



**RELACIÓN ENTRE DEPRESION MAYOR Y POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN
ADULTOS EN COLOMBIA, 2015.**

LORENA MARÍA VARGAS DÍAZ

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, JUNIO 2019



**RELACIÓN ENTRE DEPRESION MAYOR Y POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN
ADULTOS EN COLOMBIA, 2015.**

**Trabajo de investigación para optar al título de
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**Presentado por
LORENA MARÍA VARGAS DÍAZ**

**Tutor metodológico
CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA**

**Tutor temático
ANA MARÍA HERNÁNDEZ MARTINEZ**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, JUNIO 2019

La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 TRASTORNO DEPRESIVO	11
2.1.2 Factores de riesgo	13
2.1.3 Tamizaje de la depresión en adultos	14
2.2 POBREZA	15
2.2.1 Definición	15
2.2.2 Métodos de medición de la pobreza	16
2.2.3 Índice De Pobreza Multidimensional	17
2.3 POBREZA Y DEPRESION	20
3. HIPÓTESIS	27
4. OBJETIVOS	28
4.1 OBJETIVO GENERAL	28
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
5. METODOLOGÍA	29
5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	29
5.2 TIPO DE ESTUDIO	29
5.3 POBLACIÓN	29
5.4 DISEÑO MUESTRAL	30
5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	30
5.5.1 Diagrama de variables	30
5.5.2 Tabla de variables	31
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	31
5.6.1 Fuentes de información	31
5.6.2 Instrumento de recolección de información	32
5.6.3 Proceso de obtención de la información	33
5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	33
5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	34
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
7. RESULTADOS	36
8. DISCUSIÓN	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	53

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características de los instrumentos para tamizaje de depresión.	14
Tabla 2. Estudios de asociación entre la condición de pobreza y la depresión.	20
Tabla 3. Sesgos.	33
Tabla 4. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.	36
Tabla 5. Pobreza categorizada según el IPMD por regiones.	39
Tabla 6. Análisis bivariado para trastorno depresivo mayor en los últimos 12 meses y estado de pobreza.	43
Tabla 7. Análisis bivariado de características sociodemográficas con TDM en los últimos 12 meses.	44
Tabla 8. Coeficientes de los modelos de regresión logística	45

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Dimensiones e indicadores del Índice de Pobreza Multidimensional.	18
Figura 2. Categorización del estado de pobreza de acuerdo al IPMD	19
Figura 3. Diagrama de las variables	31
Figura 4. Pobreza categorizada según IPMD	38
Figura 5. Pobreza categorizada según IPMD hogares en zona urbana	38
Figura 6. Pobreza categorizada según IPMD hogares en zona rural	39
Figura 7. Pobreza categorizada según IPMD por regiones y TDM en los últimos meses	12 40

RESUMEN

Introducción: El trastorno depresivo es una de las enfermedades mentales más prevalentes, y ha sido catalogado como un problema de salud pública a nivel mundial y se ha reportado relación con la condición de pobreza.

Objetivo: Determinar la relación entre la condición de pobreza multidimensional y la presencia de trastorno depresivo mayor (TDM) en población adulta en Colombia.

Metodología: Estudio transversal analítico en el que se evaluó la relación entre el índice de pobreza multidimensional y la presencia de trastorno depresivo mayor en la población colombiana.

Resultados: Se incluyeron 10404 sujetos mayores de 18 años. La media de edad fue 43.39 (DE 16.7) y el 59.4% fueron mujeres. La mayoría de los hogares (78.8%) se clasificaron como en no pobreza de acuerdo al IPMD, 76,6% estaban ubicados en área urbana con representación de todas las regiones del país. Se encontró una prevalencia de TDM de 1.7%, con prevalencia más altas en Bogotá (2.7%) y Pacífico (2.4%). Se encontró que los miembros de hogares en condición de pobreza tienen un mayor riesgo de tener depresión (OR: 1,824 IC: 1,194-2,786), ser mujer (OR: 2,198 IC: 1,549-3,118), ser soltero, separado, viudo, o divorciado (OR: 1,986 IC: 1,46-2,7) y vivir en zona urbana (OR: 1,62 IC: 1,139-2,305).

Discusión: En el presente estudio se encontró la existencia de una relación entre la condición de pobreza y el trastorno depresivo. Esta relación se evidenció en mayor medida para el TDM en los últimos 12 meses en personas que pertenecen a hogares en estado de pobreza.

Palabras Clave: pobreza, índice de pobreza multidimensional, trastorno depresivo mayor, estudios de corte transversal.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades mentales han sido catalogadas como un problema de salud pública a nivel mundial, siendo los trastornos depresivos los más prevalentes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2017 se estimaron más de 300 millones de personas con trastornos depresivos, los cuales han mostrado una prevalencia con un incremento del 18%, lo cual es de gran relevancia si se tiene en cuenta que se han asociado a discapacidad funcional y mortalidad (1,2).

Estos datos refuerzan la problemática que conlleva la depresión que, al no tratarse, hace que la calidad de vida de un individuo deprimido se vea disminuida (3) con mayor riesgo de suicidio (4). Además de lo anterior, las personas que padecen depresión tienen mayor riesgo de mortalidad comparado con los no deprimidos (RR 1.81) (5); y por cada año que se vive con depresión, resta entre el 20% al 40% por ciento de un año de vida ajustado por calidad (6) (7).

En términos de carga económica, se tienen datos de que anualmente esta enfermedad representa para países como Estados Unidos pérdidas de miles de millones de dólares (8), con cifras del 2010 en el que se estimó que el costo derivado de padecer depresión mayor a causa de costos médicos directos e indirectos como los laborales, superaron los 200 billones de dólares (1). Sumado a lo anterior, el impacto económico se ve reflejado no solamente en términos de ausentismo laboral del paciente deprimido (9), sino en el impacto en los cuidados que la familia del paciente deprimido debe asumir (10) (11).

En América Latina y el Caribe, se estima que los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de las enfermedades, con la depresión como una de las principales causas (12). En Colombia, las prevalencias reportadas de la enfermedad están en 25.1%, 19.6% y 13,9% para los años 1993, 1997 y 2003 respectivamente, y en un 5.4% en población adulta en toda la vida, según la última Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (13).

Varios estudios han dado cuenta que en las poblaciones en condiciones de vida de extrema pobreza se observan altas prevalencias de problemas de salud mental. Esto se puede evidenciar en el estudio de Lee SY y Atteraya MS que encontraron que la condición de pobreza y depresión generaba más probabilidades de tener ideación suicida (OR 1.59) (14). En China se encontró que ser pobre en ingresos se asoció significativamente con una peor salud mental (OR 1.63; IC 95% 1.28-2.09) (15), y que el haber estado expuestos a la pobreza en la infancia, predisponía a que, en edades adultas, hubiera más probabilidad de tener depresión mayor (OR 2,38 IC 95% 1,32 - 4,32) (16). En este sentido, la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 evidenció que existen factores de riesgo

relacionados con algunos problemas de salud mental como la pobreza, la guerra y la desigualdad, entre otros (13).

Por lo anotado anteriormente y al considerar que en Colombia para el año 2017 la pobreza multidimensional fue del 17% a nivel nacional, con cerca de un quinto de la población colombiana viviendo en condiciones de carencia de diferentes elementos básicos necesarios para tener una buena calidad de vida (17), esta investigación aborda un tema que cada vez se relaciona con estas condiciones de inequidad y pobreza, los problemas mentales. Con el presente estudio se busca explorar la relación entre la pobreza de la población, medida desde lo multidimensional y las enfermedades mentales, específicamente la depresión en población adulta en Colombia. Los resultados pueden contribuir con datos y evidencia que permitan orientar políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de las personas, reducir la inequidad y la pobreza, así como a proponer estrategias útiles para redireccionar la atención sanitaria de la población colombiana a necesidades reales, como el manejo y control de la depresión.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Existen factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales que juegan un papel importante como determinantes de la salud mental y en la génesis de los trastornos mentales. La pobreza, el pertenecer a grupos minoritarios, ser víctima de conflicto, entre otras circunstancias, se han asociado a un mayor riesgo de padecerlos y hacer que las personas se conviertan en vulnerables (18).

Dentro de los estudios que dan cuenta de la asociación entre la enfermedad mental y variables socioeconómicas están el realizado en España por Bones y col., en donde se encontró que ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social y estar desempleado, entre otros factores, hacen a la población más vulnerable para padecer trastornos mentales (19). En este mismo sentido en Colombia, la pobreza se relacionó con mayor prevalencia de trastornos mentales según datos de la Encuesta de Salud Mental del 2015 (13).

Aunado con lo anterior, los factores sociales y culturales no solo intervienen en el inicio de los síntomas depresivos, sino que influyen en la disposición o capacidad para reconocer la presencia de una posible enfermedad mental y buscar atención sanitaria (20) (21).

La relevancia del presente estudio está dada por lo anotado sumado a: la carga mundial de morbilidad atribuida a trastornos mentales, que la problemática se acentúa en países de ingresos bajos y medios, la posible relación entre el estado de pobreza y depresión, a que estas dos situaciones llevan a otros problemas de salud y a que la enfermedad mental acarrea marginalización y desventajas sociales.

