



Pontificia Universidad Javeriana
Maestría en economía de la salud

Proyecto de grado

Asociación entre depresión y desempleo: un estudio transversal en Colombia

Autor: Stefano Leonardi

Tutoras: Luz Karime Abadía y Angélica María Vargas

Resumen

Contexto: En Colombia hay más de 2 millones de personas desempleadas. Se estima además, que para el año 2015 en el país hubo una prevalencia de depresión de 5.4%, cifra que supera la prevalencia mundial para el mismo año (4.4%), por lo que esta condición representa un problema de salud pública. La unión de estos problemas, ha generado el creciente interés por la investigación de problemas de salud mental relacionados con factores de riesgo de tipo social, como el desempleo. A pesar de esto, en Colombia no se han realizado aún estudios acerca de la asociación entre la depresión y el desempleo. El objetivo de este estudio fue estimar la asociación estadística entre la depresión y el desempleo en Colombia en el año 2015 como una primera aproximación al estudio de este tema.

Métodos: Utilizando los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 y un modelo de regresión logística ordinal, se estimó la asociación entre tres categorías de síntomas depresivos, basados en el cuestionario de auto reporte de síntomas de salud mental (Self Report Questionnaire - SRQ), y la situación de desempleo de los individuos, para probar la hipótesis que afirma que, en presencia de desempleo, los individuos deberían ser más propensos a sufrir de depresión, es decir, tener más síntomas depresivos. Se trabajó con una muestra con representatividad nacional de 5374 individuos que participaban en el mercado laboral. Edad, sexo, nivel de educación, región de residencia, área de residencia, estado de pobreza del hogar, estado civil, si el individuo era el jefe del hogar y el estado de desempleo del mismo se utilizaron como variables explicativas.

Resultados: Se encontró que la probabilidad de que una persona no presente ningún síntoma depresivo se reduce en un 16.54% ($p < 0.001$) cuando está desempleada. Del mismo modo, la probabilidad de que un individuo en situación de desempleo reporte de 1-3 síntomas, aumenta en un 13.42% ($p < 0.001$), de que reporte de 4-7 síntomas, aumenta en 3.12% ($p < 0.001$), validando así la hipótesis del estudio. También se encontró que la probabilidad de estar en categorías con mayor número de síntomas, fue más alta para mujeres. Sin embargo, tener un nivel más alto de educación o tener pareja, fueron factores que reducen significativamente el riesgo de tener un mayor número de síntomas depresivos.

Conclusiones: La evidencia de este estudio sugiere que en Colombia, el desempleo está positivamente asociado a un mayor número de síntomas depresivos. Lo anterior afecta con mayor probabilidad a las mujeres y a las personas con un menor nivel educativo. Este trabajo es una primera aproximación para el manejo del riesgo colectivo en salud mental asociado a condiciones del mercado laboral en Colombia, y puede ser de utilidad para identificar los grupos poblacionales más vulnerables y así, direccionar intervenciones en salud pública y establecer priorización en los servicios de salud, aunque este tema debería estudiarse con mayor profundidad en investigaciones futuras.

Palabras clave: Depresión, síntomas depresivos, desempleo, salud mental, Colombia.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “Una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad” (OMS, 2014), por lo cual, las afecciones a la misma, se asocian con discapacidad y con detrimento de la calidad de vida.

Existe un creciente interés por la investigación de problemas de salud mental relacionados con factores de riesgo de tipo social, tales como el desempleo (Kim, et al., 2016; Andreeva, et al., 2015; Jang, et al., 2009; Olesen, et al., 2013), la pobreza (Harpham, et al., 2004), la exposición a conflictos armados y el desplazamiento forzado a causa de ellos (Richards, et al., 2011; Thapa, et al., 2005) o la ubicación geográfica de la vivienda (de Vries, et al., 2018), entre otros. En el caso de Colombia, a pesar de ser un país en desarrollo, el desempleo continúa siendo un grave problema socioeconómico. La tasa de desempleo nacional para el año 2015 fue de 8,9% (DANE, 2016), lo que en términos absolutos significa que hubo aproximadamente 2.1 millones de desempleados en el país.

El fenómeno del desempleo ha sido estudiado desde diferentes disciplinas, puesto que, para comprenderlo de forma más holística o completa, ha sido necesario reunir conocimientos provenientes de distintas áreas del saber. A pesar de ser un fenómeno esencialmente económico, los modelos y conceptos procedentes de la economía no son suficientes para tener un entendimiento total y global del problema, por esto, áreas como la sociología y la psicología se han preocupado también por entender los problemas y consecuencias del desempleo en cada contexto.

Se han identificado importantes componentes psicológicos relacionados con este fenómeno, tanto en fases previas al mismo, como en la eventual pérdida del empleo y en la intencionalidad de obtener uno nuevo. Asimismo, hay factores psicosociales que influyen de forma colectiva en el mercado laboral y el entorno social en el que se producen o se restringen las ofertas laborales (Arévalo-Pachón, 2012).

Entre los efectos asociados a la pérdida del trabajo y al desempleo, uno de gran importancia es la depresión. Esta condición es muy relevante en la salud mental del desempleado, y la relación entre variables relacionadas con desempleo y variables de salud mental está bien documentada en la literatura (Jahoda, 1982; Warr, 1982; Dooley, et al., 1996; Carroll, 2007; Schmitz, 2010; Goldman-Mellor, et al., 2010; Olesen, et al., 2013; Andreeva, et al., 2015).

