

Síntomas depresivos, ideación suicida y consumo de sustancias en jóvenes LGBT+ en Chile: análisis de la 9° Encuesta Nacional de Juventud

Marcelo Crockett Castro¹
Vania Martínez Nahuel²

RESUMEN

Jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT+) manifiestan más problemas de salud mental y consumo de sustancias que sus pares heterosexuales y cisgénero (HC), sin embargo, no hay suficiente evidencia de estas diferencias en Chile. El objetivo fue comparar la prevalencia de sintomatología depresiva, ideación suicida, consumo de sustancias y tratamiento de salud mental de jóvenes LGBT+ y HC. Se realizó un análisis secundario de la 9na Encuesta Nacional de Juventud 2018 (n = 9.700; 15–29 años) que incluyó auto-reporte de síntomas depresivos, ideación suicida, consumo de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y pasta base), tratamiento de salud mental actual

1 Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Participa del programa ANID, Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), y del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), en Santiago de Chile. Correo: marcelocrockett@gmail.com.

2 Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Participa del programa ANID, Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), y del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), en Santiago de Chile. Académica por el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correo: vaniamartinezn@gmail.com.

y percepción de barrera económica de acceso a tratamiento. Mediante modelos de regresión logística múltiple se estimaron razones de prevalencia ajustadas. Jóvenes LGBT+ tuvieron más sintomatología depresiva alta, ideación suicida, consumo de tabaco, marihuana, cocaína y/o pasta base y usan más servicios de salud mental que los/as jóvenes HC. No hubo diferencias en el consumo de alcohol y en la percepción de barrera económica de acceso a tratamiento. Los resultados muestran que jóvenes LGBT+ en Chile poseen peores resultados en salud mental y consumo de sustancias que jóvenes HC, por lo que las políticas públicas orientadas a disminuir los problemas de salud mental debieran considerar estas diferencias.

PALABRAS CLAVE

LGBT+; jóvenes; depresión; ideación suicida; consumo de sustancias.

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, trans y otros/as pertenecientes a la diversidad sexual y de género (LGBT+) muestran peores resultados de salud mental que sus pares heterosexuales y cisgénero (HC; el término cisgénero es empleado para designar a las personas que su identidad de género coincide con su sexo asignado al nacer), observándose un mayor número de intentos suicidas, ideación suicida, trastornos depresivos, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (Coker y otros, 2010; Connolly y otros, 2016; Marshal y otros, 2011; Miranda-Mendizábal y otros, 2017; Tommich y otros, 2016). Así mismo, se han reportado mayores indicadores de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas en adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales (LGB) (Marshal y otros, 2008), así como en población transgénero y género no conforme (Day y otros, 2017; Reisner y otros, 2015) en comparación a pares HC, respectivamente.

Por otra parte, algunos estudios han mostrado que los/as jóvenes LGBT+ usan más los servicios de salud mental (Baams y otros, 2018; Dunbar y otros, 2017), pero a su vez reportan mayores barreras para acceder a los servicios. Por ejemplo, reportan en mayor medida dificultades en torno a cómo acceder a tratamiento de salud mental y el costo económico asociado a la atención (Dunbar y otros, 2017). También se han reportado preocupaciones asociadas a la confidencialidad y a la privacidad de la atención como barreras para acceder a una atención de salud en población LGB (Williams y Chapman, 2011), así como dificultades para acceder a tratamientos de salud mental adecuados a las necesidades de personas trans (McCann y Sharek, 2016).

En Chile, la población ha mostrado actitudes más positivas hacia las personas LGBT+ en los últimos años, sin embargo, la discriminación por orientación sexual e identidad de género aún es una problemática presente que tiene serias consecuencias en la calidad de vida y salud mental de las personas LGBT+ (Barrientos y Cárdenas, 2013; Barrientos y otros, 2019). Según un estudio con población adulta LGBT+, el 85,2% de los/as participantes reportó haber sufrido discriminación, 71,5% ridiculizaciones y 57,8% insultos o amenazas, siendo las personas trans las que mostraron los niveles más altos de discriminación y victimización (Barrientos y otros, 2010).

En general hay una brecha importante de conocimiento en Chile sobre la salud mental de población LGBT+ que compare sus resultados con población HC, en especial en adolescentes y jóvenes. Dentro de los estudios publicados, por ejemplo, una investigación con población clínica adolescente LGB, mostró que del total de adolescentes que fueron evaluados por la unidad de salud mental, el 78,9% presentó algún trastorno mental (González y otros, 2004). Por otra parte, según los datos de la primera encuesta para personas trans y género no-conforme en Chile, el 95% de los/as participantes reportó discriminación o cuestionamientos de su identidad en centros de salud, 40% discriminación en su lugar de estudios y 56% intentos de suicidios, los cuales iniciaron en la mayoría entre los 11 y 18 años (Linker y otros, 2017). A pesar de lo esperado según la literatura, otro estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas en algunas medidas de salud mental (ansiedad, depresión, somatizaciones, entre otras) y bienestar psicológico y social en población homosexual y heterosexual entre 18 y 49 años (Gómez y Barrientos, 2012), sin embargo, estos resultados podrían no ser representativos de la población dado que su muestra se compuso en mayor medida de personas con un alto nivel de estudios y utilizaron un muestreo intencionado.

