



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Quitian, Hoover; Ruiz-Gaviria, Rafael E.; Gómez-Restrepo, Carlos; Rondón, Martin
Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud
mental 2015

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 45, núm. 1, diciembre, 2016, pp. 31-38

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650839006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

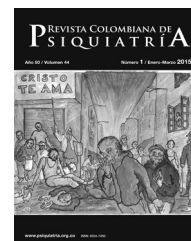
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015



Hoover Quitian, Rafael E. Ruiz-Gaviria, Carlos Gómez-Restrepo y Martin Rondón*

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 28 de febrero de 2016

On-line el 4 de mayo de 2016

Palabras clave:

Pobreza

Salud mental

Trastornos mentales

Trastornos relacionados con sustancias

RESUMEN

Introducción: La pobreza se ha relacionado en algunos estudios con peores desenlaces en problemas y trastornos mentales. Se lo considera un círculo en el cual la pobreza favorece la aparición de la enfermedad mental y esta a su vez conduce a mayor pobreza. En Colombia no existen estudios al respecto.

Objetivo: Describir la asociación en Colombia entre problemas y trastornos mentales y la condición de pobreza según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).

Material y métodos: Empleando la muestra de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, ponderada por los factores de expansión para la población, mediante entrevistas semiestructuradas se emplearon los instrumentos SRQ-20, AUDIT C y A, PCL-modificado, APGAR familiar y CIDI-CAP, para establecer la prevalencia de problemas y trastornos mentales, clasificando entre pobres y no pobres según el IPM.

Resultados: Se entrevistó en total a 13.200 hogares, el 13,5% de ellos en condición de pobreza; en estos, el 6,2% de la población adolescente reportó algún trastorno a lo largo de la vida y el 4,6% en los últimos 12 meses; en contraste, en el mismo grupo de edad, pero no en condición de pobreza, las tasas fueron del 7,2 y el 3,3% respectivamente. En adultos en pobreza, la prevalencia de trastornos a lo largo de la vida fue del 9,2 y el 4,3% en el último año; los no pobres mostraron prevalencias del 9,1 y el 3,9 respectivamente.

Conclusiones: Existe una relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y la presencia de afecciones mentales en la población colombiana; no obstante, no parece que haya asociación entre la exacerbación de la pobreza y un mayor deterioro de la salud mental.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martin.rondon@javeriana.edu.co (M. Rondón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Poverty and Mental Disorders in the Colombian Population: National Mental Health Survey 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Poverty
Mental health
Mental disorders
Substance-related disorders

Introduction: Poverty has been associated in some studies with poorer outcomes in mental problems and disorders. A circular relationship has been considered in which poverty fosters the appearance of mental illness and this facilitates greater poverty. There are no studies in Colombia on this subject.

Objective: To describe the association between mental problems and disorders and poverty according to the Multidimensional Poverty Index (MPI) in Colombia.

Material and methods: Using the 2015 National Mental Health Survey, adjusted with the expansion factors for the population. The prevalences of mental problems and disorders obtained through semi-structured interviews employing the instruments SRQ-20, AUDIT C and A, modified PCL, familiar APGAR and CIDI CAPI. The poverty status was determined by the MPI.

Results: A total of 13,200 households were interviewed, of which 13.5% were classified as in a poverty condition, 6.3% of the adolescents of poor households reported a life-time prevalence of any mental disorder, and 4.6% in the last 12 months. On the other hand, the prevalences for the same age group not in a poverty condition were 7.2% and 3.3%, respectively. For adults in poverty, the prevalence of life-time mental disorders were 9.2%, with 4.3% in the last year, while those not considered poor showed prevalences of 9.1% and 3.9% for the same time periods.

Conclusions: For the population of Colombia, there is a relationship between not being able to access the basic basket of goods and the presence of mental diseases, although there does not seem to be an association between an increase in poverty and the deterioration of mental health.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

No existe una única definición de pobreza; en general, se refiere a la carencia o falta de acceso al conjunto básico de bienes y servicios en un nivel que se considera inaceptable, y la pobreza extrema es la situación en que las carencias significan un detrimento excesivo del bienestar o amenazan la vida.

Debido a que evitar la enfermedad tal vez sea la necesidad primaria del ser humano, la relación entre pobreza y salud se manifiesta desde la definición de la canasta de bienes y servicios que se considera básica, y en la literatura científica hay evidencia que da cuenta del círculo de retroalimentación entre las dos, mediante el cual la pobreza favorece la aparición de la enfermedad y las precarias condiciones de salud pueden convertirse en una barrera para acceder a la canasta básica.

En razón de ello, la OMS incluyó entre los objetivos del milenio proyectos que pueden mitigar o controlar factores asociados al incremento de la pobreza, como la falta de educación, la falta de acceso a salud y las desigualdades de género¹.