La pertinencia de la investigación es mayor en Colombia, país en el que existen millones de personas en condición de pobreza, donde es probable esta asociación con la depresión. Adicionalmente, esta propuesta se enmarca en lo planteado en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 que incentiva a que existan estrategias para la prevención de las enfermedades mentales, aumento de recursos para la atención de las mismas, y fortalecimiento de los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental (22) (23).

Con los resultados producto de esta investigación, se espera contribuir al mejoramiento de la gestión del riesgo en términos de medidas de salud pública mental de la población estudiada, ya que los estudios reportados no miden la pobreza con el Índice Multidimensional de Pobreza (IPMD), que tiene en cuenta varios aspectos de carencia de la población y, adicionalmente a que la medición de la presencia de depresión se realizó con métodos y escalas validadas, lo cual fue realizado en el mismo momento de la medición del estado de pobreza.

En consecuencia, la identificación de la asociación entre la pobreza medida con el IPMD y la presencia de la depresión como uno de los trastornos mentales más prevalentes y considerado como un problema de salud pública, aporta evidencia útil en la toma de decisiones desde los sectores gubernamentales para orientar las políticas públicas en el manejo de recursos destinados a la prevención y manejo de los problemas de salud mental y la condición de pobreza de la población colombiana.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el trastorno depresivo mayor en población adulta y el estado de pobreza multidimensional en Colombia?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 TRASTORNO DEPRESIVO

2.1.1 Definición y epidemiología

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la población general en todo el mundo (24) y se considera la condición de salud mental más frecuente en personas que consultan en los primeros niveles de atención sanitaria (25).

La OMS define la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (26).

Según el DSM V, un síndrome o episodio depresivo mayor se manifiesta con cinco o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día en adultos y en niños y adolescentes puede manifestarse como irritabilidad; pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades; insomnio o hipersomnia; cambio en el apetito o peso y en niños puede considerarse como la falta de aumento de peso esperado para la edad; retraso o agitación psicomotriz, baja energía, mala concentración, pensamientos de inutilidad o culpa, pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio. Los anteriores síntomas están presentes la mayor parte del día casi todos los días durante un mínimo de dos semanas consecutivas y al menos un síntoma es el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer (27).

Se estima que cerca de dos tercios de los pacientes que acuden al servicio de atención primaria con depresión presentan síntomas somáticos lo que dificulta la detección de la enfermedad y que la mayoría de los pacientes que padecen de depresión no reportan sus síntomas (28) (29), por lo que se considera que solo se llegan a diagnosticar el 50 por ciento de los pacientes con depresión mayor (30).

De acuerdo con la OMS, más de 300 millones de personas viven con depresión en todo el mundo y en el periodo 2005 y 2015 se presentó un incremento de más del 18% de la prevalencia de los trastornos depresivos (31). En Estados Unidos, desde 1991-1992 hasta 2001-2002, la prevalencia de la depresión mayor entre los adultos estadounidenses aumentó del 3,33% al 7,06% (32).

A nivel mundial se han realizado encuestas comunitarias de adultos en donde se reporta que la prevalencia de la depresión mayor durante toda la vida varió del 3% en Japón, al

17% en los Estados Unidos y que las tasas en su gran mayoría se encuentran entre el 8% y el 12% (33). En Estados Unidos, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad se encontró una tasa de prevalencia anual para el trastorno depresivo mayor (TDM) del 6,7% y una tasa de prevalencia de por vida del 16,5% (34) (35). En países desarrollados (Estados Unidos y Europa) esta prevalencia fue aproximadamente del 18% y en Estados Unidos, la prevalencia de por vida para el trastorno depresivo mayor fue del 17% (36). Ahora bien, las prevalencias de por vida encontradas en países en desarrollo como México y Brasil, se estiman en un 9% (37). En las Américas, aproximadamente 50 millones de personas tenían depresión en 2015, lo que representa que alrededor del 5% de la población general.

La depresión es un problema más prevalente en mujeres y puede llevar al suicidio de no tratarse (38). Con respecto al sexo, la prevalencia de depresión es aproximadamente dos veces mayor en mujeres que en hombres, encontrando que para prevalencia de por vida de la depresión mayor y la distimia eran 1,9 veces la de las mujeres que la de los hombres (39) (40). En Estados Unidos, se encontraron tasas de prevalencia en toda la vida para depresión mayor de 17% en mujeres y 9% en hombres (41).

En cuanto a la raza, en adultos residentes en Estados Unidos, se encontró que la prevalencia de por vida de la depresión mayor para los blancos era del 18% y para los afroamericanos del 10% (42).

En lo referente a la edad, se ha evidenciado que la depresión mayor es menos común en adultos mayores (43). En Estados Unidos se encontró que la prevalencia de por-vida de la depresión mayor en personas adultas mayores, era significativamente menor en comparación con los grupos de menor edad, con un 10% versus un 19 a 23% (44).

En Colombia, de acuerdo con los datos de las cuatro Encuestas Nacionales de Salud Mental en los años 1993, 1997 y 2003 reportaron prevalencias de depresión de 25.1%, 19.6% y 13,9% respectivamente. En la Encuesta Nacional de 2015 se reportó una prevalencia de 5.4% de trastorno depresivo en población adulta en toda la vida, 1.9% en los últimos 12 meses y de 0.5% en los últimos 30 días; en adolescentes prevalencias de 2.4%, 1% y 0.1%, respectivamente (13).

En el primer estudio poblacional de prevalencia de Salud Mental realizado en Medellín en el 2011 se encontró que la prevalencia de vida de padecer uno o más trastornos mentales fue de 27%, siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes con el 10,3%, seguidos por los trastornos del estado del ánimo, con el 4.9%. Los trastornos del estado del ánimo son más frecuentes en adultos que en adolescentes con un 8.18% y 3.67% respectivamente (45). En adultos la prevalencia de vida para depresión mayor fue de 9.2% y durante el último año 2.9% en el estudio de salud mental en Itagüí (46).

En algunas ciudades del Colombia, se han encontrado prevalencias más altas que las encontradas en la población general en el país en las descritas en las ENSM realizadas (13): en Bucaramanga se encontró que el 16.5% de la población encuestada padecía de trastorno depresivo mayor (47); en Medellín la prevalencia para depresión encontrada en estudiantes universitarios de programas de pregrado fue del 47,2% (48); y en Manizales, la proporción de estudiantes de medicina con síntomas depresivos fue de 34,5% (49). En mujeres colombianas en periodo de posparto se reportaron prevalencias de depresión posparto de 12,9 %, siendo mayor en zonas urbanas 15,1 % que en zonas rurales 6,8 %; y en mujeres de 20 a 34 años 13,4 % (50). En Cali, la prevalencia encontrada depresión posparto fue del 46,3% (51). En adultos mayores residentes en hogares geriátricos en Barranquilla, la prevalencia de depresión fue de 36.4% (52). En mujeres adolescentes según el estado de embarazo, la prevalencia de depresión fue del 32,8% en embarazadas, frente a un 16,8% en no embarazadas (53). En Medellín se reportó una prevalencia de depresión fue del 20.75% en pacientes de un servicio de consulta externa (54).

2.1.2 Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo para que una persona sufra de depresión, se encuentran factores genéticos, antecedentes médicos, ambientales y sociales como haber sufrido episodios depresivos previos, antecedentes familiares de depresión, ser mujer, período posparto, haber sufrido algún trauma en la infancia, acontecimientos estresantes, pobre apoyo social, padecer una enfermedad médica grave, tener demencia y el abuso de sustancias. Aunque el conocimiento de los factores de riesgo puede ser clínicamente útil, no es suficiente para guiar la práctica clínica o la decisión de detectar la depresión.

La depresión puede considerarse la vía común final de varios procesos producidos en un contexto biopsicosocial, aunque ocurre con mayor frecuencia en pacientes que presentan factores de riesgo específicos como los mencionados anteriormente. Como factores de internalización están: la genética, el neuroticismo, la baja autoestima, el trastorno de ansiedad, historial de depresión mayor, y como factores de externalización, el consumo de sustancias, desordenes de conducta y la genética. Adicionalmente es importante mencionar que eventos adversos ocurridos también pueden dar cabida para el trastorno depresivo como traumas durante la infancia, acontecimientos estresantes en el año previo, pérdida de los padres, pobre relación paternal, historial de divorcio, problemas conyugales, bajo apoyo social y bajos niveles educativos (55) (56).

Dentro de los factores sociales se pueden listar el aislamiento, el escaso apoyo social, las críticas de los miembros de la familia y la depresión en personas cercanas como amigos y además de que pueda conducir a la aparición de la depresión puede perpetuar estos episodios depresivos (57) (58).

En personas que perciben su apoyo social como deficiente, es más probable que aparezcan trastornos depresivos, lo cual se evidenció en un estudio en el que se siguió por 8 años a la población y en el que se encontró que el riesgo de sufrir depresión mayor fue casi el doble en los individuos que calificaron bajo su apoyo social (59).