Respecto al consumo de sustancias, las investigaciones son aún más escasas. Un estudio en Chile que utilizó los datos de la 8va Encuesta de la Juventud mostró que el consumo problemático de sustancias fue mayor en mujeres no-heterosexuales que en las heterosexuales (Leal y otros, 2020). Por otra parte, la encuesta Visibles sobre mujeres lesbianas y bisexuales en Chile entre 11 a 59 años, mostró altas prevalencias de consumo de tabaco (79%), marihuana (73%) y cocaína (15%) alguna vez en la vida, y de tabaco (48%), marihuana (38%) y cocaína (2%) en el último mes (Movimiento de liberación homosexual [Movilh], 2019).

MARCO CONCEPTUAL

El Modelo de estrés de las minorías es uno de los principales modelos teóricos utilizados para entender cómo los factores socioculturales como el estigma, el prejuicio

y la discriminación hacia las minorías sexuales (Meyer, 2003) y de género (Hendricks y Testa, 2012) contribuyen a que la población LGBT+ esté expuesta a mayores niveles de estrés que sus pares HC. Este estrés a su vez tiene un efecto negativo en la salud mental y física de las personas (Meyer, 2003; Meyer y Frost, 2013). El modelo comprende los estresores desde un continuo que va desde los estresores distales a los proximales, entendiendo los primeros como los procesos más objetivos y estructurales a nivel cultural (como por ejemplo la discriminación hacia las minorías sexuales), y los segundos como los procesos más subjetivos e individuales que dependen de la percepción de las personas (como por ejemplo la homofobia internalizada u ocultar la identidad por miedo al rechazo o sufrir daños) (Meyer, 2003).

ESTE ESTUDIO

Considerando que existen pocas investigaciones sobre salud mental de jóvenes LGBT+ en Chile, en especial de estudios que comparen los resultados de salud mental y consumo de sustancias con población HC, este estudio tiene por objetivo comparar la prevalencia de sintomatología depresiva, ideación suicida, consumo de sustancias y tratamiento de salud mental de jóvenes LGBT+ y sus pares HC. Mediante este estudio esperamos contribuir a visibilizar las necesidades de salud mental de jóvenes LGBT+ en Chile, así como también proveer información que sirva para la toma de decisiones para mejorar la atención de salud de esta población.

METODOLOGÍA

Participantes

Los datos de los/as participantes fueron obtenidos de la 9na Encuesta Nacional de Juventud 2018 (Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2019a), que fue contestada por una muestra probabilística de 9.700 jóvenes entre 15 y 29 años de todo Chile (la información sobre el muestreo y las características de la encuesta pueden revisarse en INJUV, 2019b). Las características de los participantes están en la tabla 1 del Anexo.

Medidas

A excepción de las variables sociodemográficas, las variables utilizadas en este estudio corresponden a preguntas extraídas del módulo autoaplicado de la encuesta. El carácter autoadministrado de este módulo tiene por objetivo resguardar el anonimato y favo-

recer la entrega de datos más exactos ante preguntas que abordan temas sensibles (INJUV, 2019a, 2019b).

Orientación sexual. Corresponde a la orientación sexual reportada por los/as jóvenes (1 = heterosexual, 2 = homosexual, 3 = bisexual, 4 = aún en exploración o questioning).

Identidad de género. Variable que indica el género con el cual se identifican los/as jóvenes. Debido al tamaño reducido de participantes transgénero y género no-conforme, y con fines analíticos, la variable identidad de género se codificó en tres categorías a partir del cruce de la variable género y sexo de nacimiento como 1 = hombre cisgénero, 2 = mujer cisgénero, 3 = transgénero u otro (transgénero = identidad de género discordante con sexo al nacer, otro = respondieron "otro" en la variable género).

Pertenencia a LGBT+. Variable creada a partir de las variables orientación sexual e identidad de género anteriores, que da cuenta de la pertenencia al grupo de la diversidad sexual y de género. Se codificó 0 = jóvenes heterosexuales y cisgénero (HC) y 1 = jóvenes homosexuales, bisexuales, questioning y transgénero u "otro" (LGBT+).

Sintomatología depresiva alta. Variable dicotómica creada a partir de las puntuaciones a los ítems sobre sintomatología depresiva en el último mes (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2012). La escala posee 5 ítems que poseen una escala de respuesta de 5 puntos. Para obtener la variable sintomatología depresiva alta primero se realizó una sumatoria de los ítems y luego se dividieron estas puntuaciones en cuartiles. La variable sintomatología depresiva alta se codificó como 1 = sintomatología alta (cuartil 4), 0 = sintomatología leve a moderada (cuartiles 1, 2 y 3).

Ideación suicida. Variable dicotómica que da cuenta de ideación suicida activa en el último mes. Fue recodificada del ítem Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has encontrado en las siguientes situaciones? sentirte con ganas de terminar con tu vida o suicidarte, que posee una escala de respuesta de 5 puntos (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = casi siempre, 5 = siempre). Las respuestas nunca y rara vez se recodificaron como 0, y las respuestas algunas veces, casi siempre y siempre como 1.

Consumo de sustancias. Corresponde a cuatro variables dicotómicas sobre consumo de alcohol, tabaco, marihuana, y cocaína y/o pasta base durante los últimos 12 meses. La variable consumo de cocaína y/o pasta base durante los últimos 12 meses se agrupó con fines analíticos debido a su baja prevalencia en la población. Cada variable posee dos posibles categorías de respuesta 0 = no consumió en el último año, 1 = consumió en el último año.