El concepto de salud en sus comienzos ignoraba el componente del adecuado funcionamiento mental de la población, pero actualmente se conoce que para un completo bienestar el individuo debe contar con salud tanto física como mental, entendiendo por esta no únicamente la ausencia de trastornos mentales, sino también la capacidad de resiliencia de los individuos para hacer frente a las eventualidades de la vida

cotidiana, lo que le permite la toma consciente de decisiones para contribuir a la sociedad desde distintas dimensiones^{2,3}.

Desde la década de los ochenta se ha explorado la relación entre pobreza y salud mental. Entre los primeros autores se encuentra el grupo liderado por el Dr. Saraceno, que propuso la existencia de un ciclo bidireccional en el que se dificulta establecer la relación de causalidad inicial entre el incremento de la pobreza y el deterioro de la salud mental⁴.

De acuerdo con Saraceno, la pobreza puede deteriorar salud mental por el aumento del estrés que genera la exclusión social, el escaso acceso a servicios de salud, la disminución del capital social y el incremento de la violencia. Por su parte, la enfermedad mental puede ser un factor que incrementa el tamaño o la profundidad de la pobreza debido al mayor gasto en salud, la pérdida de productividad, la estigmatización de los pacientes y la posible pérdida del empleo⁵.

Otra posible explicación de por qué la enfermedad mental puede precipitar que una persona se encuentre en situación de pobreza es la discapacidad que genera, lo que limita la capacidad productiva del individuo. En el estudio de carga de enfermedad global del año 2010, se encontró que las enfermedades mentales, incluido el abuso de sustancias, representaron el 7% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos, que incluyen los años perdidos por muerte prematura, y el 23% si solo se toman los años vividos con discapacidad⁶.

Con el fin de establecer la relación entre la condición de pobreza y la prevalencia de enfermedad mental, países como Canadá han financiado estudios que emplean datos provenientes de encuestas nacionales. En el caso canadiense, Caron et al⁷ emplearon la base de la encuesta nacional de salud comunitaria, salud mental y bienestar para explorar la relación entre la presencia de enfermedades y los niveles de ingresos de los entrevistados, y encontraron mayor relación con el trastorno depresivo mayor, la fobia social y el abuso de sustancias.

Colombia ha realizado avances en la medición de la pobreza al emplear, además de la línea de ingresos, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), con el que se busca evaluar mejor el acceso a los bienes y servicios básicos. En materia de salud mental, en 1993 se realizó el primer Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM), con actualizaciones en 1997 y 2003, con el propósito de estimar la prevalencia de los problemas y enfermedades mentales, y se exploran las relaciones con las variables demográficas. Sin embargo, no existen estudios que evalúen la interconexión entre la condición de pobreza y la salud mental.

En 2015 la Universidad Javeriana fue la encargada de conducir el ENSM e incluyó, dentro del conjunto de preguntas de la encuesta, la consulta de las variables necesarias para calcular el IPM con el fin de explorar la relación entre el acceso a mercados y la condición de salud mental de los colombianos. El presente artículo muestra los resultados del análisis exploratorio entre la pobreza y la presencia de enfermedad mental en la población colombiana mayor de 12 años.

Material y métodos

Es un estudio observacional de corte transversal y ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social, con la posterior ponderación de los resultados con los factores de expansión de la población. La población de referencia son personas de 7 o más años no institucionalizadas; la muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad (7-11, 12-17, 18-44 y ≥ 45 años) y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá); con una representatividad según los grupos de estratificación, estos están ponderados y son representativos de la población colombiana. La descripción detallada de la metodología se explica en el protocolo del estudio, que se puede revisar en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social

Para el diagnóstico de problemas y enfermedades mentales en adultos y adolescentes, se emplearon el cuestionario autoaplicado (SRQ-20), la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) en su versión computarizada⁸ y el cuestionario AUDIT⁹. Entre las enfermedades mentales se incluyeron: depresión, suicidio, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social. En el caso de la población infantil, se empleó el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)¹⁰, que incluye enfermedades mentales de la población infantil como trastornos del afecto, de ansiedad y de la conducta. Además se utilizó

la herramienta APGAR familiar¹¹, cuyo objetivo es evaluar el nivel de disfunción familiar percibido por el individuo.

Para determinar la condición de pobreza se empleó el IPM, que reúne las dimensiones de salud, educación, condiciones de la niñez y la juventud, servicios públicos domiciliarios, trabajo y condiciones de la vivienda, lo que permite una mejor aproximación que usando la línea de ingresos¹², y por esta razón lo utiliza el Departamento Nacional de Estadística DANE¹³, cuya encuesta fue incorporada al ENSM.