2.1.3 Tamizaje de la depresión en adultos

En ausencia de exámenes de tamizaje un gran porcentaje de pacientes con trastornos depresivos no son diagnosticados. Se estima que solo se identifica el 50% de los pacientes con depresión mayor (60). Debido a lo anterior, y sumado a que el diagnóstico de la depresión es difícil debido a variedad de síntomas somáticos y a la negativa de los mismos a reconocer los síntomas de depresión, a que la calidad de vida se ve disminuida en presencia de dichos trastornos lo que representa mayores cargas económicas para el sistema y a que el tratamiento de la depresión es más efectivo cuando se inicia tempranamente, el tamizaje poblacional está más que justificado (61).

Existen instrumentos disponibles de tamizaje que, son relativamente fáciles de administrar y están validados para su uso en las consultas de atención primaria. Respecto al costo efectividad del tamizaje en atención primaria estos son limitados, pero se ha sugerido que podrían ser costo efectivos si se aplican en ambientes de atención primaria en poblaciones donde la prevalencia de la depresión sea alta (62) (63).

Tabla1. Características de los instrumentos para tamizaje de depresión.

Instrumento	Sensibilidad	Especificidad
BDI: Beck Depression Inventory	90	79
EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale	82	86
GDS: Geriatric Depression Scale	81	78
PHQ: Patient Health Questionnaire	83	90
WHO-5: World Health Organization Well-being Index	88	88
Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta versión 3.0 (World Mental Health, CIDI)	52	88

Fuente: UpToDate (61). Montoya L (64)

2.2 POBREZA

2.2.1 Definición

En la actualidad existen diferentes conceptos de pobreza. La Real Academia define pobreza como “cualidad de pobre” o “falta, escasez” y el pobre como “Necesitado, que no tiene lo necesario para vivir” (65). Ahora bien, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la define como “un estado que va más allá de la falta de ingresos”, que se manifiesta con hambre malnutrición, falta de vivienda digna y acceso a servicios como educación o salud (66). Por otra parte, la ONU en el contexto de derechos humanos la definen como “la falta de cumplimiento de cualquier tipo de derecho humano” (67).

Para el Banco Mundial, la pobreza es una pronunciada privación en el bienestar de un individuo (68). Ligado a éste, otro concepto de pobreza es el que la define como “la privación de bienestar de manera pronunciada, es decir, la falta de acceso a capacidades básicas para funcionar en la sociedad y de un ingreso adecuado para enfrentar necesidades de educación, salud, seguridad, empoderamiento y derechos básicos” (69). El Banco Mundial es considerado de las tres instituciones más importantes en el mundo para el manejo de temas económicos y pobreza, junto con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que otorgan recursos financieros, promueven el conocimiento en el tema y asesoran a los países subdesarrollados (69).

Amartya Sen, economista indio y filósofo, Premio Nobel de economía, autoridad mundial en pobreza, conceptúa que la pobreza no es solo la falta de ingresos, sino un asunto de privación de las capacidades básicas del individuo que impide su desarrollo pleno de capacidades (70). De acuerdo con el concepto de pobreza anterior, se entiende que se relaciona directamente con el ingreso que un individuo recibe en el sistema productivo y que se podría medir en términos de bienes y servicios, por lo que adicionalmente se hace relevante no sólo saber quién es pobre sino tener en cuenta la medición de la misma (71).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) al realizar una evaluación sobre la pobreza de un individuo se deben tener en cuenta: “si su ingreso está por debajo de una línea de pobreza, si posee los servicios básicos necesarios y si tiene las suficientes capacidades básicas para funcionar en sociedad. Adicionalmente define la pobreza de la siguiente manera (72):

- Pobreza absoluta: teniendo en cuenta el ingreso en términos monetarios necesarios para satisfacer necesidades básicas sin tener en cuenta conceptos de calidad de vida.
- Pobreza relativa: se compara el estatus económico de un individuo con el de otros miembros de la sociedad en donde vive.

La importancia de su medición radica en los siguientes puntos: a) ubicar a las personas pobres en la agenda política y económica porque si no se conoce quienes son los pobres fácilmente serán ignorados; b) focalizar las intervenciones hacia esta población ya que al caracterizarlos se pueden ayudar; c) monitorear y evaluar los proyectos e intervenciones del gobierno y si se pueden predecir sus efectos; d) evaluar las políticas y programas diseñados para ayudar a los pobres; y e) evaluar la efectividad de las instituciones (73).

2.2.2 Métodos de medición de la pobreza

Para realizar la medición de la pobreza existen dos métodos: directo e indirecto. En el directo, un individuo se considera pobre si no satisface una o varias necesidades básicas, y en el indirecto, si no cuenta con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. El primero relaciona el bienestar con el consumo y el segundo evalúa la capacidad para llevarlo a cabo (74).

Para realizar la cuantificación de la pobreza se existen tres métodos de medición: Línea de Pobreza, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), y el Integrado que es una combinación de los dos anteriores (74).

- **Método de la Línea de la Pobreza:** se establece un valor mínimo per cápita como medida del bienestar, es decir el valor establecido es lo mínimo para satisfacer las necesidades básicas. De esta forma se establece que la línea de pobreza extrema corresponde al valor per cápita de la canasta que contiene sólo factores alimenticios, y la línea de pobreza total, que comprende el valor per cápita de los factores alimenticios y no alimenticios. En consecuencia, serán pobres extremos quienes tienen ingresos o gastos per cápita por debajo del valor mínimo per cápita.
- **Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):** tiene en cuenta indicadores que se relacionan con necesidades básicas estructurales como vivienda, educación, salud, infraestructura pública, entre otras, que son tenidas en cuenta para evaluar el bienestar individual. Con este método una persona en pobreza extrema es quien no satisface al menos una necesidad y pobre extremo el que no satisface dos o más necesidades.
- **Método de medición integrada:** combina los dos anteriores y clasifica a un individuo en: **pobre crónico** si tiene una NBI e ingresos por debajo de la línea de pobreza; **pobre reciente** si tiene sus necesidades básicas satisfechas pero con ingresos por debajo de la línea de pobreza; **pobre inercial** si tiene al menos una necesidad básica insatisfecha e ingresos por encima de la línea de pobreza; y el **individuo integrado socialmente**, es el que no tiene necesidades básicas insatisfechas y sus gastos están por arriba de la línea de pobreza.

Si bien, existen diferentes formas de medición del estado de pobreza, se ha planteado la importancia de realizar su medición desde un **enfoque multidimensional** porque la pobreza no solo se considera la falta de oportunidades de un individuo o familia para disponer de los recursos necesarios y con ellos lograr satisfacer sus necesidades básicas, sino también de es importante conocer sus condiciones psicosociales, políticas y económicas (75).

Entre las medidas para realizar la medición de pobreza multidimensional, se encuentra el “**Índice de Pobreza Multidimensional**” del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), explicado a continuación.

2.2.3 Índice De Pobreza Multidimensional

Dada la necesidad de evaluar la pobreza de una forma multidimensional, no limitándose a los ingresos o consumo per cápita, se propuso que la pobreza se considerara como la incapacidad de alcanzar niveles mínimamente aceptables en diferentes tipos de atributos tanto monetarios como no monetarios, necesarios para una subsistencia estándar, vista así desde una perspectiva multidimensional (76).

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es una medición del estado de pobreza de los individuos que da un acercamiento a las múltiples carencias que padecen. Este índice refleja la incidencia de la pobreza multidimensional y su intensidad, esto significa que el IPM da una medida de la pobreza multidimensional revelando quiénes son pobres y la manera en que son pobres. Estas medidas de carácter multidimensional, dan cuenta del nivel de pobreza en diferentes zonas de un país y entre los diferentes sub-grupos de personas (77).

El IPM se ha utilizado en Colombia por el Departamento Administrativo y Nacional de Estadística (DANE) desde el 2007. En su cálculo se utilizan ponderaciones de diversas variables y se debe delimitar un umbral para determinar que un hogar se encuentra en condiciones de pobreza. La versión colombiana del IPM establece como unidad de análisis el hogar y una equiponderación tanto de las cinco dimensiones como de las variables al interior de éstas.

