



CONCURSO JUAN PABLO TERRA. EDICIÓN ESPECIAL, 2023

Desigualdad y salud mental en los jóvenes en Uruguay

EVELIN LASARGA

© 2026 Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra

Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra

José E. Rodó 1836, primer piso

Montevideo, Uruguay

Tel: (598) 24008992

ihcterra@gmail.com

www.institutojuanpabloterra.org.uy

ISBN 978-9915-9628-5-6

La autora

Evelin Lasarga es magíster en Economía por la Universidad Nacional de La Plata, Argentina, y candidata a doctora en Economía por el Programa de Doctorado Interuniversitario en Economía (DEcIDE), España. Es consultora PNUD América Latina y gerente de proyectos e investigación en el *think tank* DataPop Alliance. Cuenta con experiencia en evaluación de políticas públicas y análisis de datos, especialmente en el sector educativo.

El análisis y las reflexiones contenidas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra, del Instituto Nacional de la Juventud del Ministerio de Desarrollo Social ni de UNFPA o sus Estados miembros.

La edición especial 2023 del Concurso de Investigación «Juan Pablo Terra» contó con el apoyo de UNFPA y del Instituto Nacional de la Juventud del Ministerio de Desarrollo Social.



Ministerio
de Desarrollo
Social

Instituto
Nacional de la
Juventud



Tabla de contenidos

Presentación.....	5
Resumen	7
Introducción.....	8
Marco teórico	11
1. Modelo ecológico.....	12
2. Hipótesis de la desigualdad del ingreso	13
3. Hipótesis del capital social (SCH)	14
4. Hipótesis de la ansiedad por estatus (SAH).....	15
5. Hipótesis neomaterialista (NMH)	16
6. Hipótesis adicionales.....	17
Literatura	19
Estrategia empírica.....	22
Hipótesis	22
Datos	23
Mental Health Indices	23
Índice de pobreza en salud mental.....	24
Índice de salud mental general	25
Metodología.....	27
Limitaciones	29
Resultados.....	31
Estadísticas descriptivas.....	31
Análisis econométrico	35
Robustez	38
Conclusiones finales	40
Referencias.....	43
Apéndice	50

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen del índice general de salud mental y % de población pobre según el índice de pobreza en salud mental para 2018 y 2022	31
Tabla 2. Porcentaje de desigualdad «Between» y «Within» en el Índice de Salud Mental, años 2018 y 2022	34
Tabla 3. Odds Ratios de los modelos logit multinivel bayesianos sobre pobreza en salud mental para la población total, hombres y mujeres	36
Tabla 4. Resultados de los modelos bayesianos multinivel de robustez: especificación con resultado continuo y modelo sin ponderadores	38
Tabla 5. Preguntas sobre estado emocional y mental en los últimos 12 meses .	50

Índice de figuras

Figura 1. Acceso a tratamiento psiquiátrico y psicológico por quintil de ingreso. 2018, 2022	33
Figura 2. Pobreza en salud mental según sexo y año	51
Figura 3. Pobreza en salud mental por ascendencia racial y año	51
Figura 4. Pobreza en salud mental según repetición y año	52
Figura 5. Pobreza en salud mental por quintil de ingresos y año	52
Figura 6. Pobreza en salud mental según trabajo de cuidados y año.....	53

PRESENTACIÓN

Esta edición del Concurso de Investigaciones «Juan Pablo Terra», siempre inspirado en su enfoque y metodología de investigación, se enmarca en el compromiso de las Naciones Unidas de *no dejar a nadie atrás*, de erradicar la pobreza en todas sus formas, poner fin a la discriminación y la exclusión, y reducir las desigualdades y vulnerabilidades que dejan a las personas atrás y socavan el potencial de las personas y de la humanidad en su conjunto. Este enfoque integral comprende la identificación de quiénes se quedan atrás y por qué; la formulación de las políticas efectivas para abordar las causas; el seguimiento de los avances; y la participación libre, activa y significativa de todas las personas y comunidades.

En 2018, el Instituto Nacional de la Juventud, simultáneamente con la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ), inició un estudio longitudinal (panel) sobre un conjunto de jóvenes que en ese entonces tenían entre 12 y 15 años de edad, con el objetivo de realizar un seguimiento bienal. La situación generada por la pandemia de covid-19 retrasó los plazos planificados y, si bien se mantuvo el contacto con los jóvenes, la segunda ronda de entrevistas se realizó finalmente durante 2022.

Se trata de la primera experiencia de estudios longitudinales aplicados a adolescentes y jóvenes. Este tipo de estudios, basados en mediciones repetidas efectuadas sobre las mismas unidades de análisis, en este caso adolescentes y jóvenes, permite realizar un seguimiento de la población seleccionada logrando captar los cambios que operan en ella a través del tiempo.

Esta edición especial del Concurso de Investigaciones «Juan Pablo Terra» impulsó la explotación intensiva de los resultados de este novedoso abordaje para adolescentes y jóvenes a partir de la ENAJ y sus dos rondas de entrevistas.

El presente trabajo aborda las *desigualdades en salud mental* entre adolescentes y jóvenes en Uruguay y el efecto de los factores socioeconómicos, utilizando los datos longitudinales de las olas 2018 y 2022 de la ENAJ. Agradecemos a la investigadora su contribución al conocimiento y los insumos que aporta esta investigación a la reflexión sobre las políticas públicas.

Se contó con el invalorable apoyo de UNFPA, así como con la activa participación del Instituto Nacional de la Juventud (INJU) del Ministerio de Desarrollo Social. Agradecemos el entusiasmo y energía con que formaron parte de esta edición.

Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra

RESUMEN

Este estudio aborda las desigualdades en salud mental entre adolescentes y jóvenes en Uruguay y el efecto de los factores socioeconómicos, utilizando datos longitudinales de las olas 2018 y 2022 de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ). En un contexto global donde los trastornos mentales afectan entre el 10% y el 20% de los adolescentes, Uruguay está presenciando una creciente prevalencia de problemas de salud mental en esta población. Esta investigación analiza factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios, considerando los marcos teóricos del modelo ecológico y las hipótesis de la ansiedad de estatus, el capital social y el neomaterialismo. Para ello, se construyen índices de salud mental general y de pobreza en salud mental. Los resultados destacan un aumento en la desigualdad en salud mental durante el período analizado, así como la incidencia del ingreso del hogar, el género, la repetición en educación media, el trabajo de cuidados no remunerado y el nivel de desigualdad de ingresos en el área de residencia. Asimismo, el estudio encontró diferencias de género en los mecanismos que subyacen a la pobreza en salud mental. Además, el acceso a la atención en salud mental entre quienes experimentan pobreza en salud mental está correlacionado con el ingreso del hogar. Este estudio proporciona evidencia para orientar políticas públicas destinadas a reducir las disparidades en salud mental y sugiere algunas recomendaciones de política pública.

Palabras clave: salud mental, desigualdad, jóvenes, Uruguay

JEL: I14, I31, J18

INTRODUCCIÓN¹

A nivel global, se estima que los trastornos mentales afectan entre el 10% y el 20% de niños y adolescentes y se encuentran entre las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad en la adultez (Estevez López et al., 2006). Una gran proporción de jóvenes en países de bajos ingresos se ve afectada por estas condiciones crónicas, lo que convierte la intervención temprana en una prioridad de la agenda mundial de salud (Kim-Cohen et al., 2003; Kessler et al., 2007; Kuehn, 2005).

A pesar de la creciente prevalencia de los problemas de salud mental, persisten inequidades en el financiamiento de la investigación en este campo, ya que la mayoría de los recursos se asignan a países de altos ingresos y la salud mental continúa recibiendo menos financiamiento que las enfermedades físicas. Además, áreas específicas como el consumo de sustancias y la depresión reciben más fondos que otras menos exploradas, y la mayoría de las inversiones se concentran en investigación básica en lugar de investigación clínica o aplicada. Asimismo, la investigación en salud mental juvenil —a pesar de su impacto a largo plazo— permanece insuficientemente financiada (Woelbert et al., 2021).

Uruguay, en particular, enfrenta desafíos significativos en materia de salud mental, especialmente entre jóvenes. Los tres principales problemas de salud en adolescentes y jóvenes son los trastornos nutricionales, la salud sexual y reproductiva, y la salud mental (particularmente autolesiones y consumo de sustancias) (UNFPA Uruguay, 2016). El aumento de los problemas emocionales y conductuales entre la población joven evidencia la necesidad de estudiar este fenómeno y de desarrollar intervenciones orientadas a su prevención y reducción (UNICEF-INJU-MIDES, 2023). Identificar factores de riesgo es un primer paso necesario para diseñar políticas públicas que atiendan la salud mental de niños,

1 Se agradece apoyo financiero del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España bajo el proyecto PID2022-138111NB-I00 y del Concurso de Investigación 2023 del Instituto Juan Pablo Terra.

adolescentes y jóvenes de forma integral, considerando factores de riesgo y protección a nivel individual, social y familiar.

Este estudio investiga los factores que influyen en la salud mental de jóvenes en Uruguay en los niveles de barrio, familia e individuo, con el objetivo de informar políticas públicas basadas en evidencia. Analiza las tendencias en los problemas de salud mental entre 2018 y 2022 y examina factores de riesgo como segregación geográfica, composición del hogar, ingresos, educación y estatus social. La investigación explora cómo la desigualdad y diversas formas de vulnerabilidad afectan la salud mental. Entre las hipótesis principales se incluyen que la salud mental ha empeorado con el tiempo, particularmente entre los jóvenes socioeconómicamente vulnerables, aquellos con bajos logros educativos, los que viven en barrios periféricos y los que provienen de familias no nucleares, con acceso limitado a servicios de salud mental.

La salud mental está influida por diversos factores relacionados tanto con el individuo (edad, composición genética, género) como con la sociedad (nivel de ingresos, vivienda, empleo) (Jenkins y James, 2003). Muchos de los factores modificables están directa o indirectamente vinculados al ingreso económico. En particular, según Elstad (2005), el nivel socioeconómico en la infancia es un mejor predictor de la salud percibida que el nivel socioeconómico en la adultez. La evidencia previa muestra que el estatus socioeconómico se asocia inversamente con conductas no saludables como el tabaquismo, la inactividad física y una alimentación deficiente (Liu et al., 2017), y que no solo importa la posición socioeconómica absoluta para la salud, sino también la posición relativa en el contexto social —es decir, la desigualdad.

La evidencia empírica muestra que la desigualdad de ingresos se asocia con un mayor riesgo de trastornos mentales, incluidas enfermedades mentales comunes (Weich et al., 2001), depresión (Ahern y Galea, 2006; Pickett y Wilkinson, 2010), suicidio (Gunnell et al., 2009), consumo de alcohol y cannabis (Galea et al., 2007), psicosis (Boydell et al., 2004; Burns y Esterhuizen, 2008) y esquizofrenia (Burns et al., 2014). Los problemas de salud mental, a su vez, contribuyen a problemas de salud física, mortalidad prematura, desempleo, pobreza y privación. Finalmente, los problemas de salud mental conducen a una exclusión social más amplia, que a su vez afecta nuevamente la salud mental, generando una trampa de pobreza. Cuando se analizan individuos dentro de un mismo país (por ejemplo, comparando estados o departamentos), el ingreso predice tanto resultados de salud física como mental (Karlsson et al., 2010; Zhang et al., 2017; Silbersdorf et al., 2018; Alwadi y Vettore, 2019). Sin embargo, comprender los vínculos causales entre la salud mental y factores sociales como desigualdad, baja educación y desempleo sigue siendo un desafío (Hanlon et al., 2014).

En relación con la desigualdad económica y la desigualdad en salud mental, la literatura no ha alcanzado conclusiones definitivas. Algunos estudios sugieren que la salud individual depende no solo del ingreso personal, sino también del ingreso de otras personas en la comunidad o la sociedad (Cannuscio et al., 2002). En otras palabras, la desigualdad de ingresos impacta la salud mental al promover comparaciones sociales estresantes y alterar la cohesión social y los sistemas de apoyo. El debate sobre cómo la desigualdad de ingresos afecta la relación entre pobreza y salud mental sugiere que el riesgo no se distribuye de manera uniforme, y que los efectos negativos de la desigualdad sobre la salud mental son más notorios entre los sectores más pobres de la población.

La tendencia creciente de los problemas de salud mental ha generado llamados a aumentar la inversión en terapias psicológicas (Bor et al., 2017). Sin embargo, este enfoque, que sitúa el problema y la solución exclusivamente a nivel individual, puede ser ineficaz o ineficiente, ya que no considera los contextos socioeconómicos en los que estos problemas surgen —lo que en la práctica libera a los gobiernos de la responsabilidad de emprender reformas sociales y económicas más amplias (Luo y Xie, 2020). Comprender la relación entre desigualdad de ingresos y salud mental podría tener implicancias importantes para la política pública. Si la evidencia muestra que la relación es causal —es decir, que la desigualdad de ingresos afecta negativamente la salud mental—, entonces reducir la desigualdad y/o sus factores asociados (como educación, condiciones de empleo y acceso a atención en salud mental) podría mejorar significativamente el bienestar de la población.

Esta investigación busca aportar evidencia sobre los factores asociados a los problemas de salud mental entre jóvenes y adolescentes en Uruguay, contribuyendo al desarrollo de políticas efectivas e integrales para abordar estas problemáticas. Utiliza datos de panel de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2018-2022. El estudio contribuye a la literatura sobre salud, desigualdad y pobreza y su interacción, mediante el desarrollo de un índice innovador de pobreza en salud mental e integrando dimensiones como lugar de residencia e ingreso, ofreciendo evidencia sólida sobre cómo las condiciones sociales y territoriales afectan el bienestar mental. Asimismo, proporciona información sobre diferencias de género en los problemas de salud mental y se centra en una población relativamente poco estudiada: adolescentes y jóvenes.

La siguiente sección presenta el marco teórico utilizado en esta investigación, seguida de una revisión de la literatura empírica más relevante. La cuarta sección describe las hipótesis y la quinta sección expone la estrategia empírica que guía el estudio, incluyendo fuentes de datos y metodología. Las últimas secciones presentan los resultados y las conclusiones finales.

MARCO TEÓRICO

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «un estado de bienestar en el que cada individuo reconoce su propio potencial, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». Por lo tanto, la salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales (World Health Organization, 2001).