El IPM toma valores entre 0 y 1, incrementándose conforme lo hacen las limitaciones, por lo que 1 correspondería a no haber accedido, en un nivel aceptable, a ninguno de los bienes y servicios considerados básicos y 0, a reportar acceso suficiente a la canasta básica. Dentro del cálculo, cada una de las cinco dimensiones puede sumar 0,2 y este valor se divide equitativamente entre el número de preguntas de la dimensión.

Pese a que la metodología de cálculo es estándar, no existen lineamientos sobre cuál debe ser el punto de corte del IPM para considerar pobre al individuo. En el caso colombiano, el DANE emplea 0,33 como el valor límite a partir del cual se establece que la persona no cuenta con las condiciones aceptables de bienestar y, por lo tanto, se clasifica en la condición de pobreza¹⁴.

Además, con el objetivo de evaluar si existe un gradiente entre pobreza y salud mental, la muestra se dividió en cuatro grupos. El primero, denominado «con acceso» y compuesto por quienes arrojaron 0 en el IPM, es decir, los individuos que no tuvieron ningún problema de acceso en las dimensiones evaluadas a un nivel aceptable; el segundo, de individuos con $IPM > 0$ y $\leq 0,21$ ¹⁵, se llamó «no vulnerable» por cuanto presentó algunas limitaciones pero no se encuentra cercano a caer en situación de pobreza; el tercero, identificado como «vulnerable» por su cercanía al umbral de pobreza multidimensional, se conformó con aquellos con $IPM > 0,21$ y $< 0,33$; y finalmente, el grupo de quienes se encuentran en situación de pobreza.

Los resultados del IPM fueron contrastados con los referentes a la presencia de problemas o enfermedades mentales para explorar si existe evidencia de asociación.

Resultados

La ENSM se aplicó a 13.200 hogares, el 77,3% de ellos en zona urbana. La partición por sexo fue equilibrada, con el 51,7% de mujeres, y en la distribución por grupos etarios la mayor proporción se encontró entre los 18 y los 44 años, seguidos de los mayores de 45 (tabla 1).

Índice de Pobreza Multidimensional

En la muestra, el 13,5% de los hogares se encontraban en condición de pobreza. La región con mayor porcentaje de hogares en pobreza fue Atlántico y el menor se registró en Bogotá. La distribución al interior de las regiones por tipo de zona (tabla 2) mostró que la zona rural, comparada con la urbana, salvo en el caso de Bogotá, tiene mayor proporción de sus hogares en situación de pobreza.

Tabla 1 – Distribución demográfica de la muestra

Grupo etario	Varones	Mujeres	Total
7-11 años	1.419 (21,3)	1.308 (15)	2.727 (17,8)
12-17 años	847 (12,7)	907 (10,4)	1.754 (11,4)
18-44 años	2.426 (36,5)	3.463 (39,8)	5.889 (38,4)
45 o más años	1.958 (29,4)	3.023 (34,7)	4.981 (32,4)

Los valores expresan n (%). Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Tabla 2 – Pobreza multidimensional por región y zona rural o urbana

Zona	Región					
	Atlántico	Bogotá	Central	Oriental	Pacífico	Nacional
Rural	301 (39)	3 (6)	153 (23)	178 (23)	210 (26)	845 (27)
Urbano	313 (15)	129 (6)	139 (7)	224 (10)	130 (8)	935 (9)
Total	614 (21)	132 (6)	292 (11)	402 (13)	340 (13)	1.780 (13)

Los valores expresan n (%). Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Nivel educativo de los padres

En la muestra, el nivel educativo de los padres mostró una relación inversa con la pobreza. La secundaria de los padres se asocia a mayor reducción en puntos porcentuales de los niveles de pobreza, y en los niveles tecnológico y universitario la pobreza está muy cerca de desaparecer (tabla 3).

Apoyo y disfunción familiar

Al indagar por la respuesta a solicitud de ayuda o apoyo en caso de sufrir algún problema, se encontró que, tanto en los hogares en estado de pobreza como en los que no, la entidad o grupo al que más se solicita apoyo es la misma familia, con un 94% en el grupo de los adolescentes y aproximadamente un 80% en el grupo de los mayores de 18 años¹⁶. Más de la mitad de los adolescentes manifestaron recibir apoyo siempre o casi siempre independientemente de la condición de pobreza, mientras que en los adultos de la población pobre se observó una mayor percepción de haber recibido ayuda.

La disfunción familiar, evaluada mediante el APGAR familiar, evidenció que, tanto en el grupo de adultos como en el de adolescentes, las familias clasificadas sin ninguna disfunción eran más frecuentes en los hogares que no se encontraban en estado de pobreza, con proporciones del 82 y el 85% respectivamente. No se observaron diferencias entre los grupos al revisar las familias que presentaban una disfunción familiar grave, pero sí se encontró que los hogares en condición de pobreza eran más frecuentemente clasificados con disfunción familiar moderada que los hogares sin condición de pobreza (tabla 3).