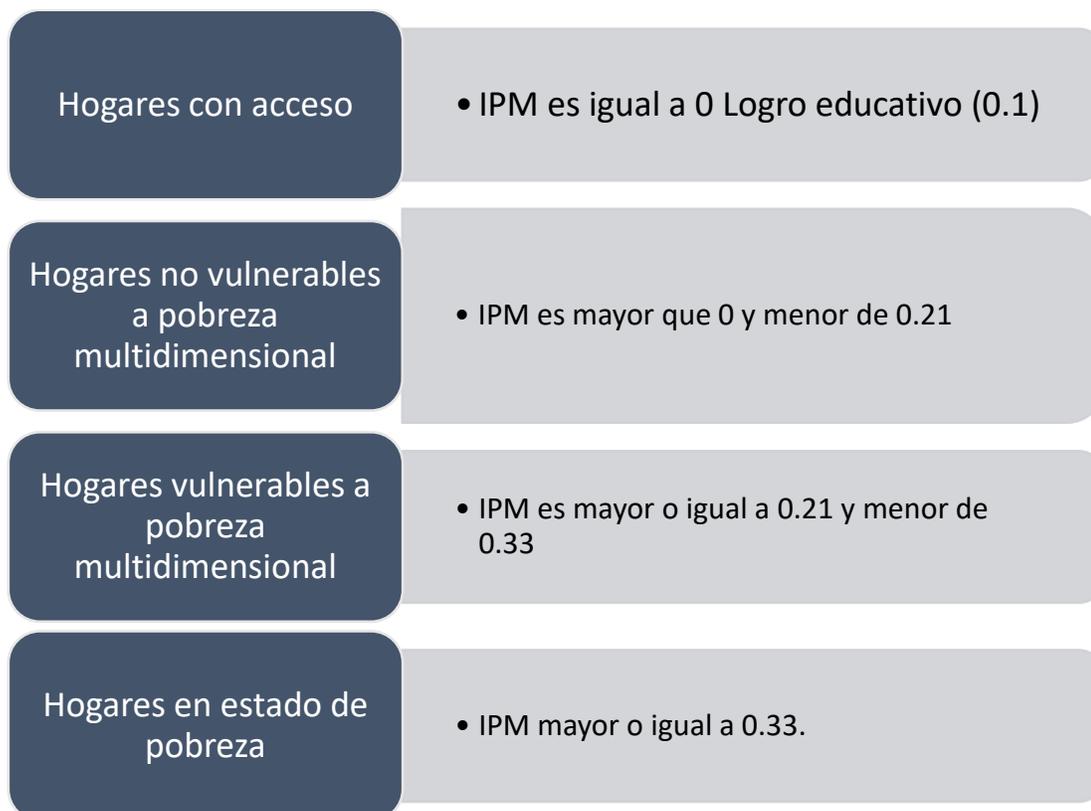
El IPM se construye teniendo en cuenta las dimensiones de condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. En estas dimensiones se tienen en cuenta 15 indicadores y son considerados pobres los hogares que tengan privación en por lo menos el 33% de los indicadores. En el gráfico 1 se observan los indicadores en sus dimensiones y el peso de cada uno al realizar el cálculo del IPMD (78).



Fuente: Autora

Figura 1. Dimensiones e indicadores del Índice de Pobreza Multidimensional

La matriz arrojada por el IPM va de 1 o 0, donde el 1 representa privación y 0 no privación. Si la suma de los puntajes de los indicadores de todas las dimensiones es menor de 0.33, el hogar se encuentra en pobreza multidimensional. Adicionalmente, otras clasificaciones que permite el dato del IPM son: hogares con acceso si el IPM es igual a 0; hogares no vulnerables a pobreza multidimensional si el IPM es mayor que 0 y menor de 0.21; hogares vulnerables a pobreza multidimensional si el IPM es mayor o igual a 0.21 y menor de 0.33; y hogares en estado de pobreza si el IPM es mayor o igual a 0.33. (Gráfico 2.)



Fuente: Autora

Figura 2. Categorización del estado de pobreza de acuerdo al IPMD

El IPM es útil para producir medidas oficiales de pobreza multidimensional, comparar la incidencia y la intensidad de la pobreza entre países, comparar resultados entre regiones, poblaciones urbanas y rurales o grupos étnicos y además, comparar la composición de la pobreza por dimensiones e indicadores e informar sobre los cambios en la pobreza a lo largo del tiempo, entre otros (79).

En Colombia para el 2016 el DANE publicó los resultados de las mediciones de pobreza monetaria y multidimensional. Para ese año, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional fue de 17,8%; en las cabeceras municipales de 12,1% y en los centros poblados y rural dispersos del 37,6%. Lo anterior, identificaba que para el 2016 en los centros poblados y rurales dispersos el número de personas en situación de pobreza multidimensional era 3,1 veces el de las cabeceras municipales (80).

Las tasas de incidencia más altas para pobreza multidimensional se identificaron en las regiones Pacífica con 33.2% y Caribe con 26.4%, seguidas por la región Central con 18%.

Las regiones con menos incidencia de pobreza multidimensional estuvieron en Bogotá con 5.9%, seguida de Valle del Cauca con 12%, Antioquia con 15.1% y Oriental con 16.8% (80).

2.3 POBREZA Y DEPRESION

La pobreza ha sido considerada una variable importante que influye negativamente en varios aspectos del estado de salud. Aunque como se observa en la tabla 2, existen resultados de estudios que han encontrado una relación entre estas dos variables, pobreza y depresión, no se conoce específicamente cuales elementos de la pobreza son los más grandes contribuyentes a los problemas mentales. Por otra parte, con diferentes formas de medición de la pobreza en los estudios, muchos de los cuales utilizan medidas proxys como mediciones indirectas de la pobreza, se hace más complejo hacer comparaciones.

Tabla 2. Estudios de asociación entre la condición de pobreza y la depresión.

Autor, año, país	Diseño	Exposición /Factores relacionados	Desenlace	Medida estimada/Conclusiones
Lee SY, Atteraya MS. 2018. Corea.(81)	Transversal	Depresión, pobreza y experiencia del abuso	Ideación suicida	En adultos mayores, la depresión se asoció positivamente con la ideación suicida (OR 1.19). El ser pobre y tener antecedente de abuso tiene más probabilidades de tener ideación suicida (OR 1.59 y OR 2.37, respectivamente)
Lund C, Cois A. 2018. Sudáfrica. (82)	Longitudinal	Causalidad social y deriva social	Depresión	Una peor situación económica individual se asoció de manera independiente con peor depresión a los 2 y 4 años ($\beta = -0.110$, SE: 0.024 y $\beta = -0.113$, SE: 0.025 respectivamente). La depresión durante los seguimientos realizados

Autor, año, país	Diseño	Exposición /Factores relacionados	Desenlace	Medida estimada/Conclusiones
				se asoció independientemente con un peor estado económico ($\beta = -0.037$, SE: 0.016, $\beta = -0.028$, SE: 0.012 respectivamente).
Chung RY, et al. 2018. China. (83)	Transversal	Pobreza, factores sociodemográficos y estilos de vida	Estado mental y físico	Ser pobre en ingresos se asoció significativamente con una peor salud mental (OR 1.63; IC 95% 1.28-2.09)
Joshi S, et al. 2017. Estados Unidos. (84)	Longitudinal	Pobreza del vecindario – tasa de homicidios	Depresión	En adultos mayores, la pobreza y el homicidio en la vecindad se asociaron con síntomas depresivos durante el periodo de seguimiento (RR 1,20 IC del 95% 1,05 - 1,36; RR 1,09 IC del 95% 1,02 - 1,17).
Li C, Yin X, Jiang S. 2017. China. (85)	Transversal	Género, edad nivel educativo, ocupación y estado civil de padres, región, pobreza,	Salud mental infantil	La pobreza multidimensional en la infancia se asoció negativamente con salud mental negativa. (CR 7.784, p<0. 01)
Fitzsimons E. 2017. Reino Unido. (86)	Longitudinal	Edad, sexo, Pobreza	Salud mental infantil: conducta, hiperactividad, problemas emocionales	Hay una asociación entre pobreza y problemas conductuales. R ² 0.035, 0.0474 p<0. 01

Autor, año, país	Diseño	Exposición /Factores relacionados	Desenlace	Medida estimada/Conclusiones
Wickham S, et al. 2017. Reino Unido. (87)	Longitudinal	Pobreza, estado materno, empleo	es y con pares Salud mental infantil y materna	La transición a la pobreza aumentó probabilidades de problemas de comportamiento socio-emocional en niños (OR 1.41 IC 95% 1.02 – 1.93, p = 0.04) y la angustia psicológica materna (OR 1.44 IC 95% 1.21 – 1.71, p<0.0001)
Bareis N, Mezuk B. 2016. Estados Unidos. (88)	Longitudinal	Pobreza en la infancia y servicio militar	Depresión	En adultos mayores, la pobreza infantil se asoció con más probabilidad de DM (OR 2,38 IC 95% 1,32 - 4,32) y de hacer servicio militar (OR 2,58 IC 95% 1,58 - 4,21). El servicio militar se asoció marginalmente con la DM (OR: 1,28; IC del 95%: 0,98-1,68) y no moderó la asociación entre la pobreza infantil y la DM.
Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez FR, Trueba-Gómez R. 2016. México. (89)	Transversal	Edad, sexo, estado civil, educación, trabajo, pobreza extrema, lugar de residencia	Depresión	Los adultos mayores que no trabajan (43.78%), con educación incompleta (χ^2 4.56), que viven en asilos (χ^2 3.55), tienen más riesgo de depresión (p <0.05).
Green EP, Blattman C, Jamison	Ecológico	Ingreso económico	Depresión	La media del puntaje de depresión del grupo de tratamiento disminuyó en