Dentro del enfoque de capacidades de Amartya Sen (Sen, 1999), el aislamiento social y económico que experimentan las personas con problemas de salud mental puede entenderse como una forma de discapacidad (Ware et al., 2007; Baumgartner y Burns, 2014). Al desplazar el foco desde la visión de la discapacidad como una limitación del funcionamiento individual hacia una comprensión centrada en la falta de oportunidades que ofrece la sociedad para la reintegración y participación social, el enfoque de Sen permite conceptualizar la integración social como «un proceso, que se desarrolla a lo largo del tiempo, mediante el cual las personas que han experimentado discapacidad psiquiátrica desarrollan y ejercen progresivamente sus capacidades de conexión y ciudadanía» (Ware et al., 2007). De manera similar, el enfoque de capacidades de Sen ayuda a trasladar la atención desde la exclusión económica —a menudo considerada una consecuencia de disfunciones individuales— hacia la comprensión de las estructuras sociales, económicas y políticas que suelen hacer a las personas vulnerables tanto a la pobreza como a los problemas de salud mental.

La adolescencia es también un período clave del desarrollo humano, marcado por múltiples transiciones y transformaciones. El inicio de los cambios biológicos durante la adolescencia también genera impactos en la vida social, sexual y emocional (Costello et al., 2011). Durante esta etapa, los pares y amigos influyen fuertemente en la vida y el tiempo libre de los adolescentes, mientras que los familiares y otros adultos significativos suelen tener un mayor impacto en las decisiones académicas y elecciones futuras (Ciairano et al., 2007). Los problemas psicopatológicos suelen surgir en los primeros años de la adolescencia (Costello et al., 2011). La pubertad es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de

problemas de salud mental, particularmente depresión y trastornos conductuales (Costello, 2016). Estos desafíos pueden afectar múltiples aspectos de la vida futura y potencialmente generar trampas de pobreza.

Los problemas de salud mental más comunes entre niños y adolescentes en Uruguay incluyen depresión o ansiedad, problemas conductuales y sociales, y dificultades relacionadas con la atención (Cajigas de Segredo et al., 2006; Viola et al., 2008; Daset et al., 2009). También es importante destacar el impacto del consumo de sustancias en la salud mental de los adolescentes. En América Latina, Uruguay presenta la mayor prevalencia de consumo de alcohol a lo largo de la vida entre personas de 15 a 65 años, junto con la menor percepción de riesgo asociado al consumo (UNODC, 2009; OAS, 2015). Además, la edad de inicio del consumo de alcohol ha disminuido. Aunque la edad mínima legal para adquirir alcohol en Uruguay es de 18 años, el alcohol es ampliamente accesible y las restricciones legales se aplican débilmente (Fernández Pintos et al., 2017).

El cannabis es la segunda sustancia más consumida entre estudiantes en Uruguay después del alcohol (UNODC, 2009). Los efectos negativos del consumo de cannabis sobre el rendimiento académico, la salud mental, el funcionamiento cognitivo, la conducta social y el desarrollo futuro de consumos problemáticos en la adolescencia han sido documentados en numerosos estudios (Butterworth et al., 2014; Hopfer, 2014; Popovici et al., 2014). Otros trabajos también muestran los efectos adversos del uso temprano y frecuente de estas sustancias sobre la salud mental adolescente, las situaciones sociales y el desempeño académico (Fergusson et al., 2013; Hemphill et al., 2014; Liang y Chikritzhs, 2015).

1. Modelo ecológico

Este estudio utiliza el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1987), ya que permite identificar los diferentes niveles de influencia relevantes para este tema, explorando los factores múltiples e interconectados que moldean el desarrollo y el comportamiento de una persona dentro de su entorno. Este modelo plantea que el desarrollo de un individuo está determinado por una serie de sistemas anidados, cada uno con sus propias influencias. Estos sistemas abarcan desde influencias inmediatas y directas (microsistema) hasta fuerzas sociales y culturales más amplias (macrosistema). El modelo enfatiza la importancia de comprender las interacciones dinámicas entre estos sistemas en la configuración de las experiencias y resultados individuales.

El modelo ecológico incluye el microsistema (nivel individual), el mesosistema (nivel relacional), el exosistema (nivel comunitario), el macrosistema (nivel institucional) y el cronosistema (nivel transtemporal). En este estudio, el modelo se aplica de la siguiente forma, adaptado al contexto de la salud mental juvenil:

- **Microsistema:** Explorar cómo los rasgos individuales contribuyen a los riesgos de salud mental.
- **Mesosistema:** Examinar cómo las interacciones entre la familia, la escuela, la comunidad y otros sistemas pueden facilitar o dificultar la salud mental.
- **Exosistema:** Investigar cómo los factores ambientales relacionados con el barrio o lugar de residencia influyen en los riesgos de salud mental.
- **Macrosistema:** Determinar cómo las disparidades económicas influyen en los riesgos de salud mental.
- **Cronosistema:** Analizar cómo los cambios en las circunstancias familiares, las fluctuaciones económicas o las transformaciones en las estructuras sociales afectan las tendencias de salud mental a lo largo del tiempo.

2. Hipótesis de la desigualdad del ingreso

La hipótesis de la desigualdad de ingresos plantea que dicha desigualdad afecta la salud a través de dos vías: una vía material (ingreso absoluto) y una vía psicosocial (ingreso relativo). En la vía material, la desigualdad de ingresos impacta los resultados de salud mediante la pobreza y la privación, las cuales se asocian con un aumento del estrés (Shmueli, 2014) y una reducción en el acceso a la atención sanitaria (Cuesta y Budría, 2015), siendo condiciones más frecuentes en sociedades altamente desiguales (Aida et al., 2011).

La vía psicosocial se basa en la competencia por estatus y la inseguridad (Kim, 2019), que conducen a problemas sociales (Silbersdorf et al., 2018), como falta de cohesión social, violencia, bajos niveles de confianza y debilitamiento de la vida comunitaria (Kim, 2019). Además, la evidencia muestra que estos factores psicosociales pueden afectar la salud a través de los efectos fisiológicos del estrés crónico, así como por su influencia en conductas relacionadas con la salud y en la autoestima individual (Alwadi y Vettore, 2019).

Kawachi y Kennedy (1999) proponen tres mecanismos mediante los cuales altos niveles de desigualdad de ingresos pueden afectar negativamente el estado de salud, los cuales se presentan en las siguientes subsecciones. Estos mecanismos pueden ser más pronunciados en ciertas etapas del desarrollo, particularmente durante la adolescencia, cuando se forman la confianza social y el sentido de pertenencia grupal, y cuando suelen surgir la mayoría de los problemas de salud mental. Por ejemplo, el estatus social se ha asociado con la depresión entre adolescentes cuyos padres tenían los niveles educativos más bajos (Xiang et al., 2024). Además, la comparación social puede verse amplificada por otras identidades grupales, como la etnia o el género.

También se plantea que una mayor desigualdad de ingresos coexiste con un amplio rango de privaciones materiales relevantes para la salud. Estas incluyen la falta de inversión en vivienda, educación y transporte público, así como un control insuficiente de la contaminación, acceso limitado a alimentos saludables y disponibilidad restringida de servicios de salud. En consecuencia, una mayor desigualdad económica conduce a una peor salud física, lo que a su vez contribuye al agravamiento de los problemas de salud mental.

3. Hipótesis del capital social (SCH)

Esta hipótesis sostiene que altos niveles de desigualdad de ingresos reducen el capital social, lo que a su vez genera problemas de salud mental tanto a nivel individual como comunitario. El capital social se define como una característica de la organización social—como la participación cívica, las normas de reciprocidad y la confianza en los demás—que facilita la cooperación y la acción colectiva (Coleman, 1990; Putnam, 1993).

Según esta perspectiva, cuando individuos o grupos difieren ampliamente en sus niveles de ingreso, es menos probable que confíen entre sí, interactúen o formen redes sociales cohesionadas (Adjaye-Gbewonyo y Kawachi, 2012), lo cual puede resultar inherentemente estresante (Putnam, 1995). Estas condiciones también tienden a obstaculizar los actos de reciprocidad y el apoyo práctico (Moore y Kawachi, 2017).

El capital social facilita la integración social, que puede definirse como un proceso dinámico mediante el cual los miembros de un grupo social entablan diálogo o colaboran para alcanzar un objetivo común. Por lo tanto, la desigualdad de ingresos socava el capital social y la integración, fomentando el aislamiento social, la alienación y la competencia. También afecta de forma negativa las percepciones de justicia y confianza.

La teoría de Durkheim sobre la integración social y la regulación social—cuyo fracaso él vinculó al suicidio (Durkheim, 1951)— es coherente con esta hipótesis. En sociedades más desiguales, los medios para lograr movilidad social ascendente son limitados, generando una disociación entre los objetivos o aspiraciones sociales (por ejemplo, adquirir riqueza) y los medios para alcanzarlos, que son inaccesibles para quienes se encuentran en niveles socioeconómicos más bajos.

Finalmente, cabe destacar que el capital social puede mejorar la salud mental mediante su influencia en procesos psicosociales, al ofrecer mayores niveles de apoyo emocional, autoestima y respeto mutuo (Layte, 2012).

4. Hipótesis de la ansiedad por estatus (SAH)

Esta hipótesis sugiere que altos niveles de desigualdad de ingresos aumentan la probabilidad de comparaciones sociales desfavorables, lo que eleva los niveles de estrés y conduce a un deterioro de la salud mental (Moore y Kawachi, 2017). En otras palabras, la hipótesis de la ansiedad por estatus sostiene que la desigualdad perjudica la salud individual a través de procesos psicosociales basados en la percepción de la propia posición en la jerarquía social (Marmot y Wilkinson, 2005). Un bajo estatus social y la percepción de inferioridad generan emociones negativas como vergüenza y desconfianza, perjudiciales para la salud individual (Wilkinson y Pickett, 2009).

La hipótesis de la ansiedad por estatus plantea que la desigualdad de ingresos promueve comparaciones sociales más frecuentes entre ricos y pobres, lo cual puede resultar estresante y dañino para la salud (Marmot y Wilkinson, 2005). Compararse con quienes están en mejor situación económica en un contexto altamente desigual genera sentimientos de derrota social y ansiedad relacionada con el estatus.

Marmot y Wilkinson (2005) y Wilkinson y Pickett (2009), entre otros, utilizan evidencia antropológica y estudios psicológicos para argumentar que el ingreso y la desigualdad de ingresos son únicamente indicadores de una jerarquía de estatus más amplia dentro de las sociedades. Este gradiente se vuelve más pronunciado a medida que el ingreso y otros recursos escasos se distribuyen de manera más desigual. Según Wilkinson y Pickett (2006), las sociedades más desiguales están más dominadas por la competencia por estatus y la diferenciación de clases y, en consecuencia, enfrentan mayores desventajas en salud.

Esta respuesta de estrés asociada a la ansiedad por estatus desempeña un papel central en los niveles sistemáticamente más altos de criminalidad, violencia física y homicidios observados en las sociedades más desiguales (Wilkinson y Pickett, 2009), lo que deteriora aún más la salud y el bienestar. Sentirse irrespetado, menospreciado o humillado es uno de los detonantes más comunes de la violencia (Wilkinson y Pickett, 2006).

Clark et al. (2008) destacan que la relación entre ingreso absoluto, ingreso relativo y salud es análoga a la paradoja de Easterlin (Easterlin, 2001). Es decir, las aspiraciones se ajustan a los niveles de ingreso del grupo de referencia, y alcanzarlas genera mayor satisfacción, lo que sugiere que la salud mental puede ser sensible al ingreso relativo (Brickman, 1971). La privación percibida puede motivar niveles de consumo excesivo más allá de lo financieramente racional para los hogares, en un esfuerzo por señalar estatus socioeconómico (Alpizar et al., 2005). Como resultado, las personas pueden trabajar más horas para aumentar sus ingresos o experimentar estrés financiero debido al endeudamiento.

El malestar psicológico derivado de las comparaciones sociales también puede conducir a mecanismos de afrontamiento desadaptativos, como la automedicación con sustancias nocivas y otras conductas de riesgo (Subramanyam y Das, 2009). Las personas que reportan bajo bienestar son menos propensas a planificar el futuro o mantener el optimismo. En consecuencia, también son menos propensas a adoptar conductas saludables (Shi et al., 2003).

5. Hipótesis neomaterialista (NMH)

Finalmente, la tercera hipótesis corresponde a la NMH. Altos niveles de desigualdad de ingresos llevan a que los individuos más ricos se retiren del apoyo a los servicios públicos, lo que resulta en un deterioro de la salud general y mental, tanto a nivel individual como colectivo (Yitzhaki, 1980). Este mecanismo —conocido como la explicación neomaterialista— describe la relación entre desigualdad de ingresos y salud en términos de la falta sistemática de inversión en infraestructura y servicios sociales en sociedades más desiguales.

Esta hipótesis plantea que cuando los niveles de desigualdad son altos, existe una menor inversión en infraestructura pública y servicios de bienestar (Yang et al., 2019a), como gimnasios, parques y hospitales, lo que a su vez conduce a peores resultados de salud (Yang et al., 2019b).

La distribución desigual del ingreso es resultado de procesos históricos, culturales y político-económicos. Estos procesos influyen en los recursos privados disponibles para las personas y determinan la calidad de la infraestructura pública (educación, servicios de salud, transporte, controles ambientales, disponibilidad de alimentos, calidad de la vivienda, estándares de salud ocupacional), que en conjunto conforman la matriz neomaterial de la vida contemporánea (Kaplan et al., 1996). Todos estos factores pueden afectar directamente las condiciones de vida y los resultados de salud de la ciudadanía.

Operacionalizar y medir la hipótesis neomaterialista también presenta desafíos. El bienestar individual está influido por la infraestructura social de tres maneras principales. Primero, mediante el aumento del nivel de recursos privados disponibles (Esping-Andersen, 1990). El canal principal es a través de los sistemas de protección social, que intervienen —en mayor o menor medida— entre el mercado laboral y el individuo/hogar para mantener los niveles de recursos por encima de los que proporciona el mercado. Por ejemplo, se ha demostrado que el malestar psicológico entre personas desempleadas en Suecia, Gran Bretaña e Irlanda varía como consecuencia de sus diferentes sistemas de protección social (Nordenmark et al., 2006). El gasto en protección social establece un vínculo causal directo con la desigualdad de ingresos, ya que un mayor gasto requiere un sistema fiscal más redistributivo.