Eventos traumáticos, desplazamiento y riesgo de trastorno de estrés postraumático

Al preguntar por experiencias que los encuestados hayan considerado traumáticas, los hogares que refirieron el mayor número fueron los que no se encontraban en estado de pobreza. A las personas que refirieron haber tenido algún

evento traumático, se les evaluó si se encontraban en riesgo de trastorno de estrés postraumático (TEPT), y no se encontraron diferencias entre pobres y no pobres, con probabilidades de entre 3,5 y 2,1 (tabla 3).

Los eventos traumáticos se subdividieron y se exploró el problema del desplazamiento forzado por violencia, y se encontró que los hogares en estado de pobreza refirieron más frecuentemente haber sido desplazados por la violencia alguna vez en su vida, un 29,4% de los adultos y el 25,5% de los adolescentes, comparado con el 14,4 y el 13,4% de los mismos grupos en hogares no clasificados como pobres según el IPMD.

Problemas y trastornos mentales

En cuanto a los problemas mentales, tanto en adultos como en adolescentes, la mayoría obtuvo menos de 8 síntomas y no se encontró relación con la condición de pobreza.

Al revisar la prevalencia de cualquier trastorno evaluada en los últimos 12 meses, los datos reflejan una leve diferencia, más alta en los hogares en condición de pobreza, diferencia que se mantuvo en los adultos cuando se evaluó la prevalencia en toda la vida (tabla 3).

En cuanto a trastornos de ansiedad, se encontró que, al igual que con los problemas, los hogares en condición de pobreza tenían mayores prevalencias, el 2,47% de los adultos y el 4,41% de los adolescentes, pero las diferencias con los no pobres no superaron un punto porcentual.

Además de explorar problemas y trastornos de manera general, se preguntó a los individuos acerca de psicopatología relacionada con depresión y ansiedad. En cuanto a la depresión, en todos los hogares se reportó al menos un síntoma de psicopatología, con una prevalencia de trastorno depresivo más alta en los hogares en condición de pobreza, el 1,87% de los adultos y el 0,78% de los adolescentes (tabla 3).

A diferencia de la depresión, se encontraron hogares entrevistados sin síntoma ansioso alguno, y aunque las diferencias no superaron los cuatro puntos porcentuales, este porcentaje resultó más alto en los hogares no pobres, el 48% de los adultos y el 51,1% de los adolescentes.

