considera que solo se ha evaluado sintomatología depresiva, ya que con tres preguntas no es válido atribuir algún tipo de trastorno o la ausencia de comorbilidades que expliquen la sintomatología.

El principal aporte de este trabajo es mostrar cómo las diferencias estimadas en estudios poblacionales no pueden ser exclusivamente atribuidas a características biológicas-sexuales, revelando que aspectos socioculturales, como la distribución del trabajo de cuidados, tienen un rol importante en las diferencias en salud mental. Se quiere enfatizar, también, la necesidad de actualizar los instrumentos usados en encuestas para que permitan integrar un enfoque de género, puesto que sin las adecuadas herramientas para detectar las diferencias que existen entre los géneros, se hace más difícil diseñar e implementar políticas públicas e intervenciones que apunten a reducir las desigualdades en la sociedad.

En relación con el objetivo de este estudio, su fortaleza principal es que usa una muestra con representatividad nacional. Se da un primer paso para generar indicadores cuantificables integrados a través de pocas preguntas y que son incluidas en encuestas periódicas a nivel país. Esto permite levantar un antecedente para próximos estudios, ya que no se encontraron estudios en Chile que indagaran sobre la relación entre conflicto trabajo-familia y depresión con datos poblacionales incorporando sectores de la población heterogéneos, de distintas regiones y niveles educacionales diferentes. También genera un marco de referencia sobre

el contexto nacional para hacer preguntas que indaguen y profundice en grupos específicos, a través de metodologías cualitativas que permitan explorar el proceso en que se vinculan la vivencia de desigualdad de género y la depresión.

En cuanto a las conclusiones, las diferencias de género en depresión en la población chilena están significativamente asociadas con el CTF, las responsabilidades e inequidades laborales, factores asociados con sintomatología depresiva que son más frecuentes en mujeres. Es importante enfatizar la importancia de visibilizar el impacto que tiene asumir tal carga y cómo las políticas públicas deben buscar proveer condiciones laborales y familiares, interviniendo en las desigualdades sociales a las que se ven expuestas las mujeres arbitrariamente y que repercuten en su salud mental. A la fecha en que estas conclusiones fueron escritas, 29 de noviembre de 2019, observamos manifestaciones sociales masivas en Chile, y que se han extendido por más de un mes, donde una de las demandas principales es un llamado por mayor igualdad social. En este contexto, si bien esta investigación comenzó hace tres años, nos parece que su relevancia suma más fuerza ahora, y esperamos que el actual escenario sirva para incentivar más esfuerzo académico en esta área, pero también a reconocer y transformar las prácticas cotidianas que los distintos géneros realizan y colaboran en reproducir las diferencias sociales.

Referencias

- Andrade Rodríguez, L. G. & Landero Hernández, R. (2015). Bases teóricas del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 185-198.
Recuperado de <https://bit.ly/33mFwc9>
- Antillano, A. (2016). Tan lejos y tan cerca: desigualdad y violencia en Venezuela. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 25(2), 37-60.
Recuperado de <https://bit.ly/379ukRo>
- Arriagada, I. (2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de Población*, 53, 9-22.
Recuperado de <https://bit.ly/319hqYt>
- Avendaño, C. & Román, J. A. (2002). Efectos de los roles múltiples en el bienestar psicológico en enfermeras chilenas. *Psyche*, 11(2), 27-41.
Recuperado de <https://bit.ly/36d1Qad>
- Barros, E. & Barros, M. C. (2008). Conflicto entre trabajo y familia : efectos sobre la salud y resultados laborales en mujeres. *Estudios de Administración*, 15(2), 1-45.
<https://doi.org/10.5354/0719-0816.2008.56412>
- Cerrato, J. & Cifre, E. (2018). Gender inequality in household chores and work-family conflict. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01330>
- Climent, G. I. (2009). Voces, silencios y gritos: los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista Argentina de Sociología*, 7(12-13), 186-213.
- Colombo, L. & Ghislieri, C. (2008). The work-to-family conflict: Theories and measures. *TPM*, 15(1), 35-55.
Recuperado de <https://bit.ly/37bEvVy>
- Cwikel, J. G. (2014). Social epidemiology. En W.C. Cockerham, R. Dingwall and S. Quah (Eds.), *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (Vol. 20, Issue 3, pp. 2166-2172). Oxford, United Kingdom: John Wiley & Sons.
<https://doi.org/fkhj>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
<https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Flacso-Chile. (2006). *Guía para la transversalización de género en el PNUD Chile*. Santiago, Chile: PNUD.
Recuperado de <https://bit.ly/39nhDp0>
- Gili, M., López-Navarro, E., Castro, A., Homar, C., Navarro, C., García-Toro, M., García-Campayo, J., & Roca, M. (2016). Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothema*, 28(4), 407-413.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2015.288>
- Gómez-Rubio, C., Ganga-León, C., & Rojas Paillalef, W. (2017). Desigualdades de género en trabajos de cuidados familiar y no remunerado: una revisión Iberoamericana. *Revista Punto Género*, 7, 156-182.
<https://doi.org/10.5354/0719-0417.2017.46275>
- González, G. & Vives, A. (2019). Work status, financial stress, family problems, and gender differences in the prevalence of depression in Chile. *Annals of Work Exposures and Health*, 63(3), 1-12.
<https://doi.org/10.1093/annweh/wxy107>
- Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of and conflict family between work and family roles. *Academy of Management*, 10(1), 76-88.
<https://doi.org/10.2307/258214>

- Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D., & Pincus, H. A. (2008). Classification of depression: Research and diagnostic criteria: DSM-IV and ICD-10. In J. Licinio & M. Wong (Eds.), *Biology of depression: From novel insights to therapeutic strategies* (pp. 1-12).
<https://doi.org/10.1002/9783527619672.ch1>
- Gutiérrez, E. & Osorio, P. (2008). Modernización y transformaciones de las familias como proceso del condicionamiento social de dos generaciones. *Última Década*, 29, 103-135.
<https://doi.org/bg5fsm>
- IBM Corporation. (2013). IBM SPSS Statistics (versión 22.0) [Windows]. IBM Corp.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2015). *Mujeres en Chile y mercado del trabajo. Participación laboral femenina y brechas salariales*. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 8(c), 255-270.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jayachandran, S. (2014). The roots of gender inequality in developing countries. *Annual Review of Economics*, 7, 63-68.
<https://doi.org/ggbvz9>
- Jiménez Figueroa, A. & Moyano Díaz, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Universum*, 23(1), 116-133.
<https://doi.org/djvwvs>
- Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138.
<https://doi.org/gfkqt2>
- Kirsch, I. (2014). The Emperor's new drugs: Medication and placebo in the treatment of depression. In F. Benedetti, P. Enck, E. Frisaldi, & M. Schedlowski (Ed.), *Placebo. Handbook of Experimental Pharmacology* (pp. 291-303). Heidelberg, Germany: Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-44519-8>
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections—and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
- Lee, J., Chuen, S. T., & Kee, S. C. (2009). A practical guide for multivariate analysis of dichotomous outcomes. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 38(8), 714-719.
- Magaña, I., Calquín, C., Silva, S., & García, M. (2011). Diversidad familiar, relaciones de género y producción de cuidados en salud en el modelo de salud familiar: análisis de caso en un CESFAM de la Región Metropolitana, Chile. *Terapia Psicológica*, 29(56), 33-42.
<https://doi.org/bmxv7s>
- Markkula, N., Zitko, P., Peña, S., Margozzini, P., & Retamal C., P. (2017). Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 399-409.
<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1346-4>
- Mastekaasa, A. (2000). Parenthood, gender and sickness absence. *Social Science and Medicine*, 50(12), 1.827-1.842.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00420-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00420-7)
- Mercer, R., Szulik, D., Ramírez, M. C., & Molina, H. (2008). Del derecho a la identidad al derecho a las identidades. Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 37-45.
<https://doi.org/bmxw7x>
- Ministerio de Salud. (2017). *Encuesta de Calidad de Vida y Salud, ENCAVI, 2015-2016*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54(5), 649-661.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00115-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00115-0)
- Muñoz, B., Berger, C., & Aracena, M. (2001). Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. *Revista de Psicología*, 10(1), 21-34.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2001.18526>
- Patel, V., Araya, R., De Lima, M., Ludermit, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, 49(11), 1461-1471.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00208-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00208-7)
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Wang, J. L., Bulloch, A. G. M., & Sajobi, T. (2016). The association between major depression prevalence and sex becomes weaker with age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(2), 203-210
<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1166-3>
- Saldaña Muñoz, L. (2018). Relaciones de género y arreglos domésticos: masculinidades cambiantes en Concepción, Chile. *Polis*, 17(50), 183-204.
<https://doi.org/10.4067/s0718-65682018000200183>
- Santibañez, R., Flores, N., & Martín, A. (2018). Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *IQual. Revista de Género e Igualdad*, 1, 123.
<https://doi.org/10.6018/igual.307701>
- Sokratous, S., Merkouris, A., Middleton, N., &

- Karanikola, M. (2013). The association between stressful life events and depressive symptoms among Cypriot university students: A cross-sectional descriptive correlational study. *BMC Public Health*, *13*(1), 1121.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1121>
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion Paper 2 (policy and practice). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
 Retrieved from <https://bit.ly/2LMELUm>
- StataCorp. (2011). *Stata Statistical Software* (versión 12) [Windows]. StataCorp LP
- Sun, X., Niu, G., You, Z., Zhou, Z., & Tang, Y. (2017). Gender, negative life events and coping on different stages of depression severity: A cross-sectional study among Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, *209*, 177-181.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.025>
- Unicef. (2013). ¿Nuevas formas de familia? *Claves de Razón Práctica*, 50-54.
- Walsh, K., Keyes, K. M., Koenen, K. C., & Hasin, D. (2015). Lifetime prevalence of gender-based violence in US women: Associations with mood/anxiety and substance use disorders. *Journal of Psychiatric Research*, *62*, 7-13.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.01.002>
- Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N., & Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *62*(1), 42-47.
<https://doi.org/10.1136/jech.2006.050591>
- Wang, K., Lu, H., Cheung, E. F. C., Neumann, D. L., Shum, D. H. K., & Chan, R. C. K. (2016). “Female preponderance” of depression in non-clinical populations: A meta-analytic study. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1-9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01398>
- World Health Organization. (2012). Depression, a global public health concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 1-8.
 Retrieved from <https://bit.ly/3p3L6ZV>
- Zou, G. (2004). A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *American Journal of Epidemiology*, *159*(7), 702-706.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwh090>

Fecha de recepción: 29 de noviembre de 2019

Fecha de aceptación: 14 de agosto de 2020