Tratamiento de salud mental. Corresponde a un ítem que da cuenta si los/as jóvenes estaban recibiendo tratamiento de salud mental en el momento de la encuesta (0 = no, 1 = sí).

Barrera económica de acceso a tratamiento de salud mental. Variable dicotómica sobre la percepción de poder costear consultas con psicólogo/a o psiquiatra durante un tiempo prolongado (0 = no, 1 = sí).

Variables sociodemográficas. Se usaron las variables edad codificada en tres categorías (1 = 15 a 19 años, 2 = 20 a 24 años, 3 = 25 a 29 años) y nivel socioeconómico (1 = alto, 2 = medio, 3 = bajo) calculada a partir de la profesión o trabajo del/a sostenedor/a del hogar y su nivel educativo (INJUV, 2019b).

Análisis

Todos los análisis contemplaron la comparación de grupos, ya sea por las variables LGBT+, orientación sexual o identidad de género. Para comparar las características sociodemográficas de la población se realizaron pruebas de comparaciones de proporciones (χ^2) entre los/as jóvenes LGBT+ y HC. Se estimaron las prevalencias para cada una de las variables de respuesta (síntomatología depresiva alta, ideación suicida, consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y/o pasta base, tratamiento de salud mental y barrera de acceso a tratamiento) junto con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) para el total de la población, para la población según pertenencia a LGBT+ y según orientación sexual e identidad de género. Además, se realizaron modelos de regresión logística múltiple para comparar las prevalencias de los/as jóvenes según pertenencia a LGBT+ y según orientación sexual e identidad de género en comparación a sus pares HC para cada una de las variables respuesta, ajustando por el efecto de las variables mujer cisgénero (variable dummy de identidad de género), edad y nivel socioeconómico. Tradicionalmente los coeficientes obtenidos de los modelos de regresión logística se expresan en Odds Ratio (OR), sin embargo, cuando la prevalencia de la variable respuesta es superior al 10% en la población, el OR tiende a sobreestimar los efectos en comparación a otras medidas de asociación (Zhang y Yu, 1998). Considerando que en los resultados cinco de ocho variables respuesta tuvieron una prevalencia igual o superior al 22,2% en la población, se estimaron Razones de Prevalencia ajustadas (aPR, por sus siglas en inglés adjusted Prevalence Ratio) como medidas de asociación por su facilidad de interpretación y recomendación para su uso en estudios transversales (Tamhane y otros, 2016). Se utilizó el método propuesto por Norton, Miller y Kleinman (2013), que permite estimar aPR junto a sus IC95% a través de un comando de postestimación, el cual también ajusta por el diseño de encuestas.

Todos los análisis fueron realizados considerando el diseño de la encuesta y los factores de expansión para representar a la población de jóvenes entre 15 y 29 años del país. Los análisis fueron realizados en el programa Stata 13.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la población están en la tabla 1 del Anexo. Dado que se utilizaron los factores de expansión en los análisis, se reportan los porcentajes junto con sus IC95% de los resultados, los cuales dan cuenta de las características de la población en estudio. Los/as jóvenes que se identificaron como LGBT+ corresponden al 8,0% del total de la población de jóvenes entre 15-29 años, de los cuales 6,8% corresponden a jóvenes homosexuales, bisexuales o questioning y 2,1% a jóvenes transgénero o que contestaron "otro" en la variable identidad de género (de aquí en adelante jóvenes transgénero para facilitar la lectura). Ambos porcentajes no suman el número total de jóvenes LGBT+ (8%) porque los/as jóvenes transgénero también reportan orientaciones sexuales no-heterosexual.

Según las variables sociodemográficas, los/as jóvenes LGBT+ se concentraron mayormente en los grupos de 14-19 años y 25-29 años ($p = 0,018$) en comparación a sus pares HC. No hubo diferencias en cuanto a la distribución según nivel socioeconómico ($p = 0,204$).

Las prevalencias de sintomatología depresiva alta, ideación suicida y consumo de sustancias se encuentran en la tabla 2 del Anexo. Para el total de la muestra, un 59,5% de los/as jóvenes reportó haber consumido alcohol durante los últimos 12 meses; aproximadamente un tercio reportó haber consumido tabaco y marihuana; un quinto, sintomatología depresiva alta; un 7%, ideación suicida y un 2,8%, consumo de cocaína y/o pasta base. Estratificando por pertenencia a LGBT+, se observa que los/as jóvenes LGBT+ poseen prevalencias mayores que sus pares HC en los seis resultados evaluados, siendo mucho más alta la prevalencia en sintomatología depresiva alta (40,7% vs 20,6%) e ideación suicida (19,3% vs 6,3%) que sus pares. Al estratificar por orientación sexual se observan algunas diferencias entre los grupos. Los/as jóvenes bisexuales poseen la prevalencia más alta de ideación suicida (26,4%). Los/as jóvenes questioning poseen la mayor prevalencia de síntomas depresivos (49,7%) y las menores prevalencias de consumo de sustancias que el resto de sus pares. Según identidad de género, los/as jóvenes transgénero tienen una prevalencia más alta en todos los resultados, excepto consumo de alcohol, la cual es más alta en hombres cisgénero.