Se ha encontrado por ejemplo, que los desempleados, además de presentar mayor número de síntomas depresivos, tienen una más alta probabilidad de presentar episodios de depresión mayor,

como lo concluye un estudio epidemiológico psiquiátrico llevado a cabo en Estados Unidos a comienzos de los años 80 (Dooley, et al., 1994). A su vez, en un estudio prospectivo internacional, realizado entre los años 2003 y 2004 en seis países europeos y Chile, se encontró evidencia de una relación causal entre el desempleo y una mayor prevalencia de depresión. El estudio concluye que los adultos desempleados corren un riesgo mayor de aparición de cuadros clínicos de depresión (Jefferis, et al. 2011).

A diferencia del común denominador en los estudios que buscan investigar sobre la asociación del desempleo y la depresión, en donde lo más común es estudiar cómo el desempleo afecta la salud mental, y sus diferentes desenlaces (entre los que se encuentra la depresión), algunos investigadores se han propuesto estudiar la relación contraria: ¿cómo el rol de la salud mental puede influir en el estado laboral? Un estudio longitudinal realizado en Australia, responde a la anterior pregunta, encontrando que, el estado de salud mental fue un predictor significativo, para la duración del desempleo futuro, tanto para hombres y mujeres. El estado de salud mental inicial en el estudio, mostró estar asociado con mayor riesgo de desempleo futuro para mujeres, mientras que para los hombres, mostró estar asociado con la duración del desempleo para aquellos que lo estaban al inicio del estudio (Butterworth, et al., 2012).

Otros estudios se han planteado investigar acerca de la relación desempleo-depresión, como una relación bidireccional de causa y efecto, puesto que es aceptable pensar que un trastorno mental, como la depresión, puede ser causante de la pérdida del empleo, o de no conseguir uno; como también se podría entender en la otra dirección, como se realiza en la presente investigación, en donde una situación de desempleo puede ser la que haga más propensas a las personas a sufrir trastornos depresivos. Un estudio longitudinal realizado en Suecia entre 2008 y 2010, se propuso estudiar la relación causal entre depresión y desempleo, en ambos sentidos causales, y concluyó que la pérdida del trabajo predice presencia futura de trastornos de depresión mayor con más alta frecuencia, sobretodo en hombres, y también que, mujeres con depresión mayor, están en mayor riesgo de ser excluidas de sus trabajos, mientras que en los hombres no se evidencio un efecto de su salud sobre el riesgo de perder su empleo (Andreeva, et al. 2015).

También se ha estudiado cómo la duración del desempleo puede afectar la salud mental, específicamente en términos de trastornos depresivos. Un estudio de corte transversal llevado a cabo en Lituania, buscó evaluar cómo el desempleo de largo y corto plazo, se asoció con la incidencia de episodios depresivos. Se concluyó que las personas que experimentaron desempleo de largo plazo (12 meses o más), sufrieron más episodios depresivos en los últimos 12 meses, con respecto a las personas que experimentaron desempleo de corto plazo. Los autores hacen énfasis en cómo la depresión es un problema de gran incidencia en los desempleados y promueven la

necesidad de asistencia social y sanitaria para reducir los efectos del desempleo en la salud mental (Stankunas, et al., 2006).

Harpham, Grant y Rodríguez (2004), afirman que los principales factores de riesgo para la salud mental son dificultades a largo plazo a causa de eventos negativos en la vida, o del déficit de apoyo social para superar esos problemas. Algunos ejemplos de complicaciones a largo plazo incluyen pobreza, educación inadecuada, vivir en ambientes físicos peligrosos y altos niveles de inseguridad. Algunos ejemplos de eventos negativos en la vida incluyen separación de la pareja, pérdida del trabajo o desplazamiento forzado. Se puede evidenciar entonces una relación entre las consecuencias en salud mental y los eventos negativos como el desempleo (Harpham, et al., 2004); sin embargo, no se han realizado estudios sobre las asociaciones entre el desempleo y la depresión en Colombia.

Las investigaciones que pretenden establecer el grado de asociación entre desempleo y depresión, generalmente siguen los modelos teóricos que se han planteado para explicar los efectos psicológicos que genera el desempleo. Dos modelos han sido los más utilizados para la investigación que relaciona el desempleo y la salud mental en los últimos años. Estos son el modelo de privación latente de Jahoda (1981) y el modelo de restricción de la agencia de Fryer (1995).

En el modelo de privación latente, se explica que el trabajo remunerado contribuye a obtener diferentes beneficios latentes (relacionados con el bienestar psicológico) y manifiestos (relacionados con el bienestar económico). Las personas se comprometen con un empleo para lograr beneficios manifiestos inicialmente, pero con el tiempo, logran cinco beneficios latentes. Estos son la estructuración del tiempo, el contacto social, la vinculación de metas individuales con metas colectivas, el desarrollo de estatus social y de identidad personal e impone y regula la realización de actividades cotidianas. La privación del empleo implica una privación tanto de los beneficios latentes como manifiestos; pero es la pérdida de los beneficios latentes lo que impacta negativamente el bienestar psicológico (Jahoda, 1981).

Por el contrario, el modelo de restricción de la agencia propuesto por Fryer, considera que la principal consecuencia negativa del desempleo no es la pérdida de beneficios latentes, sino la pérdida de los beneficios manifiestos (pérdida de ingresos económicos). Fryer afirma que “El desempleo generalmente produce una experiencia psicológicamente corrosiva de pobreza que aleja al individuo de un futuro significativo y lo lleva a una reducción en la salud psicológica”. En el modelo se reconoce el rol de los beneficios latentes contribuidos por el trabajo remunerado en la salud mental, pero se considera que no son suficientes para explicar en su totalidad el detrimento en el bienestar psicológico del individuo (Fryer, 1995).