Tabla 3 – Resultados de adultos y adolescentes, pobres y no pobres según IPMD

	Adultos		Adolescentes	
	No	Sí	No	Sí
Nivel educativo				
<i>Nivel educativo de la madre</i>				
Ninguno/primaria	6.921 (86)	1.147 (14)	304 (58)	221 (42)
Secundaria	1.606 (96)	69 (4)	613 (88)	85 (12)
Técnico/tecnólogo	210 (99)	2 (1)	95 (94)	6 (6)
Universitario	201 (98)	4 (2)	81 (100)	0
<i>Nivel educativo del padre</i>				
Ninguno/primaria	6.486 (86)	1.079 (14)	377 (64)	210 (36)
Secundaria	1.502 (96)	70 (4)	527 (88)	73 (12)
Técnico/tecnólogo	160 (99)	2 (1)	55 (98)	1 (2)
Universitario	327 (98)	6 (2)	71 (97)	2 (3)
Apoyo familiar y disfunción				
<i>Apoyo con problemas</i>				
Siempre	2.523 (25,9 ± 0,7)	411 (30,9 ± 1,9)	388 (37,1 ± 2,2)	121 (37,1 ± 3,7)
Casi siempre	1.373 (14,9 ± 0,6)	154 (12,2 ± 1,3)	215 (18,5 ± 1,6)	43 (16,3 ± 3,0)
Algunas veces	4.226 (44,1 ± 0,8)	512 (38,4 ± 1,9)	418 (36,4 ± 2,0)	127 (35,6 ± 3,4)
Nunca	1.425 (15,1 ± 0,6)	245 (18,5 ± 1,5)	101 (8,01 ± 1,0)	32 (11,1 ± 2,4)
<i>APGAR familiar</i>				
Sin disfunción familiar	7.775 (82,7 ± 0,6)	1.027 (79,6 ± 1,7)	948 (85,8 ± 1,4)	242 (77,3 ± 3,0)
Disfunción familiar leve	974 (9,71 ± 0,4)	156 (11,3 ± 1,4)	116 (9,88 ± 1,2)	45 (11,8 ± 2,2)
Disfunción familiar moderada	488 (4,34 ± 0,3)	92 (6,16 ± 0,9)	36 (2,23 ± 0,4)	25 (8,77 ± 2,3)
Disfunción familiar grave	311 (3,22 ± 0,3)	47 (2,97 ± 0,7)	22 (2,12 ± 0,7)	11 (2,17 ± 0,8)
Eventos traumáticos y TEPT				
<i>Haber padecido un evento traumático</i>				
Nunca	5.601 (59,5 ± 0,8)	847 (66,9 ± 1,8)	778 (72,4 ± 1,8)	256 (80,1 ± 2,9)
Un evento	2.676 (27,3 ± 0,7)	356 (25,1 ± 1,7)	281 (22,7 ± 1,7)	56 (14,6 ± 2,3)
Dos eventos	663 (6,99 ± 0,4)	65 (4,86 ± 0,8)	39 (3,35 ± 0,7)	8 (4,70 ± 2,0)
Tres eventos	285 (3,47 ± 0,4)	28 (1,63 ± 0,4)	17 (1,03 ± 0,3)	3 (0,59 ± 0,4)
Cuatro o más eventos	223 (2,82 ± 0,3)	20 (1,55 ± 0,6)	7 (0,55 ± 0,2)	0
<i>Riesgo de TEPT</i>				
No	3.823 (97,1 ± 0,4)	456 (96,5 ± 1,0)	337 (97,9 ± 0,9)	65 (97,2 ± 2,1)
Sí	124 (2,92 ± 0,4)	19 (3,47 ± 1,0)	8 (2,06 ± 0,9)	2 (2,85 ± 2,1)
<i>Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida</i>				
Sí	766 (14,4 ± 0,8)	177 (29,4 ± 2,7)	53 (13,4 ± 2,3)	30 (25,5 ± 5,3)
No	4.102 (85,6 ± 0,8)	394 (70,6 ± 2,7)	291 (86,6 ± 2,3)	84 (74,5 ± 5,3)
Problemas y trastornos mentales				
<i>Problemas según SRQ</i>				
< 8 puntos	8.597 (90,2 ± 0,5)	1.165 (89,1 ± 1,2)	994 (89,3 ± 1,3)	281 (88,0 ± 2,2)
> 8 puntos	950 (9,84 ± 0,5)	157 (10,9 ± 1,2)	128 (10,7 ± 1,3)	42 (12,0 ± 2,2)
Sanos	8.072 (88,2 ± 0,5)	1.081 (87,2 ± 1,3)	957 (86,7 ± 1,4)	271 (83,9 ± 2,6)
Cualquier problema mental	733 (7,89 ± 0,5)	119 (8,47 ± 1,1)	114 (10,0 ± 1,3)	40 (11,5 ± 2,1)
<i>Cualquier trastorno mental</i>				
Últimos 12 meses	339 (3,92 ± 0,3)	59 (4,35 ± 0,7)	51 (3,27 ± 0,6)	12 (4,61 ± 1,7)
En toda la vida	809 (9,1 ± 0,56)	112 (9,2 ± 1,74)	113 (7,5 ± 0,96)	24 (6,2 ± 2,1)
<i>Depresión en los últimos 12 meses</i>				
Problema	8.965 (98,1 ± 0,2)	1.229 (97,6 ± 0,6)	1.112 (99,5 ± 0,2)	320 (99,2 ± 0,5)
Trastorno	180 (1,87 ± 0,2)	30 (2,44 ± 0,6)	10 (0,53 ± 0,2)	3 (0,78 ± 0,5)
<i>Ansiedad en los últimos 12 meses</i>				
No	4.285 (48,0 ± 0,8)	556 (45,2 ± 2,0)	550 (51,1 ± 2,2)	146 (47,1 ± 3,8)
Problema	4.694 (49,9 ± 0,8)	670 (52,3 ± 2,0)	534 (46,4 ± 2,1)	167 (48,5 ± 3,8)
Trastorno	166 (2,01 ± 0,2)	33 (2,47 ± 0,5)	38 (2,48 ± 0,5)	10 (4,41 ± 1,7)
Consumo de sustancias				
<i>Consumo de SPA en toda la vida</i>				
Ninguna	5.108 (49,5 ± 0,8)	700 (49,8 ± 2,0)	909 (80,5 ± 1,8)	259 (79,1 ± 3,2)
Cigarrillo	516 (4,83 ± 0,3)	97 (7,86 ± 1,1)	8 (0,73 ± 0,3)	6 (2,71 ± 1,3)
Alcohol	3.438 (39,0 ± 0,8)	451 (35,1 ± 1,9)	178 (16,1 ± 1,8)	48 (15,1 ± 2,7)
Marihuana	297 (4,22 ± 0,4)	42 (3,83 ± 1,1)	19 (2,16 ± 0,6)	6 (2,43 ± 1,4)
Otras	189 (2,45 ± 0,4)	32 (3,40 ± 0,9)	8 (0,52 ± 0,2)	4 (0,62 ± 0,3)
<i>Consumo de SPA en los últimos 12 meses</i>				
Ninguna	312 (6,22 ± 0,5)	40 (6,44 ± 1,5)	10 (5,64 ± 2,0)	4 (12,6 ± 6,5)