La tabla 3 del Anexo muestra las aPR según pertenencia a LGBT+, orientación sexual e identidad de género. Los/as jóvenes LGBT+ poseen más posibilidades de reportar

sintomatología depresiva alta, ideación suicida, consumo de tabaco, marihuana y otras drogas durante el último año, en comparación a sus pares HC, ajustando por las variables de confusión. No se encontró diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol en el último año entre jóvenes LGBT+ y HC. Destaca en los resultados que los/as jóvenes LGBT+ poseen en promedio 3,37 veces más posibilidades de reportar ideación suicida que sus pares HC.

También se observan diferencias según orientación sexual. Los/as jóvenes homosexuales y bisexuales poseen mayores posibilidades de presentar sintomatología depresiva alta, ideación suicida y consumo de sustancias que sus pares heterosexuales. En comparación a sus pares heterosexuales, los/as jóvenes bisexuales poseen 4,06 veces más posibilidades de tener ideación suicida, y 3,05 veces más posibilidades de consumir otras drogas. Por otra parte, los/as jóvenes questioning poseen 2,80 más posibilidades de reportar ideación suicida y 2,27 más posibilidades de reportar sintomatología depresiva alta que sus pares heterosexuales, pero no se diferencian en cuanto a consumo de sustancias, ya que estas diferencias si bien tienen aPR menores, no son estadísticamente significativas.

Respecto a la identidad de género, los/as jóvenes transgénero tienen 3,29 y 1,63 veces más posibilidades de reportar ideación suicida y síntomas depresivos, respectivamente, que sus pares cisgénero. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre jóvenes transgénero versus cisgénero en cuanto al consumo de sustancias.

El 5,8% de los/as jóvenes se encontraba en tratamiento de salud mental a nivel poblacional (tabla 4 del Anexo), sin embargo, al estratificar por LGBT+, orientación sexual o identidad de género, en general el porcentaje es mayor para los jóvenes de orientaciones sexuales o identidades de género diversas (8,4% a 12,2%). Ajustando por las variables de confusión, las aRP muestran que, la proporción de jóvenes LGBT+ en tratamiento respecto a sus pares HC es dos veces mayor (aPR 2,08 a 2,77), exceptuando a los/as jóvenes homosexuales quienes poseen una aRP de 1,86 veces mayor que sus pares heterosexuales.

Entre los/as jóvenes con sintomatología depresiva alta, el 14,4% (IC95% 12,4-16,7) reportó estar en tratamiento de salud mental, en cambio, entre los/as jóvenes con ideación suicida el 21,8% (IC95% 17,8-26,3) reportó estar en tratamiento de salud mental. Al examinar los resultados por pertenencia a LGBT+, los/as jóvenes LGBT+ con sintomatología depresiva alta reportan en un porcentaje levemente mayor recibir atención de salud mental que jóvenes HC (16,9% vs 14,1%), lo que también ocurre entre quienes tienen ideación suicida (28,2% vs 20,6%).

Respecto a la barrera económica de acceso a tratamiento (tabla 4 del Anexo), el 44,2% de jóvenes a nivel poblacional reportó que tendría dificultades para costear consultas de

salud mental. Al estratificar por LGBT+, orientación sexual e identidad de género, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre jóvenes LGBT+ y HC luego de ajustar por las variables de confusión (todas las aRP muestran valores no significativos).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue comparar la prevalencia de algunos resultados de salud mental y consumo de sustancias entre jóvenes LGBT+ y HC, utilizando los datos de la 9na Encuesta Nacional de la Juventud (INJUV, 2019a). Los resultados muestran que jóvenes LGBT+, en comparación a sus pares HC, presentan mayores niveles de sintomatología depresiva alta, ideación suicida, consumo de tabaco, marihuana, cocaína y pasta base, reportan en mayor proporción estar en tratamiento de salud mental, pero no se diferencian en cuanto a la percepción de barrera económica de acceso a tratamiento de salud mental.

Los altos indicadores de problemas de salud mental que se observan en jóvenes LGBT+ corresponden a una problemática global (Coker y otros, 2010; Connolly y otros, 2016; Marshal y otros, 2011; Miranda-Mendizábal y otros, 2017; Tomicic y otros, 2016), que también se replica en Chile. De acuerdo con los resultados de este estudio, jóvenes LGBT+ tienen prevalencias mucho más altas que jóvenes HC en sintomatología depresiva alta (40,7% vs 20,6%) e ideación suicida (19,3% vs 6,3%). Al ajustar por variables de confusión, el patrón se mantiene, jóvenes LGBT+ tienen entre 1,96 veces más posibilidades de tener sintomatología depresiva alta y 3,37 veces más posibilidad de tener ideación suicida.

Según la literatura, jóvenes LGBT+ reportan mayores indicadores de consumo de sustancias (Day y otros, 2017; Marshal y otros, 2008; Reisner y otros, 2015), lo que es concordante con los resultados observados al examinar por la variable pertenencia a LGBT+, excepto en consumo de alcohol. Sin embargo, al explorar estas diferencias dentro del grupo LGBT+, se observa que solamente jóvenes LGB poseen mayores niveles de consumo de sustancias en comparación a sus pares heterosexuales. Consideramos que estas diferencias podrían deberse a que las variables examinadas en este estudio corresponden a consumo durante el último año y no miden la frecuencia o severidad del consumo³, por lo que es necesario continuar investigando en esta área utilizando una comprensión más amplia del fenómeno y mediante otras variables relacionadas a la frecuencia del consumo y el deterioro asociado a éste.

3 La 9ª Encuesta Nacional de Juventud 2018 (INJUV, 2019a, 2019b) cuenta con preguntas sobre frecuencia de consumo que no fueron incluidas en el análisis.