Un estudio que siguió durante 14 años una cohorte de más de 1000 personas que abandonaron el colegio, finalizando el seguimiento cuando cumplieron 30 años, se propuso evaluar siete diferentes modelos que se enfocaban en explicar el efecto sobre la salud del desempleo. Entre los modelos evaluados estaba el modelo de privación latente de Jahoda (1981) y el modelo de restricción de la agencia de Fryer (1995). Los resultados del estudio mostraron que los siete modelos se correlacionaron bien con medidas de desempleo, pero la capacidad de los modelos para explicar la conexión entre desempleo y salud mental, varió. El modelo de privación latente fue el que mejor capacidad explicativa tuvo, seguido del modelo de privación de la agencia. El estudio concluye que modelos con un enfoque multidisciplinario deberían poderse proponer para explicar de mejor manera la asociación entre el desempleo y la salud mental (Janlert & Hammarström, 2009).

En cuanto a la salud mental en Colombia, esta es reconocida por el Estado como prioridad en salud pública. Tanto la inclusión de la salud mental en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Dimensión Convivencia y Salud Mental), como la expedición de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013) y la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), demuestran que es un tema que hace parte de las prioridades en cuanto a salud pública en el país.

La importancia de las complicaciones y trastornos mentales como problemas de salud pública en Colombia, fue ratificada por el estudio de Carga de Enfermedad (Peñaloza, et al., 2014), en donde la depresión por ejemplo apareció como la segunda causa de carga de enfermedad, solamente superada por la hipertensión arterial, y en donde, además se reporta que, con una expectativa de vida de 74,2 años en Colombia, aproximadamente 18 de estos 74,2 años se viven con una carga de enfermedad por discapacidad y aproximadamente 7,5 años con discapacidad por enfermedad mental. Se estimó una prevalencia para la depresión en Colombia en el año 2015 de 5.4%, mismo año en el cual la prevalencia mundial fue 4.4% (OMS, 2017).

El presente trabajo es relevante en la medida en que puede ser una fuente para fortalecer la investigación en un área que no ha sido explorada en materia de salud pública en el país (no hay ningún trabajo publicado en el país, que busque identificar la asociación entre variables del mercado laboral y condiciones de salud mental como la depresión). La importancia de contar con este tipo de estudios, radica principalmente en la priorización de grupos poblacionales vulnerables, para tomar acciones de detección temprana y atención oportuna de problemas y trastornos mentales. Lo anterior es muy relevante, por lo que la presente investigación pretende establecer cuál fue la asociación entre el desempleo y la depresión en Colombia para el año 2015, buscando comprobar la hipótesis, que postula que, en presencia de desempleo, los individuos son más propensos a sufrir de depresión, es decir, tener más síntomas depresivos.

Datos y Metodología

A partir de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM2015) realizada en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Pontificia Universidad Javeriana en Colombia, se estimó la asociación entre depresión y desempleo. Como fuente de datos la ENSM2015 tiene varios aspectos positivos, por ejemplo, que fue realizada con una muestra de tipo probabilístico con representatividad tanto nacional como departamental de los datos, por grupos de edad, sexo y región, por lo que el tamaño muestral supera los 15 mil participantes. Además, se utilizaron instrumentos de recolección de información validados. Algunos de interés para este estudio son el Módulo del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales del Ministerio de Salud y Protección Social y el Self Report Questionnaire (SRQ). Adicionalmente, la ENSM2015, aporta información sobre la prevalencia de enfermedades o trastornos mentales en términos del curso de vida, el último año o el último mes y síntomas, lo anterior a través de instrumentos de diagnóstico validados que se basan en auto reporte.

Los criterios de inclusión para la sub muestra utilizada en este estudio fueron: personas mayores de edad (18 años), hombres menores de 62 años y mujeres menores de 57 años (edad de jubilación en el año 2015 en Colombia), quedando así una muestra con 5374 individuos. Estos criterios de inclusión se basan en la restricción de la muestra a solo personas que participaron en el mercado laboral, por lo cual los menores de edad y las personas en edad de jubilación fueron excluidos del estudio, como también los incapacitados permanentes, y en general las personas que no estaban ocupadas y que no estaban buscando trabajo.

La información sobre depresión utilizada en el presente estudio se tomó de los datos recolectados en la ENSM2015 a través del Self Report Questionnaire (SRQ), instrumento diagnóstico validado por la OMS para evaluar condiciones de salud mental (Beusenberg, Orley & WHO, 1994). Algunas de las enfermedades mentales que pueden ser identificadas a través de SRQ se resumen en la siguiente tabla (**Tabla 1**).

El SRQ es ponderado de diferentes maneras, según el país de aplicación. Iacoponi y Mari (1989) propusieron una estructura factorial compuesta por cuatro factores para la versión portuguesa del SRQ en Brasil, en los cuales las 20 preguntas del SRQ fueron clasificadas. La clasificación propuesta por los autores se muestra en la **Tabla 2**. Para el objetivo de este estudio, se tomó como referencia esta clasificación (Iacoponi et. al, 1989), teniendo en cuenta solo los dos factores y 7 síntomas directamente relacionados con depresión. Estos 7 síntomas, fueron evaluados en la ENSM2015, y con base en ellos se creó una variable que resume la categoría por número de síntomas en la cual se encuentran las personas. Teniendo en cuenta lo anterior, la variable de depresión se crea con 3

categorías, correspondientes a: ningún síntoma (0), entre 1 y 3 síntomas (1) y entre 4 y 7 síntomas (2). Esta fue la variable dependiente del modelo.