Segundo, la infraestructura social en forma de regulaciones, protecciones y salvaguardas legales puede influir en el bienestar mental al aumentar la predictibilidad y la seguridad, dependiendo de cómo varían estas entre distintos grupos poblacionales y de su aplicación. Dos ejemplos destacados son las leyes de ingresos mínimos y los controles sobre contratos laborales en la legislación del trabajo (Polavieja, 2006).

La tercera manera en que la infraestructura social afecta el bienestar individual es mediante la provisión de servicios a la ciudadanía. Ejemplos clave incluyen los sistemas educativos y sanitarios. A nivel individual, un mayor nivel educativo se asocia con mejor bienestar mental (Layte, 2012), no solo debido a su impacto en el ingreso y las condiciones de vida, sino también por su influencia en la salud física y mental (Belfield y Levin, 2007). La mala salud física es un determinante central del bienestar mental (Layte, 2012) en todos los países, por lo que la inversión en servicios de salud probablemente mejore la salud mental general (Alcalde-Unzu et al., 2009).

6. Hipótesis adicionales

La relación entre desigualdad de ingresos y salud puede verse influida por factores raciales, étnicos, de género y otras formas de composición social (Tobler et al., 2013). Existen razones teóricas y empíricas para pensar que los mecanismos causales propuestos por Kawachi y Kennedy (1999) pueden operar de manera diferente según el grupo sociodemográfico. Aunque las comparaciones sociales ascendentes suelen afectar negativamente la autoestima (McCoy et al., 2013), para miembros de grupos minoritarios desfavorecidos las comparaciones ascendentes dentro del propio grupo pueden, en cambio, mejorar la autoestima al contrarrestar estereotipos negativos (McCoy et al., 2013).

Los efectos del capital social también pueden variar según el grupo sociodemográfico (Stephens, 2008). Por ejemplo, el impacto del gasto público puede diferir para las minorías, ya que la red de protección social puede ser más importante para quienes cuentan con menos activos financieros y enfrentan mayores niveles de discriminación en la contratación.

En la literatura de salud mental, se ha observado que tanto los salarios bajos como el desempleo se asocian con la depresión (Tefft, 2011). Sin embargo, el efecto del desempleo local—controlando por la situación laboral individual—puede operar de manera positiva o negativa, dependiendo de si los trabajadores perciben un alto desempleo local como una amenaza para su propio empleo o como un contexto más amplio en el cual sentirse agradecidos por estar empleados, disminuyendo la probabilidad de interpretar su propio desempleo como un fracaso personal.

Otro mecanismo por el cual la desigualdad de ingresos puede afectar la salud mental es que, a medida que quienes se encuentran en la parte superior de la distribución del ingreso se enriquecen, tienden a invertir parte de su riqueza adicional en tierras y viviendas, elevando así el costo de vida para toda la población. Aquellos cuyos ingresos no aumentan en la misma proporción pueden experimentar una caída en su ingreso real, lo que se traduce en estrés y restricciones financieras que los obligan a tomar decisiones difíciles respecto a gastos que promueven la salud.

LITERATURA

En términos generales, la literatura ha establecido que, además de los factores genéticos y biológicos, los determinantes sociales influyen tanto en la salud mental individual como en la salud mental a nivel poblacional, y que factores contextuales como la pobreza y la violencia afectan negativamente la salud mental. A continuación se presentan algunos estudios clave.

Zimmerman y Bell (2006) utilizaron análisis de regresión con datos representativos a nivel nacional provenientes de diversas fuentes en Estados Unidos, incorporando variables ecológicas, económicas y demográficas individuales. Las variables dependientes incluían el estado general de salud autodeclarado y la depresión, medida mediante puntajes del instrumento del Center for Epidemiologic Studies. Los resultados mostraron que la generosidad estatal tenía un efecto negativo significativo sobre la probabilidad de reportar mala salud general, y que las tasas de desempleo a nivel de condado se asociaban significativamente con la depresión. La desigualdad de ingresos resultó ser un factor de riesgo significativo para reportar mala salud general, aun controlando todas las covariables ecológicas e individuales. El capital social se asoció con una menor probabilidad de reportar mala salud entre personas negras e hispanas, pero no entre personas blancas. Por el contrario, la desigualdad de ingresos se asoció significativamente con mala salud entre personas blancas, pero no entre personas negras e hispanas. El estudio concluyó que la desigualdad de ingresos puede influir en la salud mediante comparaciones sociales entre personas blancas y mediante la reducción del capital social entre personas negras e hispanas.

Wilkinson y Pickett (2009), utilizando datos de la Encuesta de Salud Mental de la OMS, encontraron que mayores niveles de desigualdad de ingresos se asociaban con una mayor prevalencia de enfermedades mentales. Asimismo, observaron que los países más ricos tendían a experimentar mayores niveles de enfermedades mentales debido a su mayor probabilidad de presentar alta desigualdad de ingresos.

Layte (2012) analizó las tres principales hipótesis que vinculan la desigualdad de ingresos y la salud mental (medida por el indicador WHO5) utilizando

datos de la European Quality of Life Survey 2007 y modelos multinivel. Considerando variables como el comportamiento antisocial, los niveles de confianza y las redes de apoyo social, el estudio encontró que las hipótesis del capital social y de la ansiedad por estatus explicaban mejor la relación entre el coeficiente de Gini y el bienestar individual. Esta investigación respalda la idea de que el estrés adicional provocado por la escasa socialización y la falta de confianza subyace a los efectos perjudiciales de la desigualdad.

Burns et al. (2014) realizaron una revisión sistemática sobre esquizofrenia en 26 países y encontraron mayores tasas de incidencia en países con mayor desigualdad de ingresos. Concluyeron que los países con mayores brechas entre ricos y pobres pueden enfrentar riesgos más altos de esquizofrenia, sugiriendo que la desigualdad erosiona la cohesión social al debilitar el capital social y que el estrés crónico de vivir en sociedades altamente desiguales incrementa el riesgo individual.

El estudio de Van Deurzen et al. (2015) vinculó la presencia de más síntomas depresivos entre individuos con mayores niveles de desigualdad de ingresos en 23 países europeos. También encontró que la disponibilidad de recursos de afrontamiento ayudaba a mitigar esta relación.

Matthew y Brodersen (2018) analizaron la correlación entre la desigualdad de ingresos—medida por coeficientes de Gini a nivel estatal utilizando la American Community Survey (ACS)—y los resultados de salud conductual, física y mental obtenidos del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) entre 2006 y 2014. Tras controlar por características demográficas y socioeconómicas, estado de seguro médico, tendencias anuales y efectos fijos estatales, encontraron que la desigualdad de ingresos influía significativamente en resultados de salud conductual, física y mental, incluyendo consumo excesivo de alcohol, obesidad, actividad física, diabetes, enfermedades cardíacas y depresión. Sus hallazgos sugieren que las políticas económicas dirigidas a abordar el aumento de la desigualdad en Estados Unidos podrían también contribuir a mejorar algunos de los indicadores de salud pública más preocupantes del país.

He et al. (2021) realizaron un estudio basado en la China Family Panel Studies 2018, donde los coeficientes de Gini superaban el umbral de alerta de 0.4, indicando desigualdades excesivamente altas. Utilizando regresión logística ordenada y pruebas de robustez, encontraron que la desigualdad de ingresos afecta tanto directa como indirectamente la salud física y mental a través del capital social, que tiene un efecto positivo en ambas dimensiones. El estudio también identificó diferencias regionales, urbano-rurales y de género en la forma en que la desigualdad y el capital social influyen en la salud. Por lo tanto, las políticas públicas deben prestar especial atención a grupos vulnerables en zonas rurales y a las mujeres.

La investigación sobre el bienestar subjetivo de adolescentes y jóvenes en América Latina sigue siendo limitada (Alfaro et al., 2016; Sarriera et al., 2012). Un estudio en Colombia se centró en el bienestar general adolescente y predictores clave como la autoestima alta, la religiosidad y un entorno familiar saludable (Gómez-Bustamante y Cogollo, 2010). Casullo y Solano (2000) examinaron el bienestar psicológico entre adolescentes argentinos de 13 a 18 años en relación con la edad, el género y factores culturales, encontrando que estas variables no influían significativamente en el nivel de bienestar.

Existe poca investigación previa en el contexto uruguayo. Giachetto Larraz et al. (2023) realizaron un estudio sobre trastornos mentales en la infancia en Uruguay. Los resultados indicaron que factores prenatales y perinatales (por ejemplo, atención inadecuada, exposición a toxinas, enfermedades maternas crónicas y mentales, baja educación materna, pobre interacción madre-hijo, estrés familiar, prematurez y bajo peso al nacer) se asocian con problemas del desarrollo y de salud mental en la infancia. La interacción con factores ambientales (pobreza, desempleo, exclusión social, violencia en diversas formas, adicciones, depresión y suicidio) incrementa aún más el riesgo. Los puntajes del instrumento de evaluación se asociaron significativamente con el ingreso del hogar, el número de habitaciones en la vivienda, el origen racial, la educación y edad materna, la atención prenatal, el tipo de parto, el tabaquismo y la depresión materna durante el embarazo, y la presencia del padre en el hogar. Los niños prematuros, aquellos que no vivían con su padre y quienes no asistían a un centro educativo presentaron puntajes más altos en el instrumento de evaluación.

ESTRATEGIA EMPÍRICA

Hipótesis

El objetivo general de esta investigación es estudiar los factores que afectan la salud mental de jóvenes y adolescentes en distintos niveles—barrio, familia e individuo—contribuyendo al diseño de políticas públicas basadas en evidencia. Los objetivos específicos incluyen analizar y caracterizar la evolución de la prevalencia de problemas de salud mental entre jóvenes y adolescentes en Uruguay; describir y evaluar factores de riesgo a nivel barrial (segregación geográfica, condiciones ambientales), a nivel familiar (composición del hogar, responsabilidades de cuidados, nivel de ingresos, etc.) y a nivel individual (género, edad, condición educativa y social); y analizar posibles mecanismos causales relacionados con la desigualdad y con vulnerabilidades socioeconómicas, educativas, familiares y ambientales. Las hipótesis asociadas a estos objetivos son:

- **H1)** La salud mental de los jóvenes en Uruguay empeoró entre 2018 y 2022.
- **H2)** El aumento de la desigualdad observado durante este período tuvo un impacto positivo y significativo en este deterioro.
- **H3)** Los cambios en la integración comunitaria debido al COVID-19 tuvieron un impacto positivo y significativo en este deterioro.
- **H4)** La prevalencia de problemas de salud mental es mayor entre quienes presentan mayor vulnerabilidad socioeconómica.
- **H5)** La prevalencia de problemas de salud mental es mayor entre poblaciones que viven en barrios específicos ubicados en zonas periféricas con menores activos ambientales.
- **H6)** La prevalencia de problemas de salud mental es mayor entre jóvenes con bajo rendimiento educativo.
- **H7)** La prevalencia de problemas de salud mental es mayor entre jóvenes provenientes de familias no nucleares.
- **H8)** El acceso a los servicios de salud mental es menor entre personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Datos

Esta investigación se basa principalmente en el panel de la ENAJ en Uruguay, incluyendo las olas de 2018 y 2022, y se complementa con datos a nivel subnacional, como el índice de Gini, obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE). La ENAJ cuenta con cuatro ediciones (1990, 2008, 2013 y 2018). Con el fin de profundizar en las trayectorias juveniles y su transición hacia la autonomía, el Instituto Nacional de la Juventud (INJU) implementó el Panel de Juventud, incorporando en la edición de 2018 la primera ola dirigida a adolescentes de entre 12 y 15 años en ese momento. Esta cohorte fue encuestada nuevamente en 2022, cuando las mismas personas tenían entre 16 y 19 años.

Este panel permite seguir a un mismo grupo de individuos desde la adolescencia hasta el inicio de la adultez, proporcionando información sobre una variedad de eventos vitales relevantes para esta transición, incluyendo la salud mental. El conjunto de datos longitudinal resultante es conocido como el Panel Juvenil ENAJ 2018-2022, y permite identificar aspectos que no pueden observarse mediante encuestas transversales. Se centra en momentos clave de la transición a la adultez: abandono del sistema educativo, ingreso al mercado laboral, salida del hogar parental e inicio de la vida reproductiva, con especial atención a la salud mental y al bienestar.

La ola de 2022 de esta encuesta se realizó en dos etapas. En la primera, el INE aplicó un cuestionario telefónico, y en la segunda se envió un formulario autoadministrado a quienes completaron la primera etapa. Para evitar la pérdida de información valiosa debido a la atrición en la segunda etapa, este estudio se basa exclusivamente en los datos recogidos mediante el cuestionario telefónico, excluyendo la información del formulario autoadministrado.

Índices de salud mental

La variable dependiente en este estudio es la salud mental. Algunos de los instrumentos comúnmente utilizados para evaluar la psicopatología y el bienestar mental incluyen el *Youth Self-Report* y el *Personal Wellbeing Index*. Sin embargo, para facilitar las comparaciones entre países, también se utiliza con frecuencia el índice WHO-5, dado que es una escala breve y robusta para medir el bienestar psicológico positivo (Bech, 2004). Consta de cinco ítems que evalúan el estado de ánimo positivo, la vitalidad y el interés general durante las últimas dos semanas. No obstante, estas medidas han sido objeto de debate en cuanto a la calidad estadística de los criterios utilizados para comprender las estructuras psicopatológicas. Las controversias conceptuales abarcan desde la frecuencia y la continuidad hasta la definición de «normalidad» y «anormalidad» (Belloch et al., 2009).

El Panel de Juventud no incluye instrumentos estandarizados para evaluar la salud mental. Sin embargo, contiene varias variables relevantes para analizar la salud mental y el bienestar, tales como sentimientos de soledad, miedo, tristeza, desesperanza y pensamientos o conductas suicidas. Estas variables sirven como base para la construcción de índices de salud mental que aproximan la principal variable de interés en este estudio. Los detalles de las preguntas relevantes se presentan en la Tabla 1 del Apéndice.