Autor, año, país	Diseño	Exposición /Factores relacionad os	Desenlace	Medida estimada/Conclusiones
J, Annan J. 2016. Uganda. (90)				un 29%, de 0,85 a 0,60; y en el grupo control disminuyó en un 21%, de 0,75 a 0,59. A pesar de encontrar grandes aumentos en los negocios, los ingresos y los ahorros entre el grupo de tratamiento, no hubo cambios significativos en los síntomas de la depresión.
Baiyewu O, et al. 2015. Nigeria. (91)	Transversal	Pobreza, redes sociales, salud percibida	Depresión	La depresión en la última etapa de la vida se asoció significativamente con dificultades financieras (OR 4,52, OR ajustado 2,70).
Tampubolo n G, Hanandita W. 2014. Indonesia. (92)	Longitudinal	Edad, sexo, estado civil, escolaridad, religiosidad, factores comunitario s, ingresos	Depresión	En países en desarrollo los niveles de pobreza se asociaron con más síntomas depresivos (ingresos de menos de \$2 por día 67.11% Coeficiente 0.014 p < .05)
Hanandita W, Tampubolo n G. 2014. Indonesia. (93)		Pobreza, desigualdad social, edad, sexo, estado civil, escolaridad, religiosidad, factores comunitario s, ingresos	Salud mental	Reducir a la mitad el gasto de consumo aumenta la probabilidad de padecer enfermedades mentales en 0,06 puntos. Una disminución del 1% en el consumo produce un 0,62% más de síntomas de trastornos mentales. Distritos con desigualdad social (Gini) (OR 8.15 p < 0.01)

Autor, año, país	Diseño	Exposición /Factores relacionados	Desenlace	Medida estimada/Conclusiones
Kim J, Richardson V, Park B, Park M. 2013. Estados Unidos. (94)	Transversal	Ingresos del hogar y pobreza	Depresión	Los ancianos pobres, especialmente las mujeres mayores, tuvieron más probabilidades de estar deprimidos (b = .701, p = .003)
Kinyanda E, et al. 2011. Uganda. (95)	Transversal	Estatus socioeconómico, factores ecológicos, eventos adversos vitales	Depresión	En ambos sexos, los factores socioeconómicos se asociaron a mayor riesgo de depresión mayor. Prevalencia de TDM en hombres sin educación formal OR 1.6 IC 95% 1.2 – 2.1; en mujeres OR 2.2 IC 95% 1.8 – 2.7. Prevalencia de TDM en hombres con empleo OR 0.6 IC 95% 0.4 – 0.8; en mujeres OR 0.5 IC 95% 0.4 - 0.6.
Nikulina V, Widom CS, Czaja S. 2011. Estados Unidos. (96)	Cohorte longitudinal	Abandono infantil, pobreza infantil	Salud mental, rendimiento académico, y crimen en la edad adulta.	Pertener a una familia pobre contribuye a padecer trastorno por estrés postraumático (OR 1.62 IC95% 1.24 - 2.10 p<0.001) y de TDM (OR 1.28 IC95% 0.98 -1.67 p<0.1)
Najman JM, et al. 2010. Australia. (97)	Cohorte longitudinal	Pobreza del hogar	Depresión y ansiedad	La exposición a la pobreza durante la infancia es un predictor constante de ansiedad y depresión en adolescentes y adultos jóvenes. (OR 2.8 IC 95% 1.7 – 4.5)

Autor, año, país	Diseño	Exposición /Factores relacionados	Desenlace	Medida estimada/Conclusiones
Simmons LA, et al. 2008. Estados Unidos. (98)	Longitudinal	Estatus socioeconómico, variables sociodemográficas	Depresión	El estado económico (nivel de pobreza, estado laboral y la suficiencia económica) es un contribuyente social al estado de salud mental. Hubo una fuerte correlación negativa entre depresión y estado económico (SE = -0.703, P <.001)
Galea S, et al. 2007. Estados Unidos. (99)	Cohortes	Variables sociodemográficas, estatus socioeconómico, apoyo social, factores de estrés, traumas e historial de trastorno de estrés postraumático	Depresión	Las probabilidades relativas de depresión incidente fueron 2,19 IC 95% 1,04 - 4,59 en vecindarios con bajos niveles socioeconómicos.
Lovisi GM, et al. 2005. Brasil. (100)	Transversal	Estado sociodemográfico, condiciones obstétricas y médicas, consumo de sustancias, eventos estresantes de la vida y	Depresión	La depresión es común durante el embarazo y se asocia con indicadores de privación socioeconómica Es un factor de riesgo para las mujeres en embarazo tener dificultades financieras (OR 6.6, IC 95% 2.5 - 17.2)

Autor, año, país	Diseño	Exposición /Factores relacionados	Desenlace	Medida estimada/Conclusiones
		apoyo social.		
Spence SH, et al. 2002. Australia. (101)	Longitudinal	Ansiedad y depresión materna, pobreza, relación y ruptura matrimonial, género.	Depresión, ansiedad	Estar expuesto a la pobreza a los 6 meses y 5 años de edad, es un factor de riesgo para tener síntomas depresivos y ansiosos a los 14 años (OR 2.08, IC 95% 1.49 – 2.92)
Beiser M., et al. 2002. Canadá. (102)	Longitudinal	Estatus inmigrante, pobreza, ambiente familiar, depresión en padres, disfunción familiar	Problemas emocionales,	La pobreza tiene una relación significativa con los trastornos emocionales (b = 0.52, p < .01)
Yen IH, Kaplan GA. 1999. Estados Unidos. (103)	Cohorte longitudinal	Edad, sexo, ingresos, educación, tabaquismo, índice de masa corporal, consumo de alcohol, lugar de residencia	Depresión	El riesgo ajustado por edad y sexo para los altos niveles de síntomas depresivos en 1974 fue mayor para los residentes del área de pobreza. (OR 2,14 IC95% 1,49 - 3,06).

Fuente: Autora

La literatura descrita en la tabla anterior da muestras que, pese a los diferentes métodos de medición de la condición de pobreza, existe una tendencia a relacionarla con desenlaces de trastornos depresivos. En pocos estudios se encuentra que la pobreza se mida multidimensionalmente lo que limita el análisis comparativo de los resultados del presente estudio.

3. HIPÓTESIS

La condición de pobreza multidimensional está relacionada con la presencia de trastorno depresivo mayor en población adulta en Colombia.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la condición de pobreza multidimensional y la presencia de trastorno depresivo mayor en población adulta en Colombia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población estudiada.
2. Describir la presencia de trastornos depresivos respecto a características sociodemográficas.
3. Describir la presencia de trastornos depresivos por regiones de acuerdo a la condición de pobreza.
4. Establecer la asociación entre trastorno depresivo mayor en Colombia y la condición de pobreza, desde el enfoque de IPMD.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Dada la naturaleza del tema a investigar, es un estudio epidemiológico con enfoque cuantitativo, que incluye demostración de la hipótesis, con el uso de herramientas estadísticas y un diseño epidemiológico analítico.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente exploratorio analítico en el que se evaluó la relación entre el índice de pobreza multidimensional y la presencia de trastorno depresivo en la población colombiana.



Figura 3. Diagrama de diseño del estudio

5.3 POBLACIÓN

Población civil colombiana mayor de 18 años no institucionalizada (hospitalizados, centros penitenciarios) de todas las regiones del país que participaron en la encuesta nacional de salud mental del 2015.

5.4 DISEÑO MUESTRAL

En el estudio se incluyeron los datos proporcionados por el Ministerio de Salud de la ENSM 2015. La muestra obtenida para esta encuesta tuvo como base una submuestra de estudios poblacionales que tuvieron representatividad nacional y regional. Las regiones y departamentos tenidas en cuenta fueron Atlántica (Atlántico, Bolívar, César, Córdoba, La Guajira, Sucre, Magdalena, San Andrés), Oriental (Boyacá, Meta, Putumayo, Cundinamarca, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Santander, Norte de Santander, Arauca), Central (Antioquia, Caquetá, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila), Pacífica (Valle, Cauca, Nariño, Chocó) y Bogotá (Bogotá) (13).

La muestra realizada en la ENSM 2015 fue probabilística, estratificada por edad en cada región del país y los sujetos se seleccionaron en forma polietápica. Se seleccionaron municipios como unidades primarias de muestreo (UPM) incluyendo forzosamente a los de mayor tamaño. Se requirieron 110 UPM con 22 de inclusión forzosa. Posteriormente, se seleccionaron como unidades secundarias de muestreo (USM) a grupos de manzanas continuas del mismo sector y sección censales, incluyendo 1038 USM. Por último, se seleccionaron grupos promedios de 12 viviendas contiguas como unidades terciarias de muestreo (UTM), con una definición de 1038 de las mismas (13).

Las unidades finales del muestreo fueron las viviendas y la unidad de observación fueron los individuos de cada hogar seleccionado. Se estimó el tamaño de muestra por grupos de edad teniendo en cuenta las prevalencias para los trastornos mentales en cada grupo etáreo arrojada en la ENSM del 2003 (13).

5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

5.5.1 Diagrama de variables

Las variables a tener en cuenta para la medición de pobreza multidimensional fueron educación, niñez y juventud, salud, trabajo y vivienda y como variable de desenlace el trastorno depresivo mayor.