Tabla 1. Clasificación diagnóstica de algunos trastornos mentales comunes validados por el SRQ, junto con el código de clasificación internacional de enfermedades CIE-10

DEPRESIÓN	
F32	Episodio depresivo
F33	Trastorno depresivo recurrente
F34.1	Distimia
TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANSIEDAD	
F40	Trastornos fóbicos de ansiedad
F41.0	Trastornos de pánico
F41.1	Trastornos de ansiedad generalizada
F41.2	Trastornos mixtos de ansiedad y depresión
F42	Trastornos obsesivos
F43.2	Trastornos de adaptación
TRASTORNOS SOMATOMORFOS	
F45.0	Trastorno de somatización
F45.1	Trastorno somatoformo indiferenciado
OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS	
F48.0	Neurastenia

Fuente: A user's guide to the Self Report Questionnaire (SRQ), (Beusenber, Orley & WHO, 1994).

En cuanto a las variables independientes, el modelo incluyó una variable binaria para desempleo, y variables socioeconómicas como edad, sexo, situación de pobreza, nivel educativo, estado civil, área geográfica, región y si el individuo es jefe de hogar. Estas variables se pueden observar con mayor nivel de detalle en la **Tabla 3**.

Para la variable que define la situación de desempleo de los individuos, la investigación se acogió a la definición del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), del concepto de desocupados, que se entiende como, las personas que se encontraban en una de las siguientes situaciones en la semana de referencia:

- *Desempleo abierto:*
 1. Sin empleo en la semana de referencia.
 2. Hicieron diligencias en el último mes para conseguir trabajo.
 3. Disponibilidad.

- *Desempleo oculto:*
 1. Sin empleo en la semana de referencia.
 2. No hicieron diligencias en el último mes, pero sí en los últimos 12 meses y tienen una razón válida de desaliento.
 3. Disponibilidad.

Tabla 2. Clasificación de factores propuesta por Iacoponi & Mari en 1989.

Estructura de 4 factores - SQR Brasil - Iacoponi y Mari, 1989	
Item No.	Item
<i>Factor I - Energía disminuida</i>	
20	¿Se cansa con facilidad?
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
13	¿Tiene dificultad para hacer su trabajo?
8	¿Tiene problemas para pensar con claridad?
11	¿Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias?
<i>Factor II - Síntomas somáticos</i>	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
7	¿Sufre de mala digestión?
2	¿Tiene mal apetito?
1	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?
<i>Factor III - Estado de ánimo depresivo</i>	
10	¿Llora con mucha frecuencia?
9	¿Se siente triste?
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?
<i>Factor IV - Pensamientos depresivos</i>	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
15	¿Ha perdido interés en las cosas?

Fuente: A user's guide to the Self Report Questionnaire (SRQ), (Beusenbergh, Orley & WHO, 1994).

A partir de estas dos diferentes definiciones de desempleo, se generó una variable que toma el valor de 1 para las personas que buscaron trabajo en las últimas 4 semanas o en el último año, las personas que afirmaron estar buscando trabajo como la actividad de la última semana, y las personas que expresaron desear trabajar. La variable toma el valor de 0 para las personas empleadas.

El objetivo del estudio fue establecer el grado de asociación estadística entre la variable relacionada a depresión, que en este caso se asimiló a la categoría del número de síntomas reportados por los individuos, clasificados a partir de los síntomas propuestos por la estructura factorial del SRQ confirmada por Iacoponi, et al. (1989), y la variable de desempleo anteriormente mencionada. Para esto, se utilizó un modelo de regresión logística ordinal (Ologit). Esta variación de la regresión no lineal logística, se utiliza cuando la variable dependiente tiene más de dos categorías (no es binaria), y los valores de dicha variable tienen un orden secuencial, donde un valor es mayor que el anterior, como en este caso, por ejemplo, los individuos que están en la categoría con 4-7 síntomas, están en una categoría de mayor riesgo, que los individuos que están

en la categoría de 1-3 síntomas en términos de trastornos depresivos, por lo cual se puede afirmar que esta categorización tiene un orden jerárquico.

Tabla 3. Variables incluidas en el modelo.

Variable	Tipo de variable	Explicación
Catsintomas	Categórica	Ningún síntoma (0); 1-3 síntomas (1); 4-7 síntomas (2)
Desempleo	Binaria	Desempleo (1); no desempleo (0). Basada en definición de desempleo del DANE
Edad	Continua	Edad del individuo
Hombre	Binaria	Hombre (1); Mujer (0)
Pobreza	Binaria	Hogar en estado de pobreza (1); no pobreza (0). Basado en medida del IPM*
Primaria	Binaria	Si máximo nivel educativo alcanzado es primaria (1), no primaria (0)
Bachiller	Binaria	Si máximo nivel educativo alcanzado es bachiller (1), no bachiller (0)
Técnico	Binaria	Si máximo nivel educativo alcanzado es técnico (1), no técnico (0)
Universitario	Binaria	Si máximo nivel educativo alcanzado es título universitario (1), no universitario (0)
Posgrado	Binaria	Si máximo nivel educativo alcanzado es posgrado (1), no posgrado (0)
Estadocivil1	Binaria	Si casado - unión libre - tiene pareja (1); no casado - unión libre - pareja (0)
Estadocivil2	Binaria	Si separado - viudo - divorciado (1); no separado - viudo - divorciado (0)
Estadocivil3	Binaria	Si soltero (1) - no soltero (0)
Area1	Binaria	Si vive en cabecera municipal (1); no vive en cabecera municipal (0)
Area2	Binaria	Si vive en centro poblado (1); no vive en centro poblado (0)
Area3	Binaria	Si vive en rural disperso (1); no vive en rural disperso (0)
Region1	Binaria	Región Central (1); no región Central (0)
Region2	Binaria	Región Atlántica (1); no región Atlántica (0)
Region3	Binaria	Región Bogotá (1); no región Bogotá (0)
Region4	Binaria	Región Oriental (1) no región Oriental (0)
Region5	Binaria	Región Pacífica (1); no región Pacífica (0)
JefeHogar	Binaria	Si es jefe de hogar (1); no es jefe de hogar (0)

Fuente: elaboración propia del autor. *IPM = Índice de pobreza Multidimensional.