Así mismo, nuestros resultados también muestran que jóvenes LGBT+ utilizan más servicios de salud mental que sus pares HC, lo que está en concordancia con la literatura (Baams y otros, 2018; Dunbar y otros, 2017), sin embargo, nuestros resultados difieren a la literatura (Dunbar y otros, 2017) en cuanto a la percepción de barrera económica, la cual es percibida de manera similar por jóvenes LGBT+ y HC. Consideramos que esto podría deberse a que no se observaron diferencias en cuanto a nivel socioeconómico entre jóvenes LGBT+ y HC en este estudio.

Es importante mencionar que si bien se utilizó la variable pertenencia a LGBT+ con fines analíticos, esta es una población diversa y los desafíos y experiencias asociadas a tener una orientación sexual o identidad de género fuera de la heteronorma y de las construcciones sociales dominantes en torno al género pueden ser muy diferentes. Por ejemplo, personas transgénero reportan mayores niveles de discriminación (Barrientos y otros, 2010; Su y otros, 2016) y peores resultados de salud mental que personas LGB (Su y otros, 2016). En nuestros resultados se observa que jóvenes questioning, en comparación a otras orientaciones sexuales e identidades de género, tienen la probabilidad más alta de tener sintomatología depresiva alta (2,27 veces), así como jóvenes bisexuales tienen la probabilidad más alta de tener ideación suicida (4,06) y consumo de sustancias (entre 1,35 y 3,05). Resultados similares se han observado en la literatura en jóvenes questioning (Birkett y otros, 2009) y bisexuales (Ross y otros, 2018). Respecto a los jóvenes questioning, aún falta explorar en mayor detalle cuáles podrían ser los factores que pudieran explicar estos resultados en salud mental. Se ha propuesto que pudieran estar relacionados con un menor apoyo social o bien, tener identidad confirmada como LGB pudiera tener un efecto positivo sobre la salud mental (Birkett y otros, 2009). Respecto a los resultados en jóvenes bisexuales, se ha observado que las personas bisexuales experimentan doble discriminación por su orientación sexual, dentro y fuera de la comunidad LGBT+ (Roberts y otros, 2015), y como posible consecuencia de lo anterior, también reportan una peor valoración de su orientación sexual, lo que a su vez se relacionaría con peores resultados de salud mental (la Roi y otros, 2019).

Por otro lado, los resultados muestran que existe una brecha de atención de salud mental importante, solo el 14,4% y 21,8% del total de jóvenes con sintomatología depresiva alta e ideación suicida, respectivamente, se encontraba en tratamiento de salud mental, con un leve porcentaje mayor de atención en jóvenes LGBT+. A partir de estos resultados consideramos que es importante ampliar la oferta y garantizar el acceso oportuno a atención de salud mental.

Los resultados de este estudio pueden contribuir a visibilizar las necesidades de atención de esta población, los cuales pueden ser utilizados para la planificación de los servicios de salud. También, consideramos importante incluir en la formación de profesionales

de salud mental competencias culturales no discriminadoras para la atención psicoterapéutica de personas LGBT+ (Martínez y otros, 2018), ya sea durante la formación técnico-universitaria, como en capacitación al personal de salud.

En el ámbito de las políticas públicas, los problemas de salud mental en población LGBT+ aquí observados pueden ser abordados a través de dos áreas, mediante medidas directas para el abordaje de los problemas de salud mental y medidas que promuevan la igualdad de derechos y la antidiscriminación. Respecto a las primeras, consideramos importante la inclusión de un enfoque sensible a las necesidades específicas de personas LGBT+ en torno a su salud mental en los programas de atención, prevención y promoción de salud en jóvenes. Las experiencias y desafíos que deben enfrentar personas LGBT+ a nivel personal y al enfrentarse a la sociedad son específicas a esta población y no son homologables respecto a las experiencias y desafíos de personas HC.

El segundo grupo de medidas se orienta a promover la igualdad de derechos y entornos libres de discriminación, basado en que los problemas de salud mental hacia personas LGBT+ estarían causados por la estigmatización por pertenecer a una minoría (Hendricks y Testa, 2012; Meyer, 2013; Meyer y Frost, 2013). Internacionalmente se ha observado que las leyes que promueven la igualdad de derechos, como por ejemplo el matrimonio igualitario, puede tener un efecto positivo en la salud mental de las personas LGBT+ (Kealy-Bateman y Pryor, 2015). En este sentido, se ha observado que la aprobación del matrimonio igualitario se asocia con una mejora en la percepción de igualdad y en la salud mental en parejas del mismo sexo (LeBlanc y otros, 2018) y con una reducción relativa del 7% en los intentos de suicidios en población adolescente, especialmente en adolescentes que se identifican como LGBT+ (Raifman y otros, 2017). Eliminar fuentes de discriminación a nivel institucional puede generar efectos positivos a nivel individual por personas LGBT+, en la medida que fortalece la percepción de igualdad y, por otra parte, puede contribuir a fortalecer la aceptación de la población LGBT+ dentro de la sociedad. También es importante ampliar el grupo de políticas antidiscriminación que se implementan en colegios y otras instituciones educativas, por ejemplo, en ámbitos relacionados con el clima escolar, currículum, deportes o utilización de baños (Biegel y Kuehl, 2010).