A partir de estas variables, se proponen índices de salud mental utilizando diferentes técnicas con el objetivo de producir mediciones comparables a las de los instrumentos tradicionales y así aproximar la variable principal de interés en este estudio: la salud mental.

Índice de pobreza en salud mental

Se construye una medida de pobreza en salud mental adaptando el enfoque multidimensional propuesto por Bourguignon y Chakravarty (2003) y refinado por Sánchez-García et al. (2019). Este enfoque permite captar tanto la incidencia como la intensidad de las privaciones en múltiples dimensiones relacionadas con la salud mental y, en función de ello, clasificar a los individuos según si se encuentran o no en situación de pobreza en salud mental.

El índice se basa en seis dimensiones clave que capturan aspectos críticos de la salud mental de las personas. Las variables utilizadas y su codificación son las siguientes:

- Sentimientos de tristeza/desesperanza: Sí/No
- Conductas autolesivas: Sí/No
- Sentimientos de soledad: Escala Likert (Nunca/Rara vez/A veces/Casi siempre/Siempre)
- Problemas de sueño debido a preocupaciones: Escala Likert (Nunca/Rara vez/A veces/Casi siempre/Siempre)
- Sentimientos de miedo: Escala Likert (Nunca/Rara vez/A veces/Casi siempre/Siempre)
- Intento de suicidio: Sí/No

Para cada dimensión se establece un umbral que determina si una persona está privada en esa dimensión. En el caso de variables binarias (sentimientos de tristeza/desesperanza, conductas autolesivas, intento de suicidio), una persona se considera privada si responde «Sí». En el caso de las variables tipo Likert (sentimientos de soledad, problemas de sueño por preocupación, sentimientos de miedo), una persona se considera privada si responde «Siempre», «Casi siempre» o «A veces», cuando el análisis de la distribución de respuestas muestra una tendencia hacia valores positivos. Es importante señalar que los encuestados suelen elegir el valor central de la escala, ya sea por falta de compromiso o por fatiga.

El índice de pobreza en salud mental se calcula en dos etapas. En la primera, los individuos se clasifican como privados si experimentan privación en al menos una de las seis dimensiones. Esto asegura que cualquier déficit significativo en una dimensión sea suficiente para clasificar al individuo como «pobre en salud mental». En la segunda etapa se utiliza un enfoque de ajuste que considera tanto las privaciones como los logros en dimensiones no privadas.

En consecuencia, el índice para un individuo i , BCa_i , se define como:

$$BCa_i = \phi_i(G) \cdot A_i$$

donde $\phi_i(G)$ mide el nivel de privación multidimensional basado en las brechas de pobreza normalizadas, y A_i es un factor de ajuste que reduce el nivel de pobreza según los logros del individuo en las dimensiones no privadas. A nivel poblacional, el índice agregado, BCa , se calcula como el promedio de todos los BCa_i :

$$BCa = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n BCa_i$$

Este enfoque captura tanto la incidencia como la intensidad de la pobreza en salud mental. El índice cumple con propiedades clave para la medición de la pobreza, incluyendo enfoque fuerte, monotonía y descomponibilidad por subgrupos (Sánchez-García et al., 2019). Estas propiedades garantizan que el índice sea robusto y adecuado para su aplicación en contextos sociales.

Los resultados del índice de pobreza en salud mental proporcionan información crucial acerca de la proporción de personas afectadas, la intensidad de sus privaciones y las diferencias entre subgrupos de la población.

Índice de salud mental general

Para analizar la situación de salud mental de la población general, sin distinguir entre pobres y no pobres, se construye un índice utilizando análisis factorial exploratorio. Esto implica identificar un conjunto de variables observadas relacionadas con la salud mental y extraer factores comunes que explican la mayor parte de la varianza compartida entre estas variables mediante estimación de máxima verosimilitud, combinando luego los factores extraídos en un único índice ponderando cada variable según su carga factorial. Este enfoque es especialmente adecuado para resumir en un solo índice la información proveniente de múltiples indicadores relacionados con la salud mental. Se incluyeron todas las variables disponibles en ambos años vinculadas a la salud mental.

En primer lugar, se evaluó la pertinencia de aplicar análisis factorial mediante la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Los datos se consideraron adecuados, con $p < 0,05$ en la prueba de Bartlett y un índice KMO superior a 0,6. Se utilizó máxima verosimilitud para extraer los factores latentes. Se retuvieron los componentes con eigenvalores mayores a 1. Además, se evaluó la varianza explicada acumulada, asegurando que cubriera al menos el 60% de la varianza total. Se empleó una rotación oblicua (promax) para facilitar la interpretación de las cargas factoriales, dado que las dimensiones de salud mental están correlacionadas.

El índice de salud mental se construyó utilizando los puntajes factoriales de los factores retenidos:

$$\text{General Mental Health Index} = \sum_{i=1}^k w_i F_i$$

donde F_i representa el puntaje del i -ésimo factor y w_i es el peso correspondiente basado en la proporción de varianza explicada por dicho factor.

El índice fue transformado a una escala porcentual y se evaluó su consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, asegurando un valor superior a 0.7. De este modo, el índice resultante proporciona una medida continua del bienestar mental, donde valores más altos indican mejores condiciones de salud mental.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo exploratorio de las variables relevantes vinculadas a la pobreza en salud mental. Este análisis incluye frecuencias y proporciones, y se aplican pruebas de significancia estadística: pruebas t para variables continuas, pruebas chi-cuadrado para variables categóricas y pruebas de Dunn para comparaciones post-hoc en variables con múltiples categorías. El objetivo es identificar patrones preliminares y diferencias significativas en la probabilidad de experimentar un problema de salud mental (0 = no presenta problema, 1 = presenta problema).

En segundo lugar, se presentan medidas de desigualdad en salud mental basadas en el Índice de Theil (Theil, 1967), una medida teórica de información derivada de la entropía. El Índice de Theil permite analizar la desigualdad en salud mental en ausencia de un parámetro normativo para su interpretación y posibilita medir tanto la desigualdad intragrupo como entre grupos.

Según Lund (2014), para evitar la falacia ecológica, estudios como el presente deben utilizar métodos multinivel que incorporen datos tanto a nivel poblacional como individual. Por lo tanto, en tercer lugar, se propone un modelo bayesiano multinivel con distribución binomial y función de enlace logit. Esta especificación modela adecuadamente una variable dependiente dicotómica e incorpora simultáneamente la estructura jerárquica de los datos mediante efectos aleatorios. La elección del enfoque bayesiano responde a la necesidad de una inferencia más robusta en presencia de tamaños muestrales moderados y estructuras de datos complejas (Gelman et al., 1995).

El modelo bayesiano multinivel para datos de panel amplía el marco de los modelos lineales generalizados al permitir la inclusión de términos aleatorios. Considera múltiples niveles de análisis, efectos fijos para variables individuales, del hogar y contextuales, y efectos aleatorios para dos niveles jerárquicos: observaciones anidadas dentro de individuos e individuos anidados dentro de entornos geográficos (barrios o localidades). La inferencia bayesiana se utiliza para estimar los parámetros, permitiendo identificar los factores asociados con la probabilidad

de que un joven o adolescente experimente pobreza en salud mental. Los coeficientes (β_k) pueden interpretarse como cambios en el logit de la probabilidad de experimentar angustia psicológica severa —pobreza en salud mental— asociados con un cambio de una unidad en el predictor, controlando por otros factores y por la estructura jerárquica del modelo.

Formalmente, el modelo se especifica de la siguiente manera:

$$\text{logit}(\text{Pr}(Y_{ijt} = 1)) = \beta_0 + \sum_{k=1}^K \beta_k X_{ijk t} + u_j + v_i$$

donde Y_{ijt} representa la variable dependiente dicotómica que toma el valor 1 si el individuo i , en el contexto j y año t , se encuentra en situación de pobreza en salud mental; $X_{ijk t}$ denota el vector de variables explicativas; β_k son los coeficientes de efectos fijos a estimar; $u_j \sim N(\mathbf{0}, \sigma^2)$ representa el efecto aleatorio del entorno geográfico; y $v_i \sim N(\mathbf{0}, \sigma^2)$ modela la heterogeneidad no observada a nivel individual.

La función de enlace logit transforma la probabilidad condicional en log-odds, tal como se expresa en la siguiente ecuación:

$$\text{logit}(p) = \log \frac{p}{1 - p}$$

donde p representa la probabilidad condicional de que un individuo experimente pobreza en salud mental.

Esta transformación garantiza que las predicciones del modelo permanezcan dentro del rango (0,1), respetando la naturaleza de la variable dependiente.

Para captar de manera integral los determinantes de la salud mental, el conjunto de variables explicativas incorporó factores individuales, del hogar, socioeconómicos y contextuales. Se incluyó un índice continuo de nivel socioeconómico del hogar (proxy de ingreso), edad, género, autoidentificación como afrodescendiente y variables relacionadas con las trayectorias educativas (por ejemplo, repetición escolar). A nivel del hogar, se consideró la ausencia de madre o padre y la realización de trabajo de cuidados no remunerado. La desigualdad del entorno inmediato se capturó mediante el índice de Gini departamental para ambos años.

A partir de los resultados de la prueba de Hausman, se incluyeron interceptos individuales y tanto un intercepto aleatorio como una pendiente aleatoria para el tiempo, modelando así un modelo de datos de panel con efectos aleatorios. Asimismo, para representar adecuadamente la estructura jerárquica de los datos, se especificaron dos niveles de efectos aleatorios: un intercepto aleatorio para el

contexto geográfico y otro para los individuos, permitiendo correlación intra-clúster tanto a nivel contextual como individual.

La estimación del modelo se realizó utilizando los pesos longitudinales, los cuales ajustan tanto por el diseño complejo de la encuesta como por la atrición del panel, garantizando representatividad nacional y evitando sesgos en las estimaciones resultantes. Los predictores fueron estandarizados para mejorar la estabilidad numérica y facilitar la interpretación de los tamaños de efecto. La estructura jerárquica incluye interceptos aleatorios a nivel de barrio y a nivel individual.

Finalmente, los coeficientes estimados fueron exponenciados para su interpretación como *odds ratios*. Un *odds ratio* mayor que 1 indica que un aumento en la variable explicativa se asocia con una mayor probabilidad de experimentar pobreza en salud mental, mientras que un *odds ratio* menor que 1 sugiere un efecto protector. Los resultados se interpretan manteniendo constantes las demás covariables y considerando la estructura jerárquica especificada.

Limitaciones

La metodología presentada en la subsección anterior tiene ciertas limitaciones derivadas tanto de la fuente de datos como del diseño metodológico. En primer lugar, debido a la alta tasa de atrición en el cuestionario autoadministrado de la ola 2022, solo se utiliza la información de la encuesta telefónica, la cual también presenta atrición, aunque en menor medida. Es importante señalar que, al no utilizar los datos del cuestionario autoadministrado, las estimaciones pueden sufrir sesgo por variables omitidas.

Además, la información a nivel del hogar no está disponible en la ola 2022 del panel, a diferencia de 2018, cuando podía vincularse con la Encuesta Continua de Hogares (ECH). Esta es una limitación importante, ya que no se dispone de datos sobre otros miembros del hogar. La atrición en 2022 utilizando únicamente el cuestionario telefónico asciende a 391 casos. Sin embargo, la encuesta cuenta con ponderadores que corrigen tanto la atrición como la representatividad.

Para el análisis de atrición, se estima el siguiente modelo de regresión logística con el fin de predecir la probabilidad de abandono en el panel:

$$\text{logit}(\text{Pr}(\text{attrition} = 1)) = \beta_0 + \beta_1(\text{gender}) + \beta_2(\text{age}) + \beta_3(\text{afro-descendant}) + \beta_4(\text{socioeconomic level})$$

donde las variables independientes corresponden a características sociodemográficas como edad, género, autoidentificación como afrodescendiente y nivel socioeconómico medido mediante el Índice de Nivel Socioeconómico (INSE) como proxy (Llambí y Piñeyro, 2012). Aunque ninguno de los coeficientes resulta estadísticamente significativo —lo cual indica que el modelo no encontró una relación

significativa entre los predictores y la atrición—, los errores estándar sugieren posibles problemas de convergencia o colinealidad en los datos, lo que podría señalar la presencia de problemas subyacentes relacionados con la atrición. No obstante, esta limitación se mitiga mediante el uso de ponderadores que ajustan por la atrición en 2022.

Desde el punto de vista metodológico, la principal limitación radica en el problema de endogeneidad entre salud mental y desempeño educativo. Un shock en salud mental puede afectar negativamente el rendimiento educativo, al igual que un retroceso educativo puede deteriorar la salud mental. Sin embargo, la variable educativa utilizada es la repetición de grado, y no existe evidencia de que los problemas de salud mental conduzcan específicamente a repetir el año. Otra limitación es la presencia de heterogeneidad latente no observada, que refiere a factores específicos de cada individuo que probablemente influyen en los niveles de otras variables explicativas de la salud mental. Estas suelen ser difíciles de observar —como rasgos psicológicos que determinan la personalidad o las tasas de descuento.

Finalmente, una posible limitación es que el impacto de la desigualdad sobre la salud mental puede manifestarse con rezago temporal. Estudios han mostrado que puede existir un retraso considerable en el efecto de la desigualdad sobre la salud, y que la desigualdad actual puede afectar significativamente los resultados de salud futuros (Pickett y Wilkinson, 2015). Sin embargo, el período exacto de rezago es incierto, por lo que se utiliza el índice de Gini correspondiente al año de la encuesta para captar las tendencias de desigualdad.

RESULTADOS

Estadísticas descriptivas

Esta sección presenta estadísticas descriptivas para las variables clave de interés, así como indicadores de desigualdad en salud mental. La Tabla 1 ofrece un resumen estadístico del índice general de salud mental para los años 2018 y 2022. Este análisis permite observar cambios en la distribución del índice de salud mental a lo largo del tiempo.