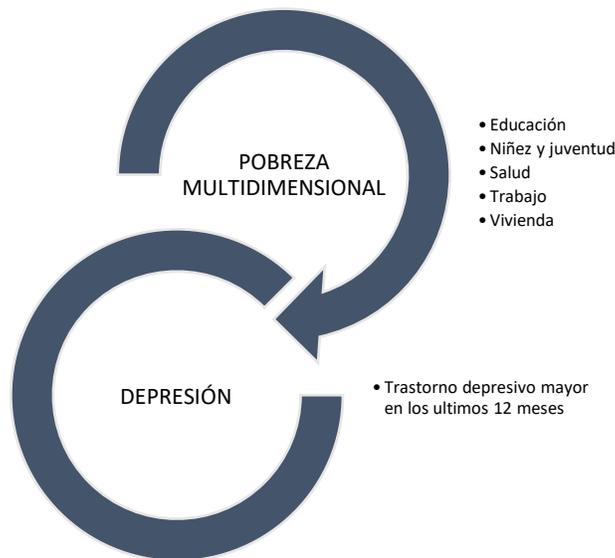


Figura 4. Diagrama de las variables

5.5.2 Tabla de variables

Ver Anexo 1.

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.6.1 Fuentes de información

Se contó con la fuente de información secundaria para la obtención de los datos para el presente estudio: la Encuesta Nacional de Salud Mental año 2015. Posteriormente al permiso obtenido por parte del Ministerio de Salud, se accedió a 10 bases de datos de las cuales se tomó información para el presente estudio de las siguientes seis bases:

- Adultos I: observaciones, 255 variables
- Adultos II: 10870 observaciones, 255 variables
- Estados de Salud: 23794 observaciones, 9 variables
- Hogares: 13201 observaciones, 87 variables
- Medica Adolescentes Adultos: 394 observaciones, 10 variables
- Personas: 45060 observaciones, 112 variables

No se usaron las bases que tenían datos relacionadas con niños y adolescentes.

5.6.2 Instrumento de recolección de información

Se obtuvo acceso a 10 bases de datos de la ENSM 2015 y se extrajo la información de las bases que tenían información de población adulta y hogares:

- Adultos I: información obtenida en los instrumentos: CIDI, M2. Generales, M11. Salud Mental adultos, M13a. Trastorno de la conducta alimentaria, M13b. Trastorno de estrés postraumático en adultos, M14. Alcohol, M16. Sustancias psicoactivas, M18 Medicamentos adultos, M23. Valoración de los estados de salud parte 2.
- Adultos II: información obtenida en los instrumentos: CIDI, M2. Generales, M3. Valoración de los estados de salud, M5. Enfermedades crónicas en adultos, M7 SRQ, M8 Apgar familiar, M23 Acceso a servicios de salud mental adultos, M22. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la violencia, M24. Cognición social.
- Estados de Salud: M23 Acceso a servicios de salud parte2.
- Hogares: información obtenida en los instrumentos M1. Demográfico.
- Medica Adolescentes Adultos: M18. Medicamentos adultos.
- Personas: información obtenida en los instrumentos M0 Inclusión, M1. Demográfico

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información para la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 y que aportaron los datos para el presente estudio fueron:

- Componente sociodemográfico: Módulo sociodemográfico del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales del MSPS. IMP: Índice Multidimensional de Pobreza. Escala de Estatus Socioeconómico HPQ (Health and Work Performance Questionnaire).
- Componente de trastornos mentales en adolescentes y adultos: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI – CAPI (Composite Internacional Diagnostic Interview, computer assisted).

Las variables de interés se eligieron de las bases de datos aportadas por el Ministerio de Salud y se recopilaron en una base de datos en el programa Excel.

5.6.3 Proceso de obtención de la información

Se solicitó por escrito la información de los datos de la encuesta Nacional de Salud Mental y posteriormente se obtuvo la aprobación y el acceso a la base de datos de la misma (Anexos 2 y 3).

Se tomó como base principal la de personas con 45.060 observaciones, puesto que aquella tenía la mayor cantidad de variables elegidas para el presente estudio. Se eliminaron las que no tenían interés en el estudio. Cada observación de cada sujeto tenía una codificación propia y única junto con la codificación del hogar al que pertenecía, con dicha codificación se trasladaron variables que estaban en las bases de datos hogares (variables relacionadas con la pobreza) y en la base de datos de adultos (variables relacionadas con el tamizaje de depresión).

De la base inicial se encontraron 30.531 adultos de los que registraron 10.404 datos sobre depresión.

5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Se encuentran sesgos propios de la ENSM como el no diligenciamiento de todos los instrumentos por parte de todos los participantes, no dato en las bases de datos a las cuales se tuvo acceso y no acceso a toda la información obtenida en la Encuesta. Se encuentran adicionalmente los siguientes sesgos:

Tabla 3. Sesgos

Tipo	Descripción de la posibilidad de ocurrencia	Forma de control
Selección	Pacientes con diagnóstico de depresión que no estén incluidos en la muestra	Tamaño de la muestra. Tipo de muestreo polietápico y representativo para cada región
Información	Errores en la tabulación y/o captura de los datos	Verificación de variables de control
Confusión	No identificación de los factores asociados a las variables de exposición y desenlace.	Ajuste en el análisis de las variables. Análisis mediante regresión logística.

5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó análisis univariado presentando medidas de resumen como medias, desviaciones estándar, medianas y rangos para las variables cuantitativas y proporciones para las variables categóricas. Luego se hizo un análisis bivariado entre las variables dependientes y la independiente. Posteriormente se realizó un análisis estratificado teniendo en cuenta el factor de expansión (FEX) de hogares, personas y el total (producto de los factores de expansión de hogares y personas) para determinar el grado de modificación del evento de estudio por otras variables relacionadas. El FEX aporta un peso a cada observación del estudio dándole una ponderación a cada una de ellas para controlar el efecto de las variables estudiadas en el desenlace. Se calcularon OR en el análisis bivariado teniendo en cuenta que la frecuencia del evento es baja. Adicionalmente se realizó una regresión logística para evaluar la asociación de las diferentes variables de exposición con el desenlace.

Se utilizó el software EPI INFO versión 7.2.2.6 para realizar gráficos, SPSS Statistics 23 para análisis univariado y STATA versión 11 para análisis bivariado usando el FEX.

Se tuvieron en cuenta para el análisis univariado y bivariado sin ajuste, los datos de 10.404 adultos que tenían datos sobre depresión. Para el análisis bivariado ajustado se utilizó el factor de expansión que obligatoriamente se tuvo en cuenta en la totalidad de la población encuestada.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación siguió los lineamientos de la Declaración de Helsinki para investigación en humanos adoptada en la 64^a. Asamblea General de Fortaleza Brasil 2013, Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (104) (105). De acuerdo con la Resolución 8430, artículo 11, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo ya que la información se recolectó mediante datos secundarios de la ENSM autorizados el Ministerio de Salud, los cuales son anonimizados.

Para el acceso a los datos se gestionó autorización escrita del Ministerio de Salud, ente nacional que llevó a cabo la Encuesta nacional de Salud Mental y bajo el cual estuvo la responsabilidad de recolección de los datos. La información obtenida y la generada en la investigación se usaron estrictamente para el cumplimiento de los objetivos planteados y se obtuvo consentimiento informado a los participantes de la ENSM 2015. Las bases de datos que contenían la información de la ENMS 2015 (13), aportaban datos de hogares y personas los cuales se identificaron por un código con los que no se identificaron a los sujetos protegiendo su confidencialidad.

7. RESULTADOS

De los 15.351 sujetos encuestados que diligenciaron el instrumento completo se encontraron datos de 10.404 sujetos mayores de 18 años que tenían el dato de haber sufrido o no depresión mayor en los últimos 12 meses, los cuales fueron tenidos en cuenta para el análisis.

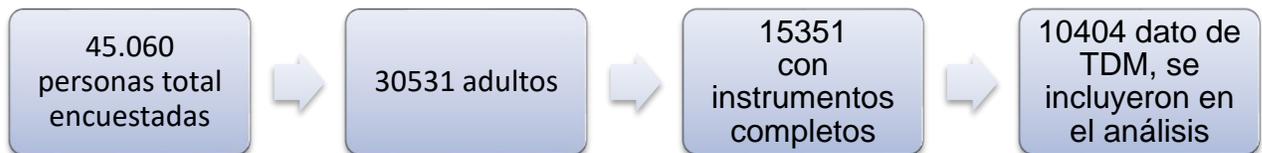


Figura 5. Diagrama de resultados

Dentro de las características sociodemográficas descritas en la tabla 4, respecto a la edad se encontró una media de 43.39 (DE desviación estándar 16.77), una mediana de 42; 59.4% fueron mujeres; 55.6% estaban casados o en unión libre; los dos niveles educativos más frecuentemente encontrados fueron el de secundaria 47.6% y primaria o no tener ningún estudio 36.6%; el 50.9% estaba empleado al momento de la encuesta.

La mayoría de los hogares (78.8%) se clasificaron como en no pobreza de acuerdo al IPMD, con una media de 0.1525. La mayoría de los hogares estaban ubicados en área urbana (76.6%) y hubo representación de todas las regiones del país siendo la que aportó más muestra la Oriental con un 24.1% y Bogotá con la menor representación 16.1%.