Una de las limitaciones de este estudio consiste en las medidas de salud mental utilizadas. La escala para medir síntomas depresivos e ideación suicida corresponde a un instrumento desarrollado por PNUD (2012) que no cuenta con publicaciones sobre sus propiedades psicométricas. En concordancia a sugerencias previas (Martínez, 2019), recomendamos en futuras encuestas incluir medidas validadas para la población chilena y utilizadas frecuentemente en la literatura sobre salud mental, con el fin de obtener resultados que puedan ser comparados con otros estudios.

Recomendamos a futuros estudios expandir los resultados aquí observados incluyendo otros problemas de salud mental, comparando los resultados por edad o incluyendo otras problemáticas asociadas al hecho de pertenecer a la comunidad LGBT+. También recomendamos estudiar las experiencias de personas LGBT+ en torno a la salud mental mediante estudios cualitativos y diseños participativos, que permitan conocer desde la propia perspectiva de los/as jóvenes las barreras, facilitadores y propuestas para la mejora de la atención en salud mental y los programas sobre prevención/promoción en salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las fuentes de financiamiento para investigación de MAC y VM, que incluyen: ANID - Programa Iniciativa Científica Milenio - NCS17_035 y ICS13_005; y al programa de Becas Chile que financia a MAC ANID/PFCHA/DOCTORADO NACIONAL/2019-21190859.

También queremos agradecer a todos los/as jóvenes que participaron de este estudio y a INJUV.

REFERENCIAS

Baams, L., De Luca, S. M., y Brownson, C. (2018). Use of mental health services among college students by sexual orientation. *LGBT Health*, 5(7), 421-430. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0225>

Barrientos, J., y Cárdenas, M. (2013). Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: una mirada psicosocial. *Psykhé*, 22(1), 3-14. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.22.1.553>

Barrientos, J., Saiz, J. L., Gómez, F., Guzmán-González, M., Espinoza-Tapia, R., Cárdenas, M., y Bahamondes, J. (2019). La Investigación Psicosocial Actual Referida a la Salud Mental de las Personas Transgénero: Una Mirada Desde Chile. *Psykhé*, 28(2), 1-13. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.28.2.1482>

Barrientos, J., Silva, J., Catalan, S., Gómez, F., y Longueira, J. (2010). Discrimination and victimization: Parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) pride, in Chile. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 760-775. <https://doi.org/10.1080/00918369.2010.485880>

Biegel, S., y Kuehl, S. J. (2010). Safe at school: Addressing the school environment and LGBT safety through policy and legislation. https://nepc.colorado.edu/sites/default/files/Biegel_LGBT.pdf

Birkett, M., Espelage, D. L., y Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 989-1000. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9389-1>

Coker, T. R., Austin, S. B., y Schuster, M. A. (2010). The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health*, 31, 457-477. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103636>

Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone II, C. J., Johnson, C. C., y Joseph, C. L. (2016). The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-495. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>

Day, J. K., Fish, J. N., Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., y Russell, S. T. (2017). Transgender youth substance use disparities: Results from a population-based sample. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 729-735. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.024>

Dunbar, M. S., Sontag-Padilla, L., Ramchand, R., Seelam, R., y Stein, B. D. (2017). Mental health service utilization among lesbian, gay, bisexual, and questioning or queer college students. *Journal of Adolescent Health*, 61(3), 294-301. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.008>

Gómez, F., y Barrientos, J. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 10, 100-123. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872012000400005>

González, E., Martínez, V., Leyton, C., y Bardi, A. (2004). Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. *Revista Sogía*, 11(3), 69-78.

Hendricks, M. L., y Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Instituto Nacional de la Juventud [INJUV]. (2019a). 9na Encuesta Nacional de Juventud 2018. http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/9%C2%B0_Encuesta_Nacional_de_Juventud_2018.pdf

Instituto Nacional de la Juventud [INJUV]. (2019b). Manual de usuario 9º Encuesta Nacional de Juventud 2018. http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/9%C2%B0_Encuesta_de_Juventud_-_Manual_de_usuario.pdf

Kealy-Bateman, W., y Pryor, L. (2015). Marriage equality is a mental health issue. *Australasian Psychiatry*, 23(5), 540-543. <https://doi.org/10.1177/1039856215592318>

la Roi, C., Meyer, I. H., y Frost, D. M. (2019). Differences in sexual identity dimensions between bisexual and other sexual minority individuals: Implications for minority stress and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 40-51. <https://doi.org/10.1037/ort0000369>

Leal, I., Molina, T., Peralta, E., y Sáez, R. (2020). Salud sexual y salud reproductiva en mujeres jóvenes con consumo de sustancias en Chile según datos VIII encuesta nacional de la juventud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(1), 24-35. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000100024>

LeBlanc, A. J., Frost, D. M., y Bowen, K. (2018). Legal marriage, unequal recognition, and mental health among same-sex couples. *Journal of Marriage and Family*, 80(2), 397-408. <https://doi.org/10.1111/jomf.12460>

Linker, D., Marambio, C., Rosales, F. (2017). Encuesta T. Primera encuesta para personas trans y de género no-conforme en Chile 2017. http://decs.pjud.cl/documentos/descargas/Informe_ejecutivo_Encuesta-T.pdf

Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augelli, A. R., y Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005>

Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstem, O. G., y Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x>

Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C., y Aguayo, F. (2018). Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+. Una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP). Santiago, Chile.

Martínez, V. (2019). Módulo de salud mental de la Novena Encuesta Nacional de Juventud: Análisis y propuestas desde la academia. *Revista RT*, 31, 26-29.