Tabla 3 – (continuación)

	Adultos		Adolescentes	
	No	Sí	No	Sí
Cigarrillo	407 (8,70 ± 0,6)	86 (17,5 ± 2,5)	1 (0,74 ± 0,7)	2 (1,92 ± 1,9)
Alcohol	3.085 (80,4 ± 1,0)	392 (72,3 ± 2,9)	153 (85,0 ± 3,5)	43 (74,5 ± 8,6)
Marihuana	82 (2,87 ± 0,7)	12 (2,66 ± 1,1)	11 (6,34 ± 2,6)	5 (11,0 ± 6,8)
Otras	56 (1,84 ± 0,4)	6 (1,10 ± 0,5)	4 (2,27 ± 1,3)	0
AUDIT				
Ninguna	7.920 (80,6 ± 0,7)	1.049 (75,5 ± 1,8)	1.082 (96,7 ± 0,7)	314 (98,1 ± 0,7)
Consumo excesivo	737 (9,37 ± 0,5)	136 (12,3 ± 1,3)	19 (1,81 ± 0,5)	4 (1,24 ± 0,7)
Bebedor en riesgo	849 (9,45 ± 0,4)	131 (11,1 ± 1,3)	20 (1,47 ± 0,5)	5 (0,62 ± 0,3)
Probable dependencia	42 (0,56 ± 0,1)	6 (1,09 ± 0,9)	1 (0,036 ± 0,04)	0

SPA: abuso de sustancias psicoactivas; TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Los valores expresan n (%) o n (media ± desviación estándar). Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y alcohol

Sin importar la condición de pobreza, se encontró que las sustancias más frecuentemente consumidas por el grupo de adultos son, en orden descendente, alcohol, cigarrillo, cannabinoides y otras (cocaína, inhalantes, tranquilizantes); en los adolescentes el ordenamiento se mantuvo, salvo por los cannabinoides, que se ubicaron en el segundo lugar (tabla 3).

Al comparar el consumo de SPA entre quienes se encuentran en pobreza y los que no, la proporción de personas que consumen cigarrillo, tanto adultos como adolescentes, fue 2 veces más alta en la población pobre; la proporción de no pobres que indicaron consumir alcohol frente a los pobres fue más alta, y la cantidad de personas que usan marihuana disminuye en los adultos, pero aumenta en los adolescentes, en presencia de pobreza (tabla 3).

Aunque la población se dividió en cuatro categorías para verificar si existe un gradiente entre pobreza y salud mental, solo se muestran los datos entre pobres y no pobres debido a que no se encontraron diferencias al emplear las categorías propuestas.

Discusión

En la ENSM se encontró una pobreza nacional mediante el IPMD del 13,5%, cifra inferior a la presentada por el DANE (21,9%)¹⁷, pero debe tenerse en cuenta que, aunque se emplearon los mismos cuestionario y método de cálculo, el diseño muestral utilizado tuvo como objetivo estimar la prevalencia de problemas y enfermedades mentales en la población colombiana, no evaluar la pobreza, y en consecuencia el valor encontrado no es mejor estimador que el reportado por el DANE.

En cuanto al vínculo entre educación y pobreza, los resultados coinciden con lo reportado en la literatura, a mayor nivel educativo disminuye la proporción de personas en situación de pobreza^{7,18}, y casi llegan a desaparecer en niveles superiores a la secundaria. Sin embargo, no es posible afirmar que una causa la otra porque la relación es bidireccional.

La fuente más frecuente de apoyo en adultos y adolescentes, independiente de la condición de pobreza, fue la familia, pero no hay evidencia para afirmar que la pobreza condiciona el soporte familiar, tanto de quienes dijeron recibir siempre

apoyo de la familia como de quienes señalaron que nunca lo recibían, la proporción fue mayor en la población pobre, y sin importar la edad o la condición de pobreza, es mayor la proporción de personas que afirman recibir ayuda de la familia solo en ocasiones. La evidencia proveniente de estudios realizados en población latina respalda la hipótesis de que sea la familia la fuente más importante de apoyo para afrontar los problemas, pero encuentra que la población pobre recibe menos ayuda y se apoya en buena parte en sus vecinos^{19,20}.