Tabla 4. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio

Características sociodemográficas n=10404 (100%)		
Edad (años)	Rango	18 – 96
	Media (DE)	43.39 (16.77)
	Mediana	42
	Rango intercuartílico	27
Sexo	Femenino	6185 (59.4)
	Masculino	4219 (40.6)
Estado civil	Casado, unión libre	5783 (55.6)
	Separado, viudo, divorciado	1861 (17.9)

Características sociodemográficas n=10404 (100%)		
	Soltero	2760 (26.5)
Nivel educativo	Ninguno, primaria	3809 (36.6)
	Secundaria	4957 (47.6)
	Técnico, tecnólogo	847 (8.1)
	Universitaria	691 (6.6)
	No dato	100 (1)
Empleo	Empleado	5292 (50.9)
	Desempleado	4605 (44.3)
	Jubilado	5292 (50.9)
	No dato	351 (3.4)
Condición de pobreza de los hogares de acuerdo al IPPM	Hogares en estado de pobreza	2201 (21.2)
	Hogares en no pobreza	8203 (78.8)
Zona del hogar	Rural	2434 (23.4)
	Urbano	7970 (76.6)
Región geográfica	Atlántica	2121 (20.4)
	Bogotá	1676 (16.1)
	Central	2137 (20.5)
	Oriental	2510 (24.1)
	Pacífica	1960 (18.8)
IPMD	Rango	0.0
	Media (DE)	0.16
	Mediana	0.15
	Rango intercuartílico	0.14

La pobreza categorizada según el IPMD para la población de estudio se evidencia en la Figura 6, en donde el 52% de los hogares fueron no vulnerables a pobreza multidimensional, 18% en estado de pobreza multidimensional, 18% en estado de vulnerabilidad a la pobreza y 12% fueron hogares en estado de pobreza multidimensional.

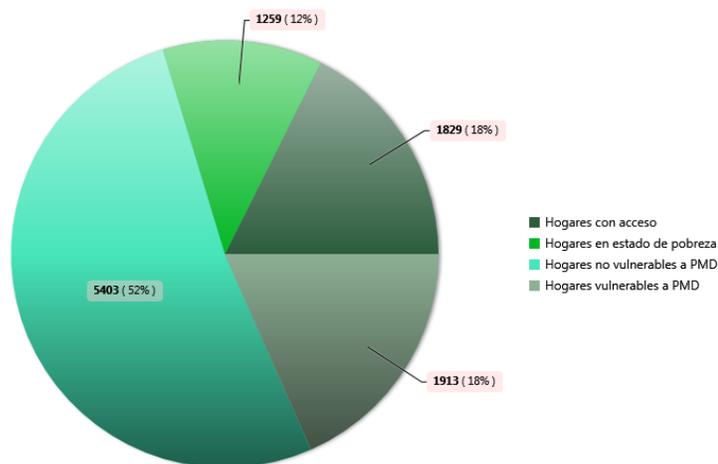


Figura 6. Pobreza categorizada según IPMD

De acuerdo con la ubicación del hogar, en zona urbana o rural, la pobreza categorizada según el IPMD para la población de estudio se distribuye como se muestra en las figuras 7 y 8, en las que se resalta que en zona urbana el 21% de los hogares son con acceso y el 8% en condición de pobreza y en zona rural, el 5% de los hogares se consideran con acceso y el 26% en condición de pobreza.

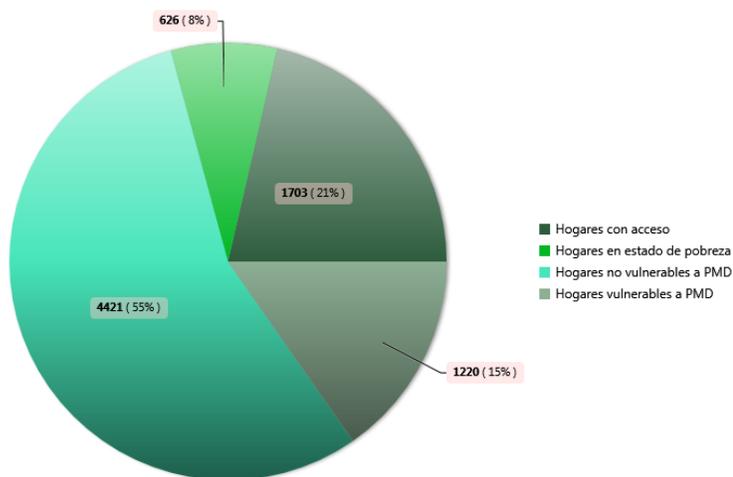


Figura 7. Hogares en zona urbana. Pobreza categorizada según IPMD.

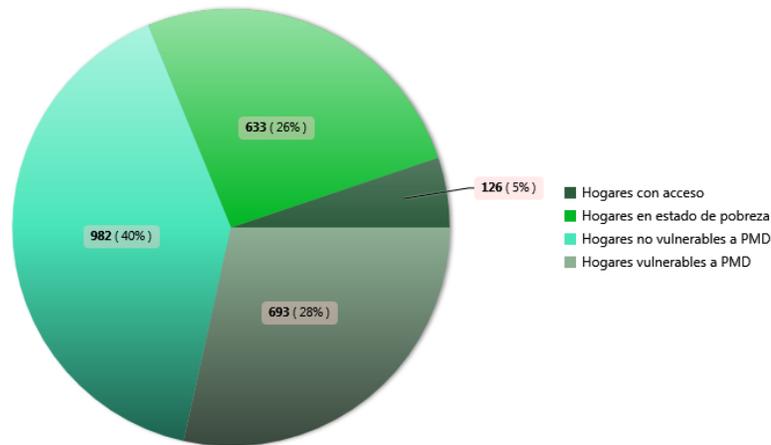


Figura 8. Hogares en zona rural. Pobreza categorizada según IPMD.

En la tabla 5 se resume el estado de pobreza categorizada de los hogares por cada región del país, evidenciando que la región Atlántica tiene más hogares en condición en estado de pobreza con un 24% respecto a la muestra total y Bogotá el menor porcentaje (7%).

Tabla 5. Pobreza categorizada según el IPMD por regiones

Estado de Pobreza	Atlántica n (%)	Bogotá n (%)	Central n (%)	Oriental n (%)	Pacífica n (%)
Hogares con acceso	237 (13)	450 (25)	443 (24)	377 (21)	322 (18)
Hogares no vulnerables a pobreza multidimensional	982 (18)	927 (17)	1115 (21)	1317 (24)	1062 (20)
Hogares vulnerables a pobreza multidimensional	474 (25)	213 (11)	370 (19)	515 (27)	341 (18)
Hogares en estado de pobreza	428 (34)	86 (7)	209 (17)	301 (24)	235 (19)

En la figura 9 se muestra la pobreza categorizada según IPMD por regiones y prevalencia de TDM en los últimos 12 meses. Respecto a la prevalencia de trastorno depresivo mayor se encontró que el 1.7% de las personas la habían padecido en los últimos 12 meses, encontrando que en la muestra estudiada las regiones con prevalencias más altas son Bogotá (2.7%) y Pacífica (2.4%), la menor prevalencia fue la encontrada en la región

Atlántica (0.7%). Se observa que en Bogotá solo el 5% de los sujetos pertenecían a hogares en estado de pobreza y en la región Atlántica el 20%, lo cual no muestra una tendencia a que el estado de pobreza pudiera guardar alguna relación con la presencia de TDM.

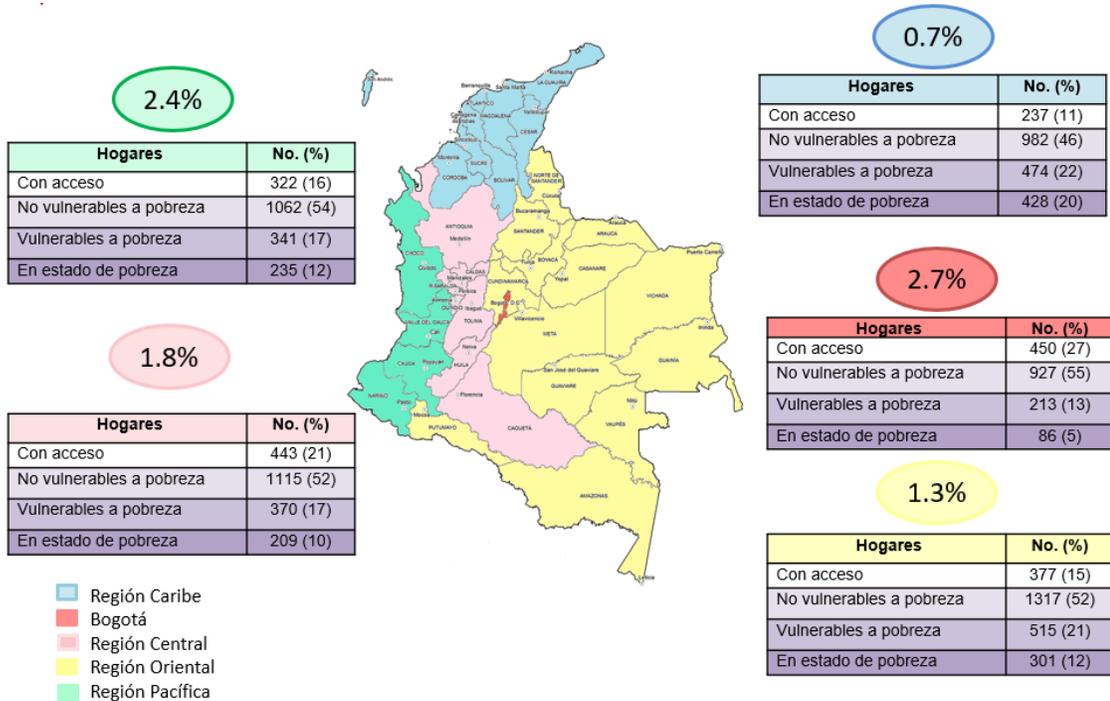


Figura 9. Pobreza categorizada según IPMD por regiones y prevalencia de TDM en los últimos 12 meses

Al realizar el análisis con la pobreza categorizada según el IPMD y al ajustar por edad y sexo, se encontró que el pertenecer a hogares vulnerables a pobreza multidimensional está asociado a la presencia de TDM con un OR de 2.41 (IC 1.17 - 5) y si se pertenecían a hogares en estado de pobreza se encontró asociación con un OR de 2.75 (IC 1.36 - 5.57) (tabla 6).