McCann, E., y Sharek, D. (2016). Mental health needs of people who identify as transgender: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 280-285. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.003>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>

Meyer, I. H., y Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson y A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (p. 252-266). Oxford University Press.

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., y Alonso, J. (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 77-87. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345>

Movimiento de Liberación Homosexual [Movilh], (2019). Visibles, la realidad de mujeres lesbianas y bisexuales en Chile. <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2019/12/Encuesta-Lesbianas-Bisexuales-Chile-Visibles.pdf>

Norton, E. C., Miller, M. M., y Kleinman, L. C. (2013) Computing adjusted risk ratios and risk differences in Stata. *The Stata Journal*, 13(3), 492-509. <https://doi.org/10.1177/1536867X1301300304>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2012). Desarrollo humano en Chile 2012. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. https://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/human_development/publication_3.html

Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., y McConnell, M. (2017). Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 350-356. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4529>

Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., y Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research*, 52(3), 243-256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>

Roberts, T. S., Horne, S. G., y Hoyt, W. T. (2015). Between a gay and a straight place: Bisexual individuals' experiences with monosexism. *Journal of Bisexuality*, 15(4), 554-569. <https://doi.org/10.1080/15299716.2015.1111183>

- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., y Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 435-456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., y Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12-20. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>
- Tamhane, A. R., Westfall, A. O., Burkholder, G. A., y Cutter, G. R. (2016). Prevalence odds ratio versus prevalence ratio: Choice comes with consequences. *Statistics in Medicine*, 35(30), 5730-5735. <https://doi.org/10.1002/sim.7059>
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., y Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723-733. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- Williams, K. A., y Chapman, M. V. (2011). Comparing health and mental health needs, service use, and barriers to services among sexual minority youths and their peers. *Health & Social Work*, 36(3), 197-206. <https://doi.org/10.1093/hsw/36.3.197>
- Zhang, J., y Kai, F. Y. (1998). What's the relative risk?: A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA*, 280(19), 1690-1691. <https://doi.org/10.1001/jama.280.19.1690>

ANEXOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población según pertenencia a LGBT+.

	Total % (IC95%)	LGBT+ % (IC95%)	HC % (IC95%)
Identidad de género			
Hombre cisgénero	49,7 (48,3-51,2)	34,3 (29,3-39,6)	51,1 (49,5-52,6)
Mujer cisgénero	48,2 (46,7-49,7)	39,5 (34,4-44,7)	48,9 (47,4-50,5)
Transgénero u otra	2,1 (1,6-2,7)	26,3 (21,1,32,2)	-
Orientación sexual			
Heterosexual	93,2 (92,4-93,9)	15,1 (10,8-20,6)	100
Homosexual	2,1 (1,8-2,6)	26,8 (22,4-31,7)	-
Bisexual	2,5 (2,1-3,0)	30,8 (26,0-35,9)	-
Questioning	2,2 (1,8-2,7)	27,4 (22,6-32,8)	-
Edad			
15-19 años	30,2 (28,8-31,5)	37,1 (32,1-42,3)	29,6 (28,2-31,0)
20-24 años	33,3 (31,9-34,7)	28,1 (23,4-33,2)	33,7 (23,3-35,2)
25-29 años	36,6 (35,2-38,0)	34,9 (29,3-40,9)	36,7 (35,3-38,2)
Nivel socioeconómico			
Bajo	38,4 (37,0-39,8)	40,2 (34,6-46,1)	38,2 (36,8-39,7)
Medio	53,8 (52,3-55,2)	54,3 (48,5-60,0)	53,7 (52,2-55,2)
Alto	7,9 (7,1-8,7)	5,5 (3,8-7,8)	8,1 (7,3-8,9)

Fuente: Elaboración propia en base a 9° ENJ.

Nota: LGBT+= Jóvenes que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y otros. HC = Jóvenes que se identifican como heterosexuales y cisgénero. IC95% = Intervalos de confianza al 95%.

Tabla 2. Prevalencia de sintomatología depresiva alta, ideación suicida y consumo de sustancias según orientación sexual e identidad de género.

	Depresión % (IC95%)	Ideación suicida % (IC95%)	Alcohol % (IC95%)	Tabaco % (IC95%)	Marihuana % (IC95%)	Cocaína y/o pasta base % (IC95%)
Total	22,2 (21,0-23,5)	7,4 (6,7-8,2)	59,5 (58,1-60,9)	34,1 (32,7-35,5)	28,1 (26,8-29,4)	2,8 (2,4-3,3)
Pertenencia a LGBT+						
HC	20,6 (19,4-21,8)	6,3 (5,7-7,0)	59,2 (57,7-60,7)	33,6 (32,1-35,0)	27,4 (26,0-28,7)	2,6 (2,2-3,1)
LGBT+	40,7 (35,4-46,3)	19,3 (15,5-23,8)	64,3 (58,6-69,6)	40,9 (35,4-46,7)	37,9 (32,6-43,4)	5,5 (3,4-8,7)
Orientación sexual						
Heterosexual	20,7 (19,5-22,0)	6,4 (5,7-7,2)	59,0 (57,4-60,5)	33,6 (32,2-35,1)	27,2 (25,9-28,6)	2,6 (2,2-3,1)
Homosexual	30,0 (21,5-40,0)	15,2 (10,3-21,9)	73,8 (63,6-82,0)	49,0 (39,3-58,7)	52,1 (42,4-61,7)	11,0 (5,9-19,7)
Bisexual	45,3 (36,4-54,5)	26,4 (19,3-35,0)	72,0 (63,6-79,1)	50,2 (41,0-59,5)	43,4 (34,2-53,0)	6,0 (2,3-14,6)
Questioning	49,7 (38,5-60,8)	15,1 (9,0-24,2)	53,6 (42,7-64,1)	18,3 (11,8-27,5)	19,3 (13,0-27,7)	0,8 (0,3-2,8)
Identidad de género						
Hombre cisgénero	17,5 (15,9-19,2)	5,6 (4,7-6,5)	66,2 (64,2-68,2)	35,7 (33,7-37,9)	35,7 (33,7-37,8)	4,3 (3,5-5,2)
Mujer cisgénero	26,4 (24,7-28,3)	8,7 (7,7-9,8)	52,8 (50,8-54,8)	31,8 (30,0-33,7)	19,9 (18,4-21,4)	1,1 (0,8-1,5)
Transgénero u otra	31,3 (21,3-43,4)	19,0 (11,2-30,4)	60,7 (46,7-73,1)	52,0 (39,1-64,6)	42,2 (29,8-55,6)	7,1 (3,7-13,3)