Tabla 1. Resumen del índice general de salud mental y % de población pobre según el índice de pobreza en salud mental para 2018 y 2022

Métrica	Año 2018	Año 2022
Mínimo	10.1	0.0
1er cuartil	29.0	28.6
Mediana	34.8	34.4
Media	34.6	34.6
3er cuartil	39.3	39.2
Máximo	100.0	85.6
% Pobres en salud mental	19.60	32.60

El índice de salud mental, medido en una escala de 0 a 100, muestra un deterioro entre ambos años, particularmente en el primer y último cuartil. En 2018, la mediana era 34.8, lo que significa que la mitad de las personas tenían un puntaje inferior a ese valor. En 2022, la mediana descendió levemente a 34.4, indicando un deterioro modesto en la salud mental general de la población analizada, mientras que la media permaneció igual. Los cuartiles también son simi-

lares, aunque ligeramente más bajos en 2022. Sin embargo, tanto los valores mínimos como los máximos son significativamente menores en 2022, lo que sugiere un deterioro en la salud mental entre el 25% con los puntajes más bajos y el 25% con los puntajes más altos de la distribución ese año.

En cuanto al índice de pobreza en salud mental, el porcentaje de personas clasificadas como pobres en salud mental muestra una tendencia al alza, con un incremento significativo de 19.6% en 2018 a 32.6% en 2022, un aumento de 13 puntos porcentuales. Aunque los puntajes generales del índice de salud mental parecen similares, el aumento en la proporción de personas consideradas pobres en salud mental destaca no solo un posible efecto del brote de COVID-19 en 2020, sino también desigualdades persistentes y la necesidad de intervenciones focalizadas para los subgrupos más vulnerables. Las figuras 2-6 en el Apéndice muestran la composición del panel según diferentes variables para cada año y estatus de pobreza en salud mental.

La composición del panel por sexo se mantiene constante en ambos años (Figura 2), sin cambios importantes entre 2018 y 2022. Esto garantiza que el análisis longitudinal de salud mental no esté sesgado por variaciones en la composición de género, permitiendo comparaciones coherentes en el tiempo. Sin embargo, entre quienes están clasificados como pobres en salud mental, la proporción de mujeres es sustancialmente mayor que entre los no pobres en ambos años. Esto sugiere que ser mujer podría ser un factor de riesgo para una peor salud mental, o que los hombres subreportan problemas de salud mental debido a factores sociales, culturales o falta de conciencia.

La Figura 3 muestra la proporción de afrodescendientes en el panel en 2018 y 2022 según estatus de pobreza en salud mental. La proporción de afrodescendientes se mantiene estable en ambos años, con una proporción ligeramente mayor entre los pobres en salud mental. La Figura 4 muestra la proporción de estudiantes que repitieron un grado en la educación media básica en 2018 y 2022. En ambos años, esta proporción es mayor entre quienes están clasificados como pobres en salud mental en comparación con los no pobres, y también aumenta en 2022, explicado en parte por el avance en edad y, consecuentemente, en el sistema educativo. Este resultado sugiere que la repetición en la educación media básica puede ser un factor de riesgo para el deterioro de la salud mental y, a su vez, contribuir al ausentismo, bajo rendimiento y abandono escolar en un círculo vicioso.

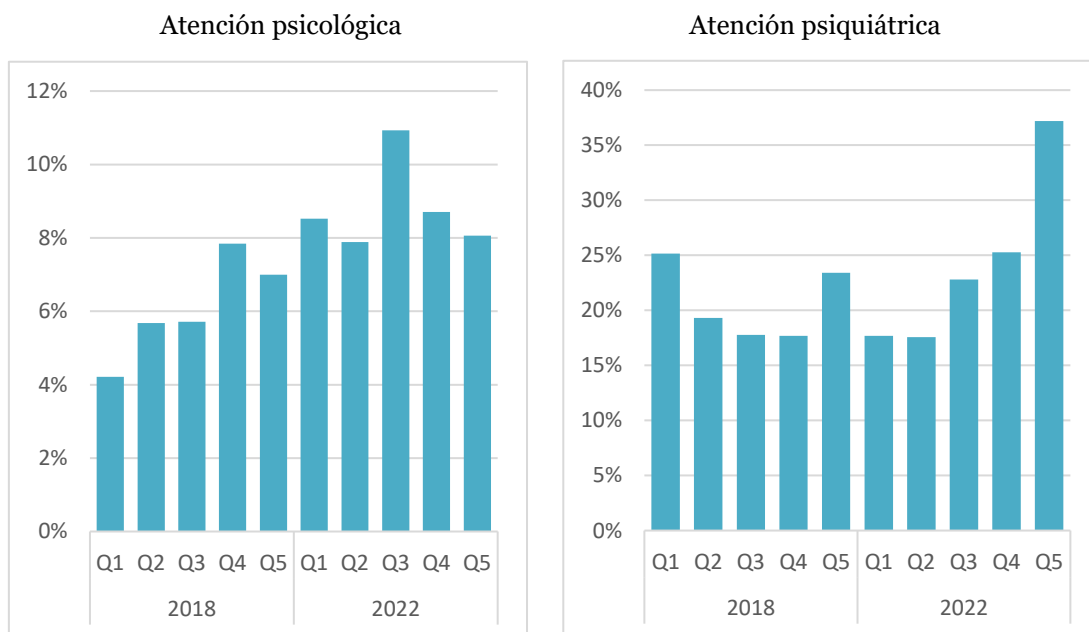
La Figura 5 muestra la distribución por quintil socioeconómico en 2018 y 2022. Aquellos clasificados como pobres en salud mental son más prevalentes en los quintiles más bajos, mientras que los no pobres predominan en los quintiles más altos. Finalmente, la Figura 6 muestra la distribución entre quienes realizan tareas de cuidado y quienes no en 2018 y 2022. Aunque la mayoría de la población estudiada no realiza tareas de cuidado, la proporción que sí lo hace disminuye en

2022 tanto para los pobres como para los no pobres, lo que indica que estas responsabilidades recaen mayoritariamente en personas menores de 15 años. Además, en ambos años, la proporción es mayor entre quienes son pobres en salud mental, lo cual sugiere que realizar trabajo de cuidados no remunerado puede ser un factor de riesgo para la salud mental.

Cabe señalar que la distribución por edad es consistente entre los dos años, reflejando una estructura demográfica estable en la muestra y el envejecimiento natural de la cohorte entre las olas.

La siguiente figura muestra que el acceso a tratamiento psiquiátrico no presenta un patrón claro, pero está fuertemente asociado al ingreso. Esto indica una mayor vulnerabilidad entre los jóvenes de menores ingresos, ya que carecen de los recursos con los que sí cuentan quienes tienen mayores ingresos para enfrentar desafíos de salud mental.

Figura 1. Acceso a tratamiento psiquiátrico y psicológico por quintil de ingreso y año



La Tabla 2 presenta los índices de desigualdad de Theil del índice general de salud mental para los años 2018 y 2022. Este índice se calcula para la población total en cada año y se descompone en desigualdad entre grupos (*between*) y dentro de los grupos (*within*) para grupos definidos según distintas variables. El índice de Theil es una medida de desigualdad basada en la entropía que toma el valor cero bajo perfecta igualdad y aumenta a medida que crecen las disparidades. Si bien los valores absolutos obtenidos en este estudio (por ejemplo, 0.037 y 0.043) pueden parecer pequeños, son consistentes con los niveles típicos de de-

sigualdad observados en variables no monetarias, como la salud mental. Más importante aún, la diferencia entre estos valores refleja un incremento en la desigualdad en salud mental a lo largo del tiempo. Vale señalar que también hubo un aumento en la desigualdad de ingresos en Uruguay durante este período. Con un índice de Theil mayor en 2022 en comparación con 2018, se observa un aumento de más del 16% en la desigualdad de salud mental. La mayor parte de esta desigualdad proviene de diferencias dentro de los grupos (*within*).

Tabla 2. Porcentaje de desigualdad «Between» y «Within» en el Índice de Salud Mental, años 2018 y 2022

	2018		2022	
Índice Theil	0.037		0.043	
Variable	Between (%)	Within (%)	Between (%)	Within (%)
Sexo	0.52%	99.48%	0.16%	99.84%
Afrodescendiente	0.23%	99.77%	0.01%	99.99%
Edad	0.49%	99.51%	0.98%	99.02%
Nivel socioeconómico	9.76%	90.24%	11.02%	88.98%
Desigualdad local	1.91%	98.09%	3.02%	96.98%
Repite secundaria básica	0.49%	99.51%	0.79%	99.21%
Hace tareas de cuidados	0.72%	99.28%	0.44%	99.56%
Madre ausente	0.27%	99.73%	0.26%	99.74%
Padre ausente	0.11%	99.89%	0.27%	99.73%
Recibe atención psicológica	0.06%	99.94%	0.02%	99.98%
Recibe atención psiquiátrica	0.58%	99.42%	3.13%	96.87%
Recibe medicación	0.41%	99.59%	2.19%	97.81%

Esto indica que las disparidades no se explican únicamente por diferencias entre grupos categóricos (por ejemplo, entre hombres y mujeres), sino que también son significativas dentro de cada grupo, tanto en 2018 como en 2022. La mayoría de las variables seleccionadas contribuyen poco a explicar la desigualdad en salud mental. Las variables económicas, como el nivel socioeconómico y la desigualdad de ingresos en el área de residencia (índice de Gini), muestran una contribución relativamente mayor, aunque aún modesta.

Este patrón sugiere que las políticas destinadas a reducir la desigualdad en salud mental deben centrarse no solo en las diferencias estructurales entre grupos de población, sino también en las disparidades que ocurren dentro de los grupos. Estas

disparidades intragrupalmente probablemente están influenciadas por experiencias individuales y otros factores contextuales no captados por las variables observadas.

En resumen, la desigualdad en salud mental aumentó entre 2018 y 2022, con una contribución predominante de las disparidades dentro de los grupos. Esto indica que los cambios en la salud mental asociados con el paso del tiempo —ya sea debido a la edad, cambios en las circunstancias personales o eventos externos como la pandemia de 2020— tuvieron un impacto desigual en el bienestar mental, siendo los factores económicos los principales contribuyentes observados. Sin embargo, esto también implica que no existen soluciones sencillas para abordar los problemas de salud mental entre la juventud.

Análisis econométrico

La Tabla 3 presenta los resultados de los modelos multinivel bayesianos estimados para la probabilidad de experimentar pobreza en salud mental. Los coeficientes se transforman en Odds Ratios (OR) para facilitar la interpretación. Un OR mayor que 1 indica un aumento en la probabilidad del resultado de interés asociado con un incremento de una unidad en la variable independiente, mientras que un OR menor que 1 sugiere una disminución en dicha probabilidad. Los resultados se consideran estadísticamente significativos cuando el intervalo de credibilidad del 95% no incluye el valor nulo. Se presenta un modelo para la población total y el mismo modelo se estima por separado para mujeres y hombres, con el fin de analizar efectos heterogéneos.

Para los tres modelos, la prueba de especificación de Hausman que compara efectos fijos y aleatorios favoreció el enfoque de efectos aleatorios, lo que indica que no existe una correlación sistemática entre los efectos específicos del individuo y las variables explicativas. Esta elección metodológica permite utilizar la variación tanto dentro como entre individuos, garantizando mayor eficiencia en la estimación. El modelo controla por el año de la encuesta para captar posibles cambios temporales en la pobreza en salud mental entre 2018 y 2022. Esta variable se especifica como una pendiente aleatoria a nivel individual, permitiendo trayectorias heterogéneas a lo largo del tiempo entre los encuestados.

En el análisis general para la población total, los resultados indican que las condiciones económicas del hogar son un determinante central de la pobreza en salud mental. Un mayor nivel socioeconómico se asocia de forma fuerte y significativa con una menor probabilidad de caer en pobreza en salud mental (OR = 0.55, $p < 0.01$), destacando su rol protector al amortiguar la vulnerabilidad psicológica. Esto es probable debido a vivienda estable, menor estrés parental, acceso a atención psicológica y otros recursos. La edad aparece como un factor de riesgo, ya que cada año adicional se asocia con un aumento del 92% en las probabilidades (OR = 1.92, $p < 0.01$).

Tabla 3. Odds Ratios de los modelos logit multinivel bayesianos sobre pobreza en salud mental para la población total, hombres y mujeres

Variable	Total	Men	Women
Intercepto	0.20*** (0.05)	0.009*** (0.005)	0.18*** (0.06)
Nivel socioeconómico (INSE)	0.55*** (0.15)	0.67*** (0.23)	0.46*** (0.19)
Edad	1.92*** (0.37)	1.36 (0.42)	2.61*** (0.73)
Sexo (Masculino=1)	0.07*** (0.02)		
Afro-descendiente	1.43 (0.48)	1.60 (0.87)	1.27 (0.91)
Madre ausente	1.21 (0.43)	1.97 (1.17)	0.84 (0.91)
Padre ausente	1.79** (0.53)	1.25 (0.79)	2.41** (1.42)
Desiguadad local (Gini)	1.31** (0.26)	1.64** (0.82)	1.11** (0.47)
Trabajo cuidados no remunerado	1.80*** (0.26)	1.84*** (0.55)	1.92*** (0.47)
Repitió educación media	1.49*** (0.24)	1.86*** (0.39)	1.28 (0.31)
Variación barrio	0.29 (0.21)	0.60 (0.42)	0.33 (0.24)
Variación individual	2.70 (0.30)	2.92 (0.55)	2.79 (0.42)
Bayes R2	0.41	0.36	0.32
LOOIC	1963.6	822.1	1164.0
N observaciones	1918	975	943
N barrios	209	174	166
N individuos	959	491	475

Nota: Los odds ratios fueron estimados en la escala logit. Los errores estándar entre paréntesis se calcularon a partir de los intervalos de confianza posteriores al 95%. Significancia: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$. Convergencia: Todos los modelos alcanzaron $\hat{R} \approx 1.00$ para todos los parámetros y presentaron tamaños efectivos de muestra elevados (Bulk-ESS y Tail-ESS), lo que indica estimaciones posteriores estables.

Ser hombre se asocia con una reducción del 93% en las probabilidades (OR = 0.07, $p < 0.01$) en comparación con las mujeres. Esto implica que las mujeres enfrentan mayor riesgo de pobreza en salud mental, con fuertes implicaciones para políticas públicas; aunque también podría deberse a la subnotificación de problemas de salud mental entre hombres por estereotipos de género o falta de conciencia. Mientras que la identidad afrodescendiente y la ausencia materna no muestran asociaciones significativas, la ausencia paterna aumenta el riesgo (OR = 1.79, $p < 0.05$). La desigualdad residencial (Gini) se asocia positivamente con la pobreza en salud mental (OR = 1.31, $p < 0.05$). El trabajo de cuidados no remunerado (OR = 1.80, $p < 0.01$) y la repetición en educación media básica (OR = 1.49, $p < 0.01$) también emergen como factores de riesgo significativos.