La variable dependiente del modelo fue CatSintomas (clasificación en categorías por número de síntomas relacionados con depresión, de acuerdo a Iacoponi y Mari (1989)). Edad, sexo, nivel de educación, región de residencia, área de residencia, estado de pobreza del hogar, estado civil, si el individuo es el jefe del hogar y el estado de desempleo del mismo se utilizaron como variables independientes. El modelo econométrico se puede resumir en la siguiente ecuación:

$$\begin{aligned}
 \text{CatSintomas} = & C * \beta_0 + \text{Desempleo} * \beta_1 + \text{Edad} * \beta_2 + \text{Hombre} * \beta_3 + \text{Pobreza} * \beta_4 + \text{Bachiller} * \beta_5 \\
 & + \text{Técnico} * \beta_6 + \text{Universitario} * \beta_7 + \text{Posgrado} * \beta_8 + \text{EstCivil1} * \beta_9 + \text{EstCivil2} \\
 & * \beta_{10} + \text{Area2} * \beta_{11} + \text{Area3} * \beta_{12} + \text{Region1} * \beta_{13} + \text{Region2} * \beta_{14} + \text{Region4} * \beta_{15} \\
 & + \text{Region5} * \beta_{16} + \text{JefeHogar} * \beta_{17} + \varepsilon
 \end{aligned}$$

Para observar los efectos de estas variables sobre la variable dependiente se calcularon los efectos marginales de las probabilidades pronosticadas del modelo, para cada categoría de síntomas. Además, para probar el poder predictivo del modelo, se comparan las probabilidades pronosticadas para cada categoría de síntomas, con la distribución muestral de las mismas.

Estadísticas Descriptivas

Tabla 4. Estadísticas descriptivas por categoría de síntomas.

Variable independiente	Ningún síntoma		1 - 3 síntomas		4 - 7 síntomas	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Desempleo*	.109862	.0049992	.2058591	.0113816	.3351064	.0345181
Edad	38.39882	.1825796	37.78147	.3252753	38.70745	.8889742
Hombre*	.6019417	.0078252	.4552652	.0140183	.3085106	.0337759
Pobreza*	.2271334	.0066979	.1931908	.0111135	.1968085	.0290744
Bachiller*	.4885028	.007991	.5091053	.0140724	.5319149	.0364891
Técnico*	.1223812	.0052391	.1037213	.0085827	.0904255	.0209722
Universitario*	.1062851	.004927	.0752177	.0074242	.0159574	.0091636
Posgrado*	.0137966	.0018647	.010293	.0028411	.0053191	.0053191
Casado - UL- con pareja*	.5858457	.0078744	.5217736	.0140614	.4361702	.0362645
Separado - viudo - divorciado*	.1292795	.0053635	.1741884	.0106763	.2234043	.0304595
Centro poblado*	.055953	.0036741	.0577989	.006569	.0478723	.0156124
Rural disperso*	.1573838	.0058216	.152019	.0101068	.1170213	.0235064
Región Central*	.1852325	.0062104	.1979414	.0112161	.2393617	.0312029
Región Atlántica*	.221257	.0066358	.152019	.0101068	.1170213	.0235064
Región Oriental*	.2654573	.0070591	.2430721	.0120744	.1861702	.0284643
Región Pacífica*	.1732243	.0060498	.2090261	.0114459	.2180851	.0301976
Jefe de hogar*	.594277	.0078497	.5653207	.0139541	.5531915	.0363561

Las variables con * corresponden a variables binarias. Fuente: elaboración propia del autor.

En la **Tabla 4** se presentan las medias de las variables de interés. Se observa que a mayor número de síntomas de depresión, el porcentaje de desempleados aumenta (entendiendo la media reportada en la **Tabla 4** para las variables binarias como la proporción de individuos que se reportan en cada categoría de síntomas). Así por ejemplo, entre aquellos individuos que no tienen ningún síntoma depresivo, el 10.98% son desempleados, mientras que en los individuos que presentan el mayor número de síntomas (4-7 síntomas), hay un 33% de desempleados. Es posible observar también como, la mayoría de individuos que presentaron más síntomas depresivos (4-7 síntomas) fueron mujeres (70%).

También es interesante observar, como los individuos con mayores niveles de educación, muestran una menor incidencia de síntomas depresivos, por ejemplo, tan sólo el 0.5% de los individuos que se encontraban en la categoría de 4-7 síntomas, tenían un posgrado, mientras que el 53.19% de los individuos en la misma categoría, sólo habían terminado el bachillerato. Se evidencia también como con menor número de síntomas depresivos, hay un mayor número de individuos casados, en unión libre o que simplemente tienen pareja, en donde el 58% de los individuos en estas condiciones, estaban en el grupo de ningún síntoma.

Es posible ver como entre mayor número de síntomas depresivos, se tiene una mayor cantidad de individuos que viven en la región Central del país, por ejemplo, entre los individuos que están en la categoría de 4-7 síntomas depresivos, el 24% reportan vivir en la región Central. Lo mismo pasa con los individuos que viven en áreas rurales no dispersas.

Resultados

Los resultados de los efectos marginales de la estimación del modelo Ologit se presentan en la **Tabla 5**. Éstos se interpretan como el cambio en la probabilidad de que el individuo se encuentre en una categoría de síntomas. Una particularidad del modelo Ologit, es que la suma de los efectos marginales para una misma variable independiente, debe ser igual a cero. Lo anterior, porque si para un individuo es más probable estar en ciertas categorías, debe ser menos probable estar en otras (por ejemplo, si es más probable que un individuo presente síntomas depresivos por estar desempleado (categorías 1 y 2), será menos probable que no presente ningún síntoma depresivo para la misma variable independiente (categoría 0)).