Dentro de la muestra del ENSM, la disfunción familiar, salvo en el caso de la disfunción familiar grave, sí parece tener una relación positiva con la pobreza. Pese a que la gran mayoría de los estudios sobre disfunción familiar que en el último lustro han utilizado la herramienta APGAR, existen pocos estudios que hayan explorado la relación entre pobreza y disfunción familiar; uno de estos tuvo lugar en Perú²¹, y llegó a conclusiones similares.

La percepción de los encuestados de haber sufrido eventos considerados traumáticos se mostró mayor en la población que no se encontraba en condición de pobreza. Debido a que no se indagó por el tipo de eventos considerados traumáticos, no es posible saber si se debe a que la condición de pobreza afecta a la concepción de lo que es traumático y lo que no, o a que los tipos de eventos traumáticos que afectan a cada población sean diferentes, como señalan otros estudios²², en los que la clasificación de los eventos muestra diferentes frecuencias por categoría entre las poblaciones de pobres y no pobres.

Al igual que en estudios desarrollados en otras naciones con conflicto armado²³⁻²⁵, los resultados muestran que el desplazamiento por violencia afecta más a la población en condición de pobreza. Ello puede deberse a que, al igual que la pobreza, los conflictos se recrudecen en las zonas rurales.

Al evaluar el riesgo de TEPT, aunque hubo mayor proporción de individuos adultos en los hogares en estado de pobreza, las diferencias entre ambos grupos no fueron elevadas. Al respecto no hay consenso en la literatura, posiblemente por diferencias entre las poblaciones estudiadas; en algunos estudios, quienes se encontraban por debajo de la línea de pobreza presentaron más riesgo de obtener una prueba positiva para TEPT²⁶ y otros no encontraron diferencias²⁷.

La presencia de problemas de salud mental y los trastornos de ansiedad y depresión, medida en los últimos 12 meses y

durante toda la vida, fue ligeramente más alta en la población pobre. Estos hallazgos son compatibles con los de Caron et al⁷ en la encuesta comunitaria de salud canadiense Salud Mental y Bienestar (CCHS), la cual utilizó como herramienta para evaluar problemas psicológicos la escala de estrés psicológico de Kessler y la presencia de trastornos con el CIDI. En sus resultados, Caron et al. encontraron que los individuos con menores ingresos tenían mayor proporción de estrés y problemas psicológicos (28,5%), así como de trastorno depresivo (6,51%), manía (1,64%), agorafobia (1,3%) y trastorno de pánico (2,13%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Cabe aclarar que la población del estudio de Caron et al. únicamente incluyó a sujetos mayores de 15 años. Sin embargo, los estudios sobre población adolescente^{28,29} encontraron que los jóvenes que vivían en los hogares con menores ingresos tenían mayor riesgo de sufrir síntomas afectivos (odds ratio [OR] = 6,24; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 4,05-9,62) y conductuales (OR = 5,43; IC95%, 3,49-8,44).

Al evaluar en el grupo de los adultos el consumo de sustancias ilegales de toda la vida, no pareció que hubiera diferencia entre quienes fueron clasificados en pobreza y los que no, mientras que para el uso de sustancias legales la distancia fue más amplia. Un ejemplo de los estudios que evalúan el consumo de sustancias con conclusiones similares pero mayores distancias para soportarlas se realizó en Argentina³⁰. En ese estudio se encontró el mismo orden de las SPA de mayor consumo, y el alcohol era la sustancia más frecuentemente consumida, sin que se modificara dependiendo del nivel de ingreso mensual del hogar. Además, el autor observó que los hogares con menores ingresos poseían las mayores prevalencias de consumo de sustancias tanto legales como ilegales en la vida y en los últimos 12 meses. Las diferencias en el tamaño del efecto entre los estudios pueden deberse a que el grupo evaluado en Argentina solo incluyó a personas de 18-34 años y a que el consumo de sustancias no se evaluó mediante una herramienta validada.

El análisis sobre el consumo de alcohol mostró que, en la población adulta, aunque la proporción de personas que indicaron consumir alcohol es mayor en la población no pobre, los trastornos asociados al consumo de alcohol fueron ligeramente más prevalentes entre los individuos pobres.

Estos resultados son similares a los de un estudio³¹ finlandés que aplicó el CIDI a una muestra de la población laboralmente activa, que encontró que aquellos con menores ingresos tenían mayor riesgo de trastornos por consumo de alcohol (OR = 1,81; IC95%, 0,83-1,69); aunque este valor no fue estadísticamente significativo, el autor concluye que los bajos ingresos estaban más correlacionados con la presencia de enfermedades mentales, como el abuso de alcohol.