Al analizar heterogeneidad por género, surgen patrones distintos. Entre los hombres, el nivel socioeconómico mantiene su efecto protector (OR = 0.67, $p < 0.01$), mientras que la edad y la ausencia paterna no resultan significativas. El trabajo de cuidados no remunerado (OR = 1.84, $p < 0.01$) y la repetición

(OR = 1.86, $p < 0.01$) presentan asociaciones fuertes. La desigualdad local es significativa (OR = 1.64, $p < 0.05$), sugiriendo mayor sensibilidad masculina a disparidades contextuales.

Entre las mujeres, el nivel socioeconómico sigue siendo fuertemente protector (OR = 0.46, $p < 0.01$), pero menos que entre los hombres, lo que indica procesos diferenciados. A diferencia de los hombres, la edad tiene un efecto marcado (OR = 2.61, $p < 0.01$), al igual que la ausencia paterna (OR = 2.41, $p < 0.05$). El trabajo de cuidados no remunerado (OR = 1.92, $p < 0.01$) es significativo y, contrariamente a lo que suele creerse, el efecto es similar al de los hombres en el aumento del riesgo; mientras que la repetición escolar no lo es. El efecto del Gini es positivo (OR = 1.11, $p < 0.05$) pero más débil que para los hombres.

Estos resultados sugieren que, según estereotipos de género predominantes, los logros económicos y académicos generan más presión psicológica entre hombres que entre mujeres, especialmente en presencia de ansiedad por estatus; mientras que para las mujeres, los cambios psicológicos y biológicos asociados a la edad y los efectos emocionales de la ausencia paterna influyen más en el bienestar que los factores económicos o académicos.

En conjunto, los hallazgos subrayan la importancia de los factores económicos en la salud mental. Tanto el nivel socioeconómico individual como la desigualdad territorial emergen como determinantes relevantes y diferenciados por género. Las políticas públicas deben apuntar a reducir desigualdades estructurales y garantizar acceso equitativo a recursos de salud mental, reconociendo la interacción entre condiciones individuales y contextos sociales.

El análisis de varianza muestra que las diferencias individuales son el principal determinante de la pobreza en salud mental por encima de las diferencias vecinales, aunque el peso relativo del contexto barrial varía según el género, requiriendo intervenciones específicas. Considerando el marco teórico, la hipótesis de ansiedad por estatus (SAH) parece más explicativa que las hipótesis de capital social (SCH) o neomaterialista (NMH) para entender cómo la desigualdad afecta el bienestar.

La NMH y la SCH implicarían mayor varianza a nivel barrio que a nivel individual, ya que la NMH surge de procesos comunitarios ligados a infraestructura y servicios, y la SCH de deterioro en cohesión e integración social dependiente de normas y confianza comunitarias. En cambio, la SAH implica mayor varianza individual independientemente del barrio, dado que la ansiedad por estatus proviene de comparaciones con pares cercanos, como vecindarios o compañeros de educación media. Aun así, el coeficiente positivo y significativo de desigualdad local es coherente con la conclusión: a mayor desigualdad local, mayor malestar psicológico derivado de ansiedad por estatus.

Es importante notar que estos resultados están influenciados por el creciente rol de redes sociales y el entorno digital, que permiten comparaciones sociales con pares distantes incluso en contextos homogéneos. Además, los hallazgos son específicos al grupo etario estudiado, con patrones distintos a otras etapas del ciclo de vida.

Robustez

Para fortalecer la validez de los hallazgos presentados en la sección anterior, se analizan dos modelos de robustez: por un lado, un modelo bayesiano multinivel en el cual la variable dependiente es el índice general de salud mental (variable continua), y por otro, una replicación del modelo principal sin el uso de ponderadores muestrales.

Tabla 4. Resultados de los modelos bayesianos multinivel de robustez: especificación con resultado continuo y modelo sin ponderadores

Variable	Continuous Index	Unweighted Model
Intercepto	0.12 *** (0.03)	0.22 *** (0.06)
Nivel socioeconómico (INSE)	0.08 *** (0.02)	0.60 *** (0.17)
Edad	0.05 ** (0.02)	1.85 *** (0.40)
Sexo (Masculino=1)	-0.15 *** (0.04)	0.09 *** (0.03)
Afro-descendiente	0.03 (0.04)	1.38 (0.50)
Madre ausente	0.04 (0.05)	1.18 (0.45)
Padre ausente	0.07 ** (0.03)	1.70 ** (0.57)
Desigualdad local (Gini)	0.06 ** (0.02)	1.28 ** (0.27)
Trabajo cuidados no remunerado	0.10 *** (0.02)	1.75 *** (0.28)
Repitió educación media	0.09 *** (0.02)	1.45 *** (0.26)
Variación barrio	0.18 (0.12)	0.27 (0.20)
Variación individual	0.92 (0.10)	2.55 (0.32)
Bayes R ²	0.46 (95% CI: 0.40-0.52)	0.39 (95% CI: 0.33-0.45)
LOOIC	1845.8	1957.2
N observaciones	1918	1918
N barrios	209	209
N individuos	959	959

Nota: Para la especificación continua, los coeficientes representan efectos sobre la media del índice de salud mental; para la especificación binaria (sin ponderadores), los coeficientes se presentan como Odds Ratios. Los errores estándar se muestran entre paréntesis. Los modelos incluyen efectos aleatorios tanto a nivel de barrio como de individuo. *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

Los análisis de robustez, basados en modelos multinivel bayesianos alternativos, ofrecen un panorama consistente que respalda la estabilidad de los resultados principales sobre los determinantes de la pobreza en salud mental entre adolescentes.

En la especificación con variable dependiente continua, un mayor estatus socioeconómico sigue asociado de manera significativa con mejores resultados de salud mental, en línea con los hallazgos del modelo binario principal. La repetición en la educación media básica continúa mostrando un efecto negativo importante, reforzando la evidencia de que las trayectorias educativas interrumpidas son factores de riesgo clave. Las responsabilidades de cuidado no remunerado nuevamente se relacionan con peores resultados de salud mental, y la desigualdad local mantiene su significancia, aunque con una magnitud levemente menor. Estos resultados destacan la influencia conjunta de la estructura socioeconómica, las trayectorias educativas y las cargas de cuidado en el bienestar mental adolescente.

En el modelo sin ponderadores, los factores principales identificados en la especificación ponderada—estatus socioeconómico, edad, sexo, ausencia paterna, responsabilidades de cuidado y repetición escolar—siguen siendo significativos. La desigualdad contextual también continúa mostrando una asociación positiva con la pobreza en salud mental, aunque ligeramente reducida, lo que sugiere que el uso de ponderadores amplifica de manera moderada su efecto estimado.

En ambas comprobaciones de robustez, los efectos aleatorios a nivel de barrio e individuo explican una proporción sustancial de la varianza residual, lo que reafirma la pertinencia de modelar la estructura jerárquica de los datos. Los valores de Bayes R^2 y LOOIC indican un buen desempeño del modelo en todas las especificaciones.

En conjunto, estos ejercicios de robustez confirman el papel central de los factores socioeconómicos, educativos y de cuidado, así como de la desigualdad local, en la configuración de las disparidades en la salud mental adolescente, reforzando la confianza en la validez de los resultados principales.

CONCLUSIONES FINALES

Este estudio explora la relación entre la desigualdad socioeconómica y la salud mental de jóvenes y adolescentes en Uruguay, enfatizando la influencia de factores individuales, familiares y comunitarios, y analizando los resultados desde una perspectiva de género. Utilizando datos de panel de la ENAJ 2018-2022, el análisis examina tanto la prevalencia de la pobreza en salud mental como los determinantes que la configuran.

Para los tres modelos, la prueba de especificación de Hausman favoreció el enfoque de efectos aleatorios, indicando que no existe correlación sistemática entre los efectos específicos de los individuos y las variables explicativas. Esta elección permite utilizar variación tanto intra- como interindividual con mayor eficiencia. El modelo controla por el año de la encuesta, incluido como pendiente aleatoria a nivel individual para capturar trayectorias temporales heterogéneas entre 2018 y 2022, especialmente dado el brote de Covid durante ese período. Estos resultados sugieren que los factores internos de los individuos moldean el riesgo de pobreza en salud mental y que, aunque la salud mental general empeoró en 2022 respecto a 2018, existió una gran variación entre individuos.

En la muestra total, un mayor nivel socioeconómico reduce fuertemente la probabilidad de pobreza en salud mental, probablemente a través de vivienda estable, menor estrés parental y mayor acceso a cuidados de salud mental. La edad aparece como factor de riesgo, al igual que ser mujer, aunque no puede descartarse la subdeclaración entre varones. La ausencia paterna incrementa el riesgo, mientras que la identidad afrodescendiente y la ausencia materna no resultan significativas. La desigualdad residencial, el trabajo de cuidados no remunerado y la repetición en la educación media básica también son factores significativos que configuran la pobreza en salud mental.

Por género, los varones muestran efectos protectores del nivel socioeconómico, pero la edad y la ausencia paterna no son significativas. El trabajo de cuidados, el rezago escolar y la desigualdad local sí afectan negativamente su bienestar. Entre las mujeres, el nivel socioeconómico sigue siendo protector pero en me-

nor medida que para los hombres; la edad y la ausencia paterna son factores importantes, mientras que la repetición no lo es. Estos resultados evidencian grandes diferencias de género en los mecanismos que configuran la pobreza en salud mental, especialmente cuando las mujeres enfrentan mayores riesgos. Los efectos de la desigualdad local son más débiles.

Estos patrones sugieren que los logros económicos y el desempeño académico pueden generar mayor malestar psicológico en varones bajo ansiedad por estatus, mientras que en las mujeres los cambios asociados a la edad y los efectos emocionales de la ausencia paterna tienen mayor influencia. Los factores económicos y la desigualdad territorial siguen siendo centrales, con implicancias para políticas que reduzcan desigualdades estructurales y amplíen el acceso a recursos de salud mental.

El análisis de varianza muestra que las diferencias a nivel individual dominan, aunque los efectos barriales no son despreciables y varían según el género. La hipótesis de ansiedad por estatus (SAH) se alinea con una mayor varianza individual y con el vínculo positivo entre desigualdad local y malestar psicológico. A diferencia de la hipótesis neomaterialista (NMH) o la hipótesis del capital social (SCH), que implicarían mayor varianza barrial, la SAH vincula el malestar con comparaciones entre pares en proximidad. Las redes sociales pueden amplificar estos efectos al permitir comparaciones con pares distantes, pero también generar derrames en comunidades donde aplican la SCH y/o la NMH.

Teniendo en cuenta que la pobreza en salud mental, especialmente en este grupo etario, donde la deserción escolar es un gran problema en el sistema educativo uruguayo, puede generar trampas de pobreza y consecuencias irreversibles a largo plazo —sin mencionar la alarmante tasa de suicidio adolescente—, la salud mental de jóvenes y adolescentes en Uruguay podría beneficiarse de políticas orientadas a reducir la desigualdad, como el aumento de becas, transferencias monetarias más focalizadas y mayor progresividad tributaria. Al mismo tiempo, mejoras en el sistema de cuidados podrían aliviar la carga de cuidados sobre jóvenes, con impacto positivo en su salud mental. Reformas en el sistema educativo que eviten la repetición o programas de apoyo especial también podrían ser beneficiosos.

Estrechamente correlacionada con el ingreso, la expansión de la cobertura, calidad y efectividad de la atención psicológica puede mejorar la salud mental de jóvenes y adolescentes. Dado el acceso limitado a servicios psicológicos, el tratamiento de salud mental para este grupo podría vincularse a centros educativos. En este sentido, aprovechando el acceso masivo a dispositivos digitales a través del programa One Laptop per Child «Ceibal», es posible desarrollar plataformas digitales para abordar la salud mental en esta población y lograr un efecto preventivo.

Adicionalmente, aunque no está presente en los datos de panel, los resultados de 2018 muestran que variables como experiencias de discriminación, consumo de alcohol en el hogar y bullying en el ámbito educativo se asocian con deterioro de la salud mental. Esto resalta la importancia de entornos de apoyo en la escuela y en el hogar y refuerza las hipótesis de ansiedad por estatus en un mundo donde el consumismo aumenta sin cesar. También sugiere la necesidad de campañas de concientización contra el consumo de alcohol y el bullying.

REFERENCIAS

- ADJAYE-GBEWONYO, K., y KAWACHI, I. (2012). Use of the yitzhaki index as a test of relative deprivation for health outcomes: a review of recent literature. *Social science & medicine*, 75(1):129-137.
- AHERN, J., y GALEA, S. (2006). Social context and depression after a disaster: the role of income inequality. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(9):766-770.
- AIDA, J., KONDO, K., KONDO, N., WATT, R. G., SHEIHAM, A., y TSAKOS, G. (2011). Income inequality, social capital and self-rated health and dental status in older japanese. *Social Science Medicine*, 73(10):1561-1568.
- ALCALDE-UNZU, J., EZCURRA, R., y PASCUAL, P. (2009). Cross-country disparities in health-care expenditure: A factor decomposition. *Health Economics*, 18(4):479-485.
- ALFARO, J., GUZMÁN, J., REYES, F., GARCÍA, C., VARELA, J., y SIRLOPU, D. (2016). Satisfacción global con la vida y satisfacción escolar en estudiantes chilenos. *Psykhé* (Santiago), 25(2):1-14.
- ALPIZAR, F., CARLSSON, F., y JOHANSSON-STENMAN, O. (2005). How much do we care about absolute versus relative income and consumption? *Journal of Economic Behavior & Organization*, 56(3):405-421.
- ALWADI, M., y VETTORE, M. V. (2019). Contextual income inequality and adolescents' oral health-related quality of life: a multi-level analysis. *International Dental Journal*, 69(3):463-471.
- BAUMGARTNER, J. N. y BURNS, J. K. (2014). Measuring social inclusion—a key outcome in global mental health. *International Journal of Epidemiology*, 43(2):354-364.
- BECH, P. (2004). Measuring the dimension of psychological general well-being by the who-5. *Quality of life newsletter*.
- BELFIELD, C. R., y LEVIN, H. M. (2007). *The price we pay: Economic and social consequences of inadequate education*. Brookings Institution Press.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B., y RAMOS, F. (2009). El estrés. En BELLOCH, A., SANDÍN B. & RAMOS, F.(comp.), *Manual de Psicopatología*, 2:3-40.
- BOR, J., COHEN, G. H., y GALEA, S. (2017). Population health in an era of rising income inequality: Usa, 1980-2015. *The Lancet*, 389(10077):1475-1490.