La variable de interés, desempleo, es estadísticamente significativa al 1% en todas las categorías de síntomas depresivos, esto significa, que la hipótesis planteada que afirma que en presencia de desempleo, los individuos son más propensos a sufrir de depresión, es decir, tener más síntomas depresivos, se cumple. Los hallazgos confirman que los individuos desempleados tienen 16.54% menos de probabilidad de pertenecer al grupo de personas que no reportó ningún síntoma depresivo respecto a aquellos empleados. Adicionalmente se encuentra, que las personas desempleadas tienen 13.42% y 3.12% más probabilidad de pertenecer a la categoría de 1-3 síntomas y 4-7 síntomas respectivamente, respecto a aquellas ocupadas. Lo anterior, valida la hipótesis planteada pues confirma que el desempleo está positivamente asociado con mayores síntomas de depresión.

Es interesante también resaltar algunos resultados en cuanto a variables como nivel de educación y sexo. En cuanto a nivel de educación, se observa cómo en todas las diferentes variables que hacen referencia a nivel educativo, hay una asociación negativa con el número de síntomas depresivos. Por ejemplo, en los individuos con un posgrado, la probabilidad de que uno de ellos

esté en la categoría de ningún síntoma depresivo aumenta en un 10.39% ($p < 0.05$), y de que esté en la categoría de 4-7 síntomas se reduce en un 1.48% ($p < 0.05$), mientras que para los individuos que terminaron el bachillerato, la probabilidad de que estén asintomáticos (ningún síntoma) aumenta en 5.17% ($p < 0.01$), y de estar en la categoría de 4-7 síntomas se reduce en un 0.83% ($p < 0.01$), por lo cual es posible concluir que a mayor nivel educativo, menor es la probabilidad de presentar un mayor número de síntomas depresivos.

Tabla 5. Resultados regresión Ologit.

Modelo Ologit		Pseudo R2 = 0.0445				
CatSíntomas	Ningún síntoma		1 - 3 síntomas		3 - 6 síntomas	
Variable independiente	dy/dx	DE	dy/dx	DE	dy/dx	DE
Desempleo(*)	-.1654933***	.02041	.1342205***	.01597	.0312727***	.00474
Edad	.0002379	.00061	-.0001998	.00051	-.00003815	.00009
Hombre(*)	.1182597***	.01314	-.0987166***	.01093	-.0195431***	.0025
Pobreza(*)	.0200658	.01585	-.0168925	.01339	-.0031733	.00236
Bachiller(*)	.051731***	.01582	-.043424***	.01327	-.008307***	.0025
Técnico(*)	.0957011***	.01876	-.081529***	.01619	-.0141721***	.00264
Universitario(*)	.1240784***	.01824	-.1061872***	.01583	-.0178912***	.00261
Posgrado(*)	.1039529**	.04003	-.0890731**	.0349	-.0148798**	.005
Casado - UL- con pareja(*)	.0306971**	.01445	-.0257505**	.01209	-.0049466**	.00227
Separado - viudo - divorciado(*)	-.0298642	.0208	.0249531	.01731	.0049111	.00336
Centro poblado(*)	-.0049455	.02619	.004149	.02195	.0007965	.00404
Rural disperso(*)	.0240819	.01753	-.0202968	.01482	-.0037851	.0026
Región Central(*)	.0216484	.01932	-.0182331	.01633	-.0034153	.00287
Región Atlántica(*)	.1089059***	.01697	-.0925565***	.01462	-.0163494***	.00251
Región Oriental(*)	.0676017***	.0172	-.0571346***	.01463	-.0104671***	.00255
Región Pacífica(*)	.0031565	.01986	-.002652	.0167	-.0005045	.00302
Jefe de hogar(*)	-.0085281	.01311	.007164	.01102	.0013641	.002

*** $p < 0.01$. ** $p < 0.05$. * $p < 0.1$. Los resultados del modelo Ologit se muestran en puntos porcentuales a través del cálculo de los efectos marginales. Las variables independientes con (*) son variables binarias.

En cuanto al sexo, también se evidencia una asociación estadística negativa entre número de síntomas depresivos y ser hombre. Se puede observar como para los hombres, la probabilidad de estar en la categoría de ningún síntoma, aumenta en un 11.82% ($p < 0.01$), mientras que la probabilidad de estar en una categoría con mayor número de síntomas, se reduce; lo cual significa que las mujeres tienen mayor probabilidad de estar en categorías con mayor número de síntomas.

También se evidencian resultados interesantes en cuanto al estado civil de los individuos. Se puede observar una asociación negativa entre número de síntomas depresivos y el tener pareja (casado,

unión libre o con compañero permanente). La probabilidad de estar en la categoría de ningún síntoma depresivo aumenta en 3.06% ($p < 0.05$) para los individuos con pareja, sin embargo, la probabilidad de pertenecer a una categoría con mayor número de síntomas se reduce, por ejemplo en 2.57% ($p < 0.05$) para la categoría de 1-3 síntomas en los individuos que tienen pareja.

Los resultados del modelo muestran también una asociación estadística negativa entre número de síntomas depresivos y vivir en la región Atlántica (Región2), o en la región Oriental (Región4) con respecto a vivir en Bogotá, la capital del país (Región3). Los efectos marginales estimados, pueden interpretarse así: la probabilidad de no presentar síntomas depresivos si el individuo vive en la región Atlántica aumenta en un 10.89%, mientras que si vive en la región Oriental, aumenta en un 6.76%, frente a vivir en Bogotá. A su vez, la probabilidad de que un individuo se encuentre en la categoría de 1-3 síntomas si el individuo vive en la región Atlántica, se reduce en 9.25%, y si vive en la región Oriental en un 5.71%, frente a vivir en la capital del país.