Sin embargo, no todos los estudios han encontrado que los trastornos por consumo de alcohol se encuentren asociados con el estado de pobreza. Sareen et al³², utilizando la información de la encuesta NESARC de Estados Unidos con 34.563 individuos, de los que se obtuvieron los ingresos por hogar, encontraron que los hogares de los cuartiles de menores ingresos tenían menores prevalencias de trastornos por consumo de alcohol que el cuartil más alto (0-25%, 28%; 25-50%, 31,5%; 50-75%, 36,2%; 75-100%, 39,6%).

Como se observa en los resultados, varios hallazgos de nuestro estudio se contraponen con los de otros países,

probablemente por la medida de pobreza que utilizamos, la cual no se limita únicamente a los ingresos, sino que tienen en cuenta una gran parte de los determinantes de la condición de ser pobre. En la revisión sistemática realizada por Lund et al³³, se centraron principalmente en la relación entre pobreza y enfermedades mentales en países de bajos y medianos ingresos, incluyendo distintos indicadores de pobreza como educación, empleo, estado de la vivienda y seguridad alimentaria, entre otros. El autor encontró 115 estudios que exploraron dicha relación, con la mayor proporción de artículos encontrando una relación positiva entre los indicadores de pobreza y enfermedad mental, incluso después de dividir los estudios según se fueran poblacionales, clínicos, hospitalarios, etc. Al finalizar los autores concluyen que se debería replantear la pregunta de si hay relación entre pobreza y salud mental y modificarla por cuál de los indicadores de pobreza (educación, empleo, condición de vivienda, ingresos) genera mayor impacto en las enfermedades mentales.

Conclusiones

Dados los datos de la ENSM, en general, distancias entre la población pobre y la que no lo es con relación a la existencia de problemas y enfermedades mentales no son grandes, pero las conclusiones son similares a las de estudios en otras poblaciones y constituyen evidencia de que sí puede haber relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y las afecciones mentales en la población colombiana. No obstante, no parece que hay asociación entre la exacerbación de la pobreza y el mayor deterioro de la salud mental.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio fue financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental "ENSM"; contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio, en especial a Jorge Caro por la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014. New York: ONU; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2013 [citado 16 Oct 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
3. Allen J, Marmot M, World Health Organization, Fundação Calouste Gulbenkian. Social determinants of mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 19 Oct 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1.
4. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 1997;42:285-90.
5. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378:1502-14.
6. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
7. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*. 2010;30:84-94.
8. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13:93-121.
9. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social-COLCIENCIAS; 2013.
10. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:28-38.
11. Bellón Saameño J, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-96.
12. Bourgygnon F, Chakrabarti S. The measurement of multidimensional poverty. *J Econ Inequality*. 2003;1:24-49.
13. Departamento Administrativo y nacional de Estadística (DANE). Pobreza Monetaria y Multidimensional 2013. Bogotá: DANE; 2014. p. 28.
14. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Departamento Administrativo y nacional de Estadística (DANE). Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: DNP-DANE; 2012.
15. Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series. 2013.
16. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 22 Oct 2015]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
17. Departamento Administrativo y Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014 [Internet]. Bogotá: DANE; 2015 [citado 23 Oct 2015]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14_.pdf.
18. Byck GR, Bolland J, Dick D, Ashbeck AW, Mustanski BS. Prevalence of mental health disorders among low-income African American adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1555-67.
19. Palomar Lever J, Cienfuegos Martínez YI. Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interam J Psychol*. 2007;41:177-88.
20. Interlenghi GDS, Salles-Costa R. Inverse association between social support and household food insecurity in a metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutr*. 2015;18:2925-33.
21. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Rev Medica Hered*. 2013;24:12-6.
22. Palomar Lever J. Poverty, stressful life events, and coping strategies. *Span J Psychol*. 2008;11:228-49.
23. Karunakara UK, Neuner F, Schauer M, Singh K, Hill K, Elbert T, et al. Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *Afr Health Sci*. 2004;4:83-93.
24. Siriwardhana C, Adikari A, Pannala G, Siribaddana S, Abas M, Sumathipala A, et al. Prolonged internal displacement and common mental disorders in Sri Lanka: the COMRAID study. *PLoS One*. 2013;8:e64742.
25. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003;290:635-42.
26. Parto JA, Evans MK, Zonderman AB. Symptoms of posttraumatic stress disorder among urban residents. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199:436-9.
27. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:815-30, e14.
28. Melchior M, Chastang J-F, Walburg V, Arseneault L, Galéra C, Fombonne E. Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. *Depress Anxiety*. 2010;27:1095-103.
29. Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *Am J Public Health*. 2010;100:1719-23.
30. Abeldaño RA, Fernández AR, Ventura CAA, Estario JC. Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:899-908.
31. Pulkki-Råback L, Ahola K, Elovainio M, Kivimäki M, Hintsanen M, Isometsä E, et al. Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study. *Eur J Public Health*. 2012;22:327-32.
32. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJG. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:419-27.
33. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71:517-28.