- BOURGUIGNON, F., y CHAKRAVARTY, S. R. (2003). The measurement of multidimensional poverty. *The Journal of Economic Inequality*, 1:25-49.
- BOYDELL, J., VAN OS, J., MCKENZIE, K., y MURRAY, R. M. (2004). The association of inequality with the incidence of schizophrenia: An ecological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8):597-599.
- BRICKMAN, P. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. Adaptation level theory.
- BRONFENBRENNER, U. (1987). *Toward an experimental ecology of human development*, volume 32. American Psychological Association.
- BURNS, J. K., y ESTERHUIZEN, T. (2008). Poverty, inequality and the treated incidence of first episode psychosis: An ecological study from south africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(5):331-335.
- BURNS, J. K., TOMITA, A., y KAPADIA, A. S. (2014). Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2):185-196.
- BUTTERWORTH, P., SLADE, T., y DEGENHARDT, L. (2014). Factors associated with the timing and onset of cannabis use and cannabis use disorder: Results from the 2007 Australian national survey of mental health and well-being. *Drug and Alcohol Review*, 33(5):555-564.
- CAJIGAS DE SEGREDO, N., KAHAN, E., LUZARDO, M., NAJSON, S., UGO, C., y ZAMALVIDE, G. (2006). Agresión entre pares (bullying) en un centro educativo de montevideo: estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo. *Revista Médica del Uruguay*, 22(2):143-151.
- CANNUSCIO, C. C., JONES, C., KAWACHI, I., COLDITZ, G. A., BERKMAN, L., y RIMM, E. (2002). Reverberations of family illness: a longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the nurses' health study. *American Journal of Public Health*, 92(8):1305-1311.
- CASULLO, M. M., y SOLANO, A. C. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1):35-68.
- CIAIRANO, S., RABAGLIETTI, E., ROGGERO, A., BONINO, S., y BEYERS, W. (2007). Patterns of adolescent friendships, psychological adjustment and antisocial behavior: The moderating role of family stress and parent-adolescent relationship quality. *Journal of Adolescence*, 30(6):813-830.
- CLARK, A. E., FRIJTERS, P., y SHIELDS, M. A. (2008). Relative income, happiness, y utility: An explanation for the easterlin paradox and other puzzles. *Journal of Economic literature*, 46(1):95-144.
- COLEMAN, J. S. (1990). Commentary: Social institutions and social theory. *American sociological review*, 55(3):333-339.
- COSTELLO, E. J. (2016). Early detection and prevention of mental health problems: developmental epidemiology and systems of support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6):710-717.

- COSTELLO, E. J., COPELAND, W., y ANGOLD, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, y when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10):1015-1025.
- CUESTA, M. B., y BUDRÍA, S. (2015). Income deprivation and mental well-being: the role of non-cognitive skills. *Economics Human Biology*, 17:16-28.
- DASET, L. R., LÓPEZ-SOLER, C., y HIDALGO, M. D. (2009). Síndromes empíricos en una población adolescente, evaluados mediante el yrs. *Ciencias Psicológicas*, 3(1):67-82.
- DURKHEIM, E. (1951) [1897]. *Suicide: A study in sociology*. The Free Press, New York.
- EASTERLIN, R. A. (2001). Income and happiness: Towards a unified theory. *The economic journal*, 111(473):465-484.
- ELSTAD, J. I. (2005). Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study. *The European Journal of Public Health*, 15(1):51-58.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity.
- ESTÉVEZ LÓPEZ, E., MARTÍNEZ FERRERE, B., y MUSITU OCHOA, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Psychosocial Intervention*, 15(2):223-232.
- FERGUSON, D. M., BODEN, J. M., y HORWOOD, L. J. (2013). Childhood self-control and adult outcomes: Results from a 30-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 52(7):709-717.e1.
- FERNÁNDEZ PINTOS, M. E., DASET, L., VANDERPLASSCHEN, W., COSTA BALL, C. D., VAN DAMME, L., y VINDEVOGEL, S. (2017). Risk and protective factors for alcohol use among school-going adolescents in montevideo. *Drugs and Alcohol Today*, 17(1):12-22.
- GALEA, S., AHERN, J., TRACY, M., RUDENSTINE, S., y VLAHOV, D. (2007). Education inequality and use of cigarettes, alcohol, and marijuana. *Drug and alcohol dependence*, 90:S4-S15.
- GELMAN, A., CARLIN, J. B., STERN, H. S., y RUBIN, D. B. (1995). *Bayesian data analysis*. Chapman and Hall/CRC.
- GIACHETTO LARRAZ, G. A., ZUNINO, C., y RODRIGUEZ REY, M. (2023). *Informe final del proyecto: Factores críticos asociados a trastornos de la salud mental en la infancia en las cohortes incluidas en la encuesta de nutrición, desarrollo infantil y salud (EN-DIS) 2013 y 2018*.
- GÓMEZ-BUSTAMANTE, E. M., y COGOLLO, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de cartagena, colombia. *Revista de salud pública*, 12:61-70.
- GUNNELL, D., IRVINE, D., WISE, L., DAVIES, C., y MARTIN, R. (2009). Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the general practice research database. *Bmj*, 339.

- HANLON, C., LUITEL, N. P., KATHREE, T., MURHAR, V., SHRIVASTA, S., MEDHIN, G., SSBUNNYA, J., FEKADU, A., SHIDHAYE, R., PETERSEN, I., et al. (2014). Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low-and middle-income countries. *PloS one*, 9(2):e88437.
- HE, Y., ZHOU, L., LI, J., y WU, J. (2021). An empirical analysis of the impact of income inequality and social capital on physical and mental health-take china's micro-database analysis as an example. *International journal for equity in health*, 20:1-14.
- HEMPHILL, S. A., HEERDE, J. A., SCHOLES-BALOG, K. E., HERRENKOHL, T. I., TOUMBOUROU, J. W., y CATALANO, R. F. (2014). Effects of early adolescent alcohol use on mid-adolescent school performance and connection: A longitudinal study of students in victoria, australia and washington state, united states. *Journal of School Health*, 84(11):706-715.
- HOPFER, C. (2014). Implications of marijuana legalization for adolescent substance use. *Substance Abuse*, 35(4):331-335.
- JENKINS, R., y JAMES, J. (2003). *Dfid issues paper: mental health in poor countries*.
- KAPLAN, G. A., PAMUK, E. R., LYNCH, J. W., COHEN, R. D., y BALFOUR, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the united states: analysis of mortality and potential pathways. *Bmj*, 312(7037):999-1003.
- KARLSSON, M., NILSSON, T., LYTTKENS, C. H., y LEESON, G. (2010). Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective. *Social Science Medicine*, 70(6):875-885.
- KAWACHI, I., y KENNEDY, B. P. (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health services research*, 34(1 Pt 2):215.
- KESSLER, R. C., MERIKANGAS, K. R., y WANG, P. S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the united states at the beginning of the twenty-first century. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3(1):137-158.
- KIM, K. T. (2019). Revisiting the income inequality hypothesis with 292 oecd regional units. *International Journal of Health Services*, 49(2):360-370.
- KIM-COHEN, J., CASPI, A., MOFFITT, T. E., HARRINGTON, H., MILNE, B. J., y POULTON, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 60(7):709-717.
- KUEHN, B. M. (2005). Mental illness takes heavy toll on youth. *Jama*, 294(3):293-295.
- LAYTE, R. (2012). The association between income inequality and mental health: testing status anxiety, social capital, and neo-materialist explanations. *European Sociological Review*, 28(4):498- 511.
- LIANG, W., y CHIKRITZHS, T. (2015). Age at first use of alcohol and risk of heavy alcohol use: A population-based study. *BioMed Research International*, 2015:1-6.
- LIU, B., WEI, Y. D., y SIMON, C. A. (2017). Social capital, race, and income inequality in the United States. *Sustainability*, 9(2):248-261.

- LLAMBÍ, C., y PIÑEYRO, L. (2012). *índice de nivel socioeconómico (INSE)*. Centro de Investigaciones Económicas, Montevideo, Uruguay.
- LUND, C. (2014). Poverty and mental health: Towards a research agenda for low and middle-income countries. *Commentary*, 23(3):177-178.
- LUO, W., y XIE, Y. (2020). Economic growth, income inequality and life expectancy in china. *Social Science Medicine*, 256:113046.
- MARMOT, M., y WILKINSON, R. (2005). *Social determinants of health*.
- MATTHEW, P., y BRODERSEN, D. M. (2018). Income inequality and health outcomes in the united states: An empirical analysis. *The Social Science Journal*, 55(4):432-442.
- MCCOY, S. K., WELLMAN, J. D., COSLEY, B., SASLOW, L., y EPEL, E. (2013). Is the belief in meritocracy palliative for members of low status groups? evidence for a benefit for self-esteem and physical health via perceived control. *European journal of social psychology*, 43(4):307-318.
- MOORE, S., y KAWACHI, I. (2017). Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health*, 71(5):513-517.
- NORDENMARK, M., STRANDH, M., y LAYTE, R. (2006). The impact of unemployment benefit system on the mental well-being of the unemployed in sweden, ireland and great britain. *European Societies*, 8(1):83-110.
- OAS (2015). *Informe sobre el uso de drogas en las Américas 2015*. Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.
- PICKETT, K. E., y WILKINSON, R. G. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6):426-428.
- PICKETT, K. E., y WILKINSON, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science Medicine*, 128:316-326.
- POLAVIEJA, J. G. (2006). The incidence of temporary employment in advanced economies: why is spain different? *European Sociological Review*, 22(1):61-78.
- POPOVICI, I., FRENCH, M. T., ANTONACCIO, O., PACULA, R. L., y MACLEAN, J. C. (2014). Cannabis use and antisocial behavior among youth. *Sociological Inquiry*, 84(1):131-162.
- Putnam, R. D. (1993). The prosperous community. *The american prospect*, 4(13):35-42.
- PUTNAM, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in america. *PS: Political science & politics*, 28(4):664-683.
- SÁNCHEZ-GARCÍA, J.-F., SÁNCHEZ-ANTÓN, M.-d.-C., BADILLO-AMADOR, R., MARCO-GIL, M.-d.-C., LLINARES-CISCAR, J.-V., y ÁLVAREZ-DÍEZ, S. (2019). A new extension of bourguignon and chakravarty index to measure educational poverty and its application to the oecd countries. *Social Indicators Research*, 145:479-501.
- SARRIERA, J. C., SAFORCADA, E., TONON, G., DE LA VEGA, L. R., MOZOBANCYK, S., y BEDIN, L. M. (2012). Bienestar subjetivo de los adolescentes: un estudio comparativo entre argentina y brasil. *Psychosocial Intervention*, 21(3):273-280.
- SEN, A. (1999). *Development as freedom*. Alfred A. Knopf, New York.

- SHI, L., MACINKO, J., STARFIELD, B., WULU, J., REGAN, J., y POLITZER, R. (2003). The relationship between primary care, income inequality, and mortality in us states, 1980-1995. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(5):412-422.
- SHMUELI, A. (2014). Income-related inequalities in health and health services use in israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(1):1-8.
- SILBERSDORF, A., LYNCH, J., KLASSEN, S., y KNEIB, T. (2018). Reconsidering the income-health relationship using distributional regression. *Health Economics*, 27(7):1074-1088.
- STEPHENS, C. (2008). Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social science & medicine*, 66(5):1174-1184.
- SUBRAMANYAM, B., y DAS, A. (2009). Linearized and non-linearized isotherm models comparative study on adsorption of aqueous phenol solution in soil. *International Journal of Environmental Science & Technology*, 6:633-640.
- TEFFT, N. (2011). Insights on unemployment, unemployment insurance, and mental health. *Journal of Health Economics*, 30(2):258-264.
- THEIL, H. (1967). *Economics and information theory*.
- TOBLER, A. L., MALDONADO-MOLINA, M. M., STARAS, S. A., O'MARA, R. J., LIVINGSTON, M. D., y KOMRO, K. A. (2013). Perceived racial/ethnic discrimination, problem behaviors, and mental health among minority urban youth. *Ethnicity & health*, 18(4):337-349.
- UNFPA Uruguay (2016). Hacia una cobertura universal de salud sexual y salud reproductiva en Uruguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF-INJU-MIDES (2023). Panorama de la salud mental y el bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes de 16 a 19 años desde el panel de juventudes de la enaj.
- UNODC (2009). *Informe mundial sobre las drogas 2009*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena, Austria.
- VAN DEURZEN, I., VAN INGEN, E., y VAN OORSCHOT, W. J. (2015). Income inequality and depression: The role of social comparisons and coping resources. *European sociological review*, 31(4):477- 489.
- VIOLA, L., GARRIDO, G., y VARELA, A. (2008). *Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos*. Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- WARE, J. E., KOSINSKI, M., y DEWEY, J. E. (2007). *How to score version 2 of the sf-36 health survey*. QualityMetric Incorporated, Lincoln, RI.
- WEICH, S., LEWIS, G., y JENKINS, S. P. (2001). Income inequality and the prevalence of common mental disorders in britain. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3):222-227.
- WILKINSON, R. G., y PICKETT, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 62(7):1768-1784.
- WILKINSON, R. G., y PICKETT, K. E. (2009). Income inequality and social dysfunction. *Annual review of sociology*, 35(1):493-511.