En cuanto al poder predictivo del modelo, las **Tabla 6** y **Tabla 7** muestran el poder predictivo del mismo. Se observa que las probabilidades pronosticadas del modelo y la distribución muestral en las categorías de síntomas son similares. Esto significa que el modelo tiene una muy alta capacidad predictiva y por ende los resultados obtenidos del mismo son robustos y confiables estadísticamente.

Tabla 6. Probabilidades pronosticadas del modelo Ologit para cada categoría de síntomas.

Valores predictivos	Obs	Media	SE	Min	Max
Ningún Síntoma (0)	5374	.7270495	.1116054	.3212823	.9269834
1-3 Síntomas (1)	5374	.2359941	.0894793	.0656934	.5135442
4-7 Síntomas (2)	5374	.036956	.021635	.007005	.1567101

Fuente: elaboración propia del autor.

Tabla 7. Distribución muestral por categorías de síntomas.

CatSíntomas	Frec	Porcent	Cum
Ningún Síntoma (0)	3,914	72.83	72.83
1-3 Síntomas (1)	1,263	23.50	96.33
4-7 Síntomas (2)	197	3.67	100.00
Total	5,374	100.00	100.00

Fuente: elaboración propia del autor.

Discusión

Este trabajo constituye una primera aproximación al estudio de la asociación entre depresión y desempleo en Colombia. Los resultados obtenidos van en línea con estudios empíricos previos

aplicados a otros países que concluyen existe un efecto positivo del desempleo sobre la depresión (Dooley, et al., 1996; Carroll, 2007; Schmitz, 2010; Goldman-Mellor, et al., 2010; Olesen, et al., 2013; Andreeva, et al., 2015; Kim TJ, et al., 2016).

Se encuentran resultados congruentes con otras investigaciones que han mostrado como las mujeres son más propensas a sufrir de depresión que los hombres. Por ejemplo, en el estudio de Hopcroft y Bradley (2007), en donde se examinó la diferencia entre sexos en depresión en 29 países, se encontró que en ninguno de ellos, los hombres son más propensos a sufrir de depresión que las mujeres. Éste no es el único ejemplo que se puede referenciar en cuanto a las diferencias de género en depresión. En el trabajo de Van de Velde, Bracke y Levecque (2010), se evidencia que las mujeres reportan mayores niveles de depresión que los hombres en 23 países europeos. Asimismo, se evidencia que riesgos más bajos de depresión se asocian con individuos casados o que viven en pareja, resultado que también se evidenció en esta investigación, como también con tener una posición socioeconómica “buena” en términos generales.

Además, se evidencian resultados que muestran como un mayor nivel educativo, se asocia negativamente a la depresión. En el más reciente estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), “Panorama de la educación 2017”, en donde se miden diferentes indicadores relacionados con la educación en el mundo, esta publicación tiene una estrecha relación con este trabajo, ya que se afirma que las personas con un nivel educativo más alto declaran una incidencia menor de depresión en todos los países que respondieron a la Entrevista Europea de Salud 2014 (EHIS2014, siglas en inglés), y además, que la proporción de personas que declaran una incidencia de depresión mayor, son las mujeres en comparación con los hombres, en donde este índice se reduce de forma más aguda para las primeras que para los segundos, cuando se alcanzan niveles educativos más altos. Por último, el estudio afirma que la educación podría tener un papel importante en la prevención de la depresión, junto con tener un empleo, ya que muestra evidencia de, como la prevalencia de depresión es mucho menor en la población empleada, que en la desempleada, para los distintos niveles educativos.

También se tienen resultados interesantes en cuanto a la región de residencia de los individuos. En el estudio se encontró que vivir en la región Atlántico u Oriental, aumenta la probabilidad de no padecer síntomas, frente a vivir en Bogotá, la capital y ciudad más grande y desarrollada del país. Estos resultados están en línea con el estudio realizado por de Vries, E., Gómez-Restrepo, C., Rincon, C.J., Tamayo Martínez, N, et al, (2018), en el que se utilizaron los datos de la ENSM2015 y se encontró que existe una mayor prevalencia de enfermedades mentales como depresión en las ciudades, en comparación con las zonas rurales, en donde una de las hipótesis de los autores es que existe a una mayor prevalencia de enfermedades mentales como depresión y ansiedad en las

ciudades, que en el campo, posiblemente por la mayor presión social y la necesidad de compararse con las demás personas en las ciudades, en ambientes altamente competitivos.

Si bien, la presente investigación no hace un abordaje causal de la relación entre depresión y desempleo, debido principalmente a la limitación de fuentes de información, como por ejemplo, el no contar con encuestas longitudinales, los hallazgos encontrados son relevantes en la medida en que este trabajo es una fuente inicial, para fortalecer la investigación futura en un área que no había sido explorada en materia de salud pública en el país (no hay ningún trabajo publicado en el país, que busque identificar la asociación entre variables del mercado laboral y condiciones de salud mental como la depresión), además contribuyendo con novedosos hallazgos en este campo, y ampliando el inexistente cuerpo de literatura que presenta datos en cuanto a la asociación estadística entre la depresión y el desempleo en Colombia.