Fuente: Elaboración propia en base a 9º ENJ.

Nota: LGBT+= Jóvenes que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y otros. HC = Jóvenes que se identifican como heterosexuales y cisgénero. IC95% = Intervalos de confianza al 95%.

Tabla 3. Razones de prevalencias ajustadas de sintomatología depresiva alta, ideación suicida y consumo de sustancias según LGBT+, orientación sexual e identidad de género.

	Depresión aPR (IC95%)	Ideación suicida aPR (IC95%)	Alcohol aPR (IC95%)	Tabaco aPR (IC95%)	Marihuana aPR (IC95%)	Cocaína y/o pasta base aPR (IC95%)
LGBT+ (referencia = HC)	1,96 (1,69-2,26)	3,37 (2,66-4,26)	1,09 (0,99-1,20)	1,26 (1,10-1,45)	1,39 (1,19-1,63)	1,94 (1,18-3,21)
Orientación sexual (referencia = heterosexual)						
Homosexual	1,61 (1,17-2,21)	2,82 (1,91-4,17)	1,17 (1,01-1,36)	1,35 (1,08-1,69)	1,70 (1,37-2,12)	3,02 (1,56-5,83)
Bisexual	2,02 (1,63-2,49)	4,06 (2,95-5,58)	1,35 (1,24-1,46)	1,68 (1,42-1,98)	1,84 (1,51-2,24)	3,05 (1,32-7,04)
Questioning	2,27 (1,80-2,87)	2,80 (1,76-4,46)	0,99 (0,81-1,20)	0,69 (0,46-1,03)	0,91 (0,63-1,31)	0,26 (0,06-1,08)
Transgénero u otra (referencia = cisgénero)	1,63 (1,16-2,29)	3,29 (2,01-5,40)	0,81 (0,60-1,09)	1,32 (0,98-1,78)	1,09 (0,74-1,60)	1,61 (0,81-3,19)

Fuente: Elaboración propia en base a 9° ENJ.

Nota: LGBT+= Jóvenes que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y otros. HC = Jóvenes que se identifican como heterosexuales y cisgénero. aPR = Razón de prevalencia ajustada (por sus siglas en inglés) por mujer cisgénero, edad y nivel socioeconómico. En negrita los resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabla 4. Porcentaje y aPR de jóvenes en tratamiento de salud mental y barrera económica de acceso a tratamiento según LGBT+, orientación sexual e identidad de género.

	Tratamiento de salud mental		Barrera económica	
	% (IC95%)	aPR (IC95%)	% (IC95%)	aPR (IC95%)
Total	5,8 (5,2-6,5)	-	44,2 (42,7-45,6)	-
LGBT+				
HC	5,4 (4,8-6,2)	1	44,2 (42,7-45,7)	1
LGBT+	10,0 (7,6-13,2)	2,08 (1,53-2,8)	43,6 (38,0-49,4)	0,96 (0,83-1,11)
Orientación sexual				
Heterosexual	5,3 (4,7-6,1)	1	44,6 (43,1-46,1)	1
Homosexual	8,4 (5,0-13,7)	1,86 (1,10-3,15)	37,2 (28,3-47,1)	0,82 (0,63-1,05)
Bisexual	12,2 (8,1-18,1)	2,16 (1,39-3,35)	41,2 (32,7-50,3)	0,97 (0,77-1,21)
Questioning	10,8 (5,7-19,4)	2,28 (1,23-4,22)	47,5 (36,4-58,8)	0,98 (0,77-1,24)
Identidad de género				
Cisgénero	5,7 (5,0-6,4)	1	44,1 (42,6-45,5)	1
Transgénero u otra	11,4 (6,9-18,4)	2,77 (1,64-4,67)	45,1 (32,3-58,7)	1,00 (0,72-1,40)

Fuente: Elaboración propia en base a 9º ENJ.

Nota: LGBT+= Jóvenes que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y otros. HC = Jóvenes que se identifican como heterosexuales y cisgénero. aPR = Razón de prevalencia ajustada (por sus siglas en inglés) por mujer cisgénero, edad y nivel socioeconómico. En negrita los resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Las categorías con valor 1 en las columnas de aPR fueron utilizadas como categoría de referencia en el modelo de regresión logística.