- WOELBERT, E., LUNDELL-SMITH, K., WHITE, R., y KEMMER, D. (2021). Accounting for mental health research funding: developing a quantitative baseline of global investments. *The Lancet Psychiatry*, 8(3):250-258.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- XIANG, Y., CAO, R., y LI, X. (2024). Parental education level and adolescent depression: a multi-country meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 347:645-655.
- YANG, J., DING, S., y DENG, D. (2019a). Research on the impact of human capital and social capital on the income inequality of landless farmers. *China Popul Resour Environ*, 29(03):148- 158.
- YANG, J., SUN, F., y SHEN, Y. (2019b). Does income inequality deprive farmers of happiness—an analysis based on the moderating effect of social capital. *J Shanxi Univ Finance Econ*, 41(7):1- 13.
- YITZHAKI, S. (1980). Relative deprivation and the gini coefficient: reply. *The Quarterly Journal of Economics*, 95(3):575-576.
- ZHANG, T., XU, Y., REN, J., SUN, L., y LIU, C. (2017). Inequality in the distribution of health resources and health services in china: hospitals versus primary care institutions. *International Journal for Equity in Health*, 16(14):2-8.
- ZIMMERMAN, F. J., y BELL, J. F. (2006). Income inequality and physical and mental health: testing associations consistent with proposed causal pathways. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(6):513-521.

APÉNDICE

Tabla 5. Preguntas sobre estado emocional y mental en los últimos 12 meses

Pregunta	Respuesta
Durante los últimos 12 meses, ¿qué tan a menudo... ... te has sentido solo?	Nunca Rara vez A veces Casi siempre Siempre
... has estado tan preocupado que no pudiste dormir en la noche?	Nunca Rara vez A veces Casi siempre Siempre
... has sentido miedo? (por ejemplo, en la escuela, en casa, en tu barrio, etc.)	Nunca Rara vez A veces Casi siempre Siempre
Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te has sentido tan triste o desesperanzado durante dos semanas o más, que dejaste de realizar tus actividades habituales?	Sí No
Durante los últimos 12 meses, ¿te has hecho daño a tí mismo intencionalmente, como quemado, cortado, or lastimado a propósito?	Sí No
Durante los últimos 12 meses, ¿has considerado seriamente quitarte la vida?	Sí No
Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan sobre como quitarte la vida?	Sí No
Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has intentado quitarte la vida?	Sí No 1 2 o 3 veces 4 o 5 veces 6 veces o más

Figura 2. Pobreza en salud mental según sexo y año

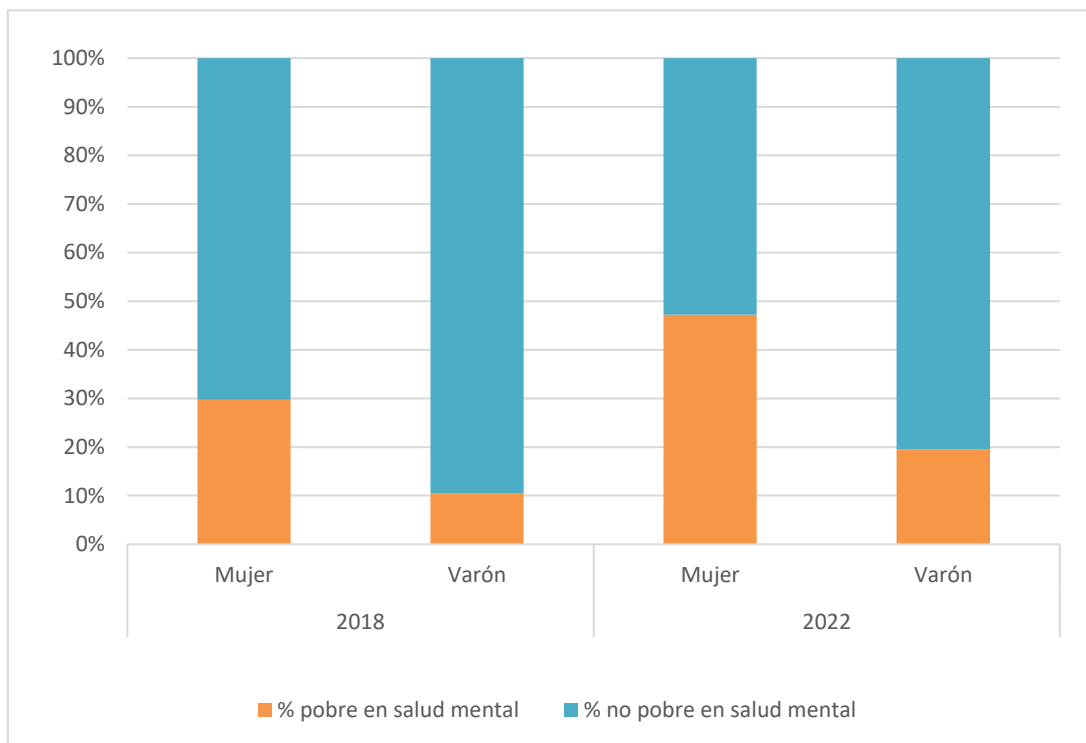


Figura 3. Pobreza en salud mental por ascendencia racial y año

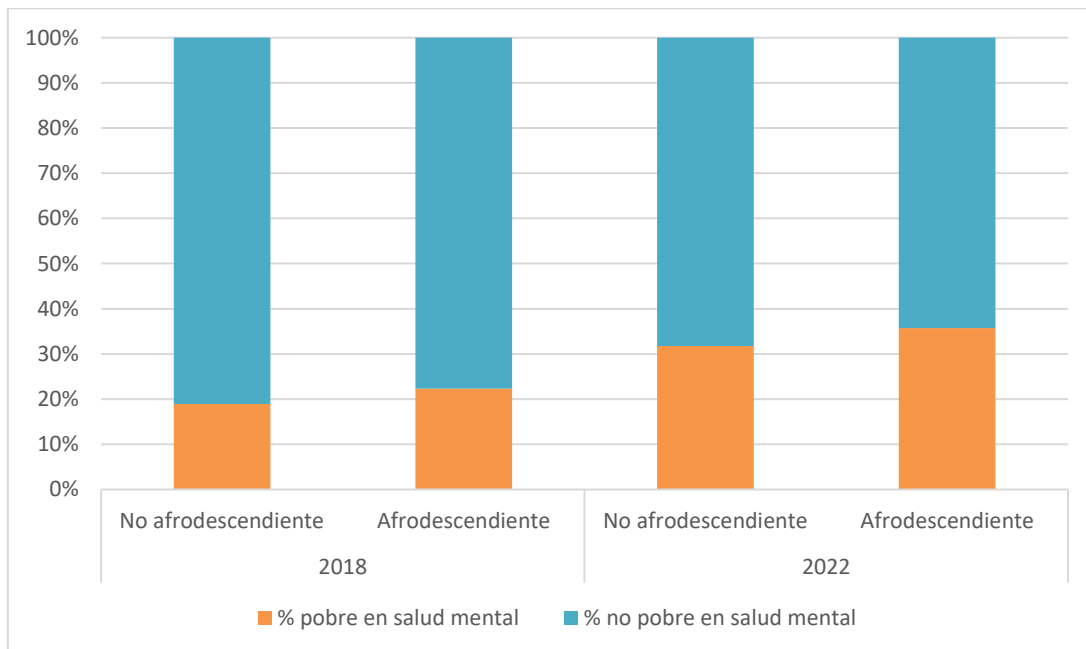


Figura 4. Pobreza en salud mental según repetición y año

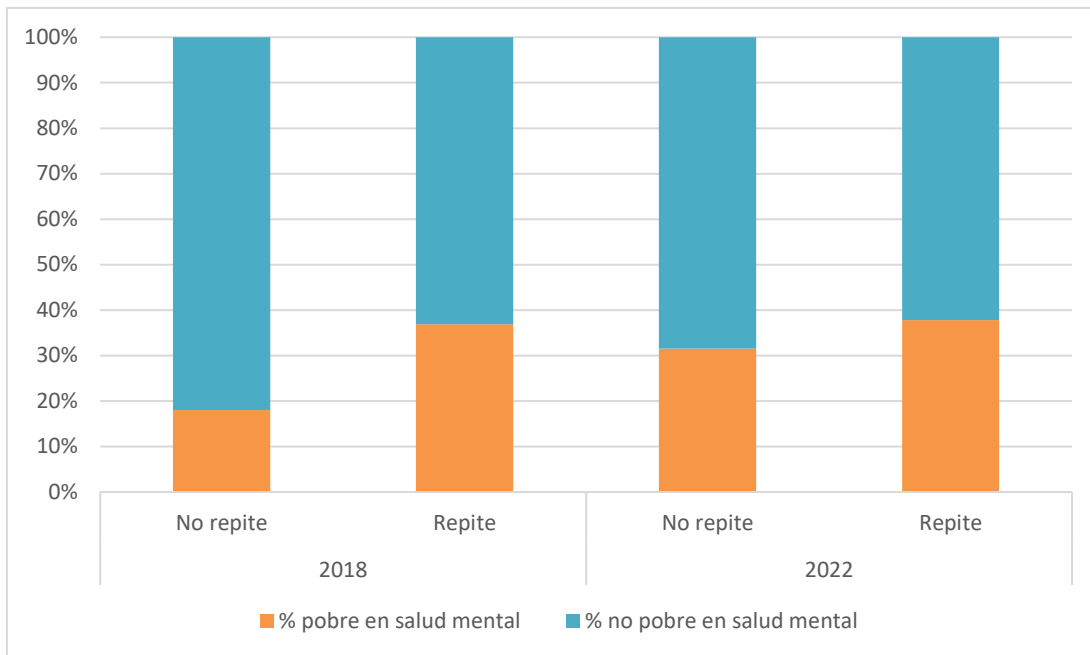


Figura 5. Pobreza en salud mental por quintil de ingresos y año

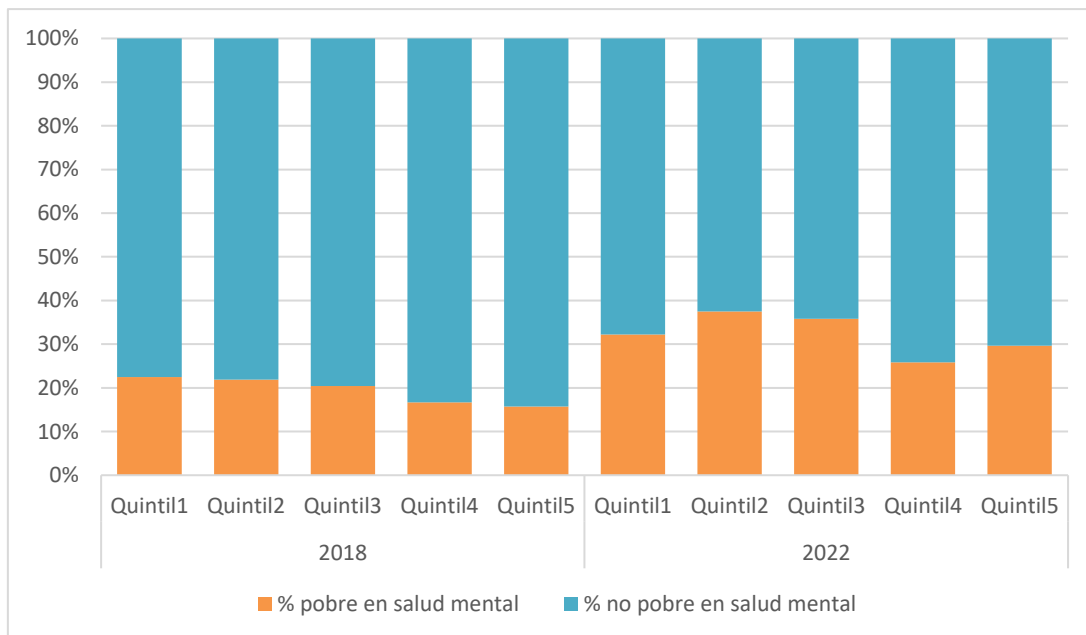
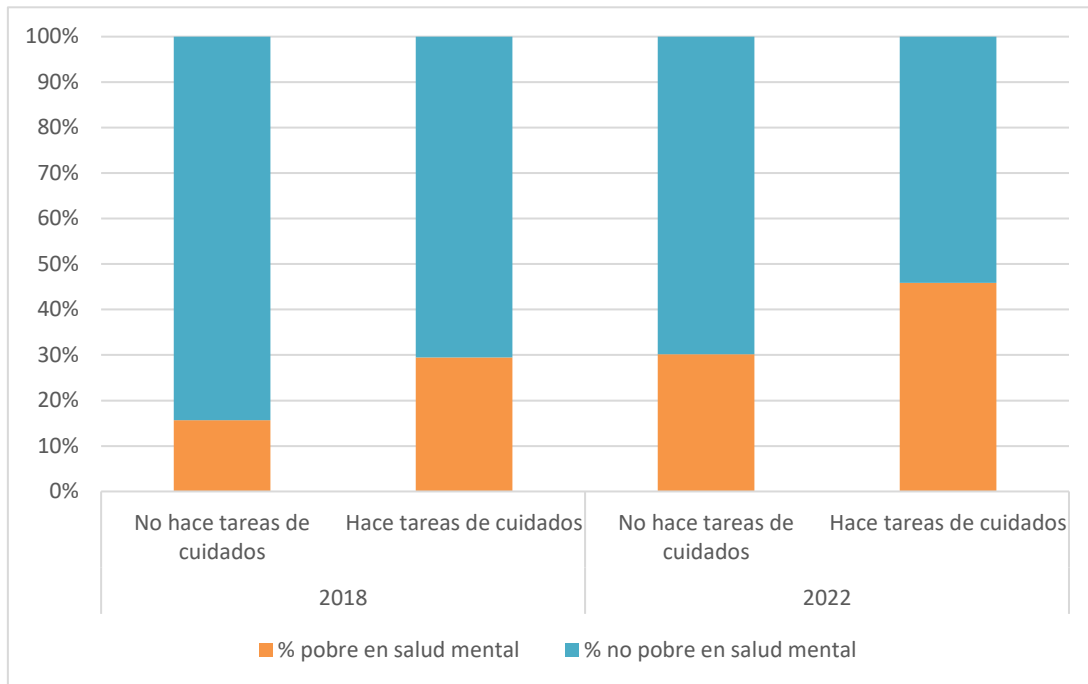


Figura 6. Pobreza en salud mental según trabajo de cuidados y año





 **INSTITUTO**
Humanista Cristiano
Juan Pablo Terra



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

Instituto
Nacional de la
Juventud