Conclusiones

Este estudio es una primera aproximación clave para el manejo del riesgo colectivo en salud mental asociado a condiciones del mercado laboral en Colombia. La evidencia del mismo sugiere que en Colombia, el desempleo está positivamente asociado a un mayor número de síntomas depresivos. Lo anterior afecta con mayor probabilidad a las mujeres y a las personas con un menor nivel educativo, y también se evidencia como la prevalencia de síntomas depresivos disminuye para los individuos que viven fuera de Bogotá (la ciudad más importante del país). La importancia de estos resultados radica en que éstos sirven para establecer marcos de referencia, sobre los cuales se podrían estructurar planes de acción con objetivos como identificar los grupos poblacionales más vulnerables y así, direccionar intervenciones en salud pública y establecer priorización en los servicios de salud.

Asimismo, este trabajo de investigación brinda hallazgos novedosos que aportan al vacío existente en la literatura en el país, y se propone la continuidad de investigación sobre la relación depresión-desempleo, tal vez explorando nuevas hipótesis o nuevas preguntas de investigación que contribuyan a brindar más evidencia de la unión de dos estos dos problemas, que afectan la calidad de vida de las personas, como lo afirma la OMS.

Referencias

- Andreeva E, Magnusson Hanson LL, Westerlund H, et al. (2015). *Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish longitudinal occupational survey of health*. BMC Public Health 2015; 15:1045.
- Arévalo-Pachón, G. (2012). *Tendencias en la investigación psicológica sobre desempleo y salud*. Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología 5(2): 17-30.
- Beusenberg, M., Orley, J. H., & World Health Organization (1994). *A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: WHO.
- Butterworth, P., Leach, LS., Pirkis, J., Kelaheer, M. (2012). *Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2012) 47:1013-1021.
- Carroll, N. (2007). *Unemployment and psychological wellbeing*. The Economic Record, 83, 287-302.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2016) *Boletín Técnico. Principales indicadores del mercado laboral*. Diciembre 2015.
- Dooley, D., Catalano, R., & Wilson, G. (1994). *Depression and unemployment: panel findings from the epidemiologic catchment area study*. American Journal of Community Psychology, 22(6), 745e765.
- Dooley, D., Fielding, J., & Levi, L. (1996). *Health and unemployment*. Annual Reviews. Public Health. 17, 449-65.
- Fryer, D. (1986). *Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment*. Social Behaviour, 1, 3-23.
- Fryer, D. (1995). *Labour market disadvantage, deprivation and mental health benefit agency*. The Psychologist, 8, 265-272
- Goldman-Mellor, S., Saxton, K & Catalano, R. (2010). *Economic contraction and mental health*. International Journal of Mental Health, vol. 39, 2, 6-31.
- Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Tamayo, N., Matallana, D., & González, L. M. (2016). *Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 45, 2-8.
- Gómez-Restrepo, C. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental. Resumen ejecutivo*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Harpham, T., Grant, E., Rodríguez, C. (2004). *Mental health and social capital in Cali, Colombia*. Social Science & Medicine, Vol. 58, Issue 11, 2004, Pages 2267-2277.
- Hopcroft, R & Bradley, D. (2007). *The Sex Difference in Depression across 29 Countries*. Social Forces. 85. 1483-1507.

- Iacoponi, E & Mari, J J. (1989). *Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire*. The International Journal of Social Psychiatry, 35(3), 213-222.
- Jahoda, M. (1981). *Work, employment, and unemployment: values, theories, and approaches in social research*. American Psychologist, 36(2), 184e191.
- Jang, SN., Cho, SI., Chang, J., Boo, K., Shin, HG., Lee, H., & Berkman, LF. (2009). *Employment status and depressive symptoms in Koreans: results from a baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Aging*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2009 Sep; 64(5):677-83.
- Janlert, U & Hammarström, A. (2009). *Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health*. BMC Public Health 2009, 9:235.
- Jefferis, B., Nazareth, I., Marston, L., Moreno-Kustner, B., Bellón, J., Svab, I., Rotar, D., Geerlings, M., Xavier, M., Goncalves-Pereira, M., Vicente, B., Saldivia, S., Aluoja, A., Kalda, R. & King, M. (2011). *Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort)*. Social Science & Medicine, Vol 73 Issue 11, Pages 1627-1634.
- Kim, T.J., & von dem Knesebeck. (2016). *Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies*. Int Arch Occup Environ Health. 2016 May; 89(4):561-73.
- Ley N° 1616. Congreso de Colombia. *Ley de Salud Mental y otras disposiciones*. Colombia, 21 enero 2013.
- Manterola, C & Otzen, T. (2015). *Bias in clinical research*. International Journal of Morphology. 33(3): 1156-1164.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Tomo I*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución No. 0004846 de 2018. Política Nacional de Salud Mental*. 7 de Nov de 2018.
- Olesen, SC., Butterworth, P., Leach, LS., et al. (2013). *Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study*. BMC Psychiatry 2013; 13:144.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud mental: un estado de bienestar* [Internet]. WHO. [cited 2014 Jun 3]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Peñaloza, RE., et al. (2014). *Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Primera edición.
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., & Marmar, C. (2011). *Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally*

displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3(4), 384-393.

- Schmitz, H. (2011). *Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health.* Labour Economics, 18, 71-78.
- Thapa, S.B. & Hauff, E. (2005). *Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal.* Soc Psychiat Epidemiol (2005) 40: 672.
- Van de Velde, S., Piet, B., and Katia, L. (2010). *Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression.* Social Science & Medicine 71.2 (2010): 305-313.
- de Vries, E., Gómez-Restrepo, C., Rincon, C.J., Tamayo Martínez, N., et al. (2018). *Housing index, urbanisation level and lifetime prevalence of depressive and anxiety disorders: a cross-sectional analysis of the Colombian national mental health survey.* BMJ Open 2018; 8.
- Warr, P. (1982). *Psychological aspects of employment and unemployment.* Psychological Medicine, 12, 7-11.