Tabla 6. Análisis bivariado para trastorno depresivo mayor en los últimos 12 meses y estado de pobreza

Variable	OR crudo	Valor p	IC 95%	OR ajustado**	Valor p	IC 95%
Pobreza por categorías según IPMD						
Hogares no vulnerables a pobreza multidimensional	1.63	0.091	0.92-2.86	1.62	0.092	0.92-2.86
Hogares vulnerables a pobreza multidimensional	2.36	0.020	1.2-4.9	2.41	0.018	1.17-5.00
Hogares en estado de pobreza	2.62	0.007	1.3-5.3	2.75	0.005	1.36-5.57

** por sexo y edad

Al realizar análisis bivariado con todas las variables incluidas para identificar el riesgo de tener depresión mayor en los últimos 12 meses se obtuvieron los OR con sus respectivos intervalos de confianza 95% mostrados en la Tabla 7 en donde se observa que el estado civil (soltero, separado, viudo, divorciado), sexo (mujer), la zona del hogar (urbano) y la región geográfica (Bogotá) presentaron más riesgo de tener TDM con OR: 2.00, 2.2, 1.80 y 1.78 respectivamente con significancia estadística, y que tener más de 60 años actúa como factor protector para TDM con OR de 0.60 también con significancia estadística.

Tabla 7. Análisis bivariado de las características sociodemográficas con TDM en los últimos 12 meses

Característica	OR	IC 95%	p*
Edad (>60 años)	0.608	0.385 – 0.961	0.032
Sexo (mujer)	2.236	1.578 – 3.167	0.000
Estado civil (soltero, separado, viudo, divorciado)	2.001	1.476 – 2.711	0.000
Nivel educativo (ninguno, primaria)	0.95	0.696 – 1.296	0.746
Empleo (desempleado)	1.336	0.988 – 1.807	0.059
IPMD			
Pobreza del hogar	0.944	0.653 – 1.365	0.759

Característica	OR	IC 95%	p*
Pobreza categorizada por IPMD (Hogares vulnerables a pobreza multidimensional, hogares en estado de pobreza)	1.104	0.805 – 1.514	0.504
Hogares vulnerables a pobreza multidimensional	0.898	0.605 – 1.334	0.594
Hogares en estado de pobreza	1.364	0.907 – 2.051	0.134
Ubicación en zona urbana	1.801	1.185 – 2.736	0.005
Región geográfica (Bogotá)	1.783	1.266 – 2.510	0.001

*Prueba de chi-cuadrado.

De acuerdo con los resultados expuestos anteriormente las variables de edad, sexo, estado civil, zona y región de ubicación del hogar muestran que ser mayor de 60 años, ser mujer, no tener pareja, vivir en zona urbana en un hogar en estado de pobreza, tiene mayor riesgo de presentar TDM. Sin embargo, con el FEX se encontró que los hogares vulnerables a pobreza, adicionalmente, mostraron una posible asociación por lo que se incluyeron también en el modelo de regresión logística con lo que se buscó tener una mejor explicación de la. Los resultados del modelo de regresión logística obtenido se muestran en la tabla 8, en el que se muestra que tienen un mayor riesgo de tener depresión los miembros de hogares en condición de pobreza (OR: 1,824 IC: 1,194-2,786), ser mujer (OR: 2,198 IC: 1,549-3,118), ser soltero, separado, viudo, o divorciado (OR: 1,986 IC: 1,46-2,7) y vivir en zona urbana (OR: 1,62 IC: 1,139-2,305).

Tabla 8. Coeficientes de los modelos de regresión logística para predicción del TDM (método (Wald))

Modelo	Coeficiente	Error Estándar	Wald χ^2	OR	p	IC 95% OR	
						Inferior	Superior
Constante	2,361	0,500	22,263	10,602	0,000		
Edad	-0,564	0,235	5,747	0,569	0,017	0,359	0,902
Sexo	0,788	0,178	19,487	2,198	0,000	1,549	3,118
Estado Civil	0,686	0,157	19,149	1,986	0,000	1,460	2,700
Zona hogar	0,500	0,225	4,957	1,649	0,026	1,062	2,561
Región	0,483	0,180	7,202	1,620	0,007	1,139	2,305
Hogares en pobreza	0,601	0,216	7,727	1,824	0,005	1,194	2,786

8. DISCUSIÓN

La pobreza, con sus diferentes formas de medición, ha sido considerada un factor que influye negativamente en el estado de salud de los individuos: mayores riesgo de ideación suicida (81), depresión en peores situación económica (82) (84), peor estado de salud mental con menos ingresos (83) (102); el vivir en una zona con desventajas socioeconómicas pudiera estar asociado con el estado de salud mental (85) (86); exposición a la pobreza en la infancia con un mayor riesgo de TDM en adultos mayores (88) y en adolescentes y depresión en adolescentes y adultos jóvenes (97); y en adultos en ambos sexos el factor socioeconómico asociado a mayor riesgo de TDM (95); depresión en la última etapa de la vida ante dificultades financieras (91) (94).

Adicionalmente, otras investigaciones han mostrado que los pacientes diagnosticados con trastornos mentales se concentran en áreas socioeconómicamente más desfavorecidas (86) (99) (103) y que en países en desarrollo los niveles de pobreza se asociaron con más síntomas depresivos (92). Por otra parte, varios estudios dan cuenta que las poblaciones de bajos ingresos que viven en áreas rurales y en mayor medida las mujeres, reportan más presencia de estados depresivos, lo que sugiere adicionalmente que es probable que existan también diferencias de género en la relación pobreza-depresión, sobre todo en condiciones únicas de la mujer como la gestación, además de la asociación con algunos indicadores de privación socioeconómica (90) (91) (98) (99) (100).

En el presente estudio y en concordancia con lo que ha reportado la literatura, se encontró, después de ajustar por sexo y edad, la existencia de una relación entre la condición de pobreza y la presencia de trastorno depresivo al medir la pobreza multidimensional por categorías. Esta relación se evidenció en mayor medida para el desorden depresivo mayor en los últimos 12 meses al pertenecer a hogares vulnerables a pobreza y en estado de pobreza, haciéndose más fuerte la asociación al ajustar por edad y sexo si se pertenecía a un hogar en estado de pobreza, esto es que los resultados obtenidos parecieran mostrar un riesgo de sufrir TDM si se pertenece a un hogar clasificado como en estado de pobreza según la medición multidimensional lo cual se refuerza en los resultados de la regresión logística. Adicionalmente, el ser mujer y no tener pareja muestra una posible asociación con el TDM concordante con lo que muestra la literatura.

Hay que tener en cuenta que no solamente el ingreso económico explicaría todos los aspectos de la pobreza que están asociados con resultados de salud mental negativos, sino que otros aspectos no monetarios de la pobreza tendrían un efecto independiente en la salud. Por lo que se ha sugerido que la pobreza debe ser medida en un nivel multidimensional como el utilizado en el presente estudio. El IMDP usado tiene en cuenta condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y

acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda, por lo que es un indicador confiable y que hace una aproximación certera de la condición de pobreza de un hogar y adicionalmente al ser medidas las dimensiones usadas para su cálculo en el mismo momento en el que se evaluaron los trastornos mentales, constituye una fortaleza a destacar del estudio.

No obstante es importante resaltar que en la mayoría de los estudios que se encontraron, la pobreza fue medida de diferentes maneras usando indicadores proxy de la misma como el acceso a servicios públicos, el nivel educativo, el empleo, el ingreso, el área del hogar, el nivel de violencia del vecindario, entre otras, lo que limita en gran medida la comparación con los hallazgos obtenidos, pese a que la tendencia encontrada es la misma.

Sumado a lo anterior, la ENSM utilizó diferentes instrumentos validados para indagar los trastornos mentales como la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI – CAPI cuya confiabilidad para aplicación en estudios poblacionales en Colombia ha sido probada y cuya sensibilidad y especificidad para evaluar trastornos mentales son adecuados. (64)

Enfatizando en los resultados obtenidos en el presente estudio y en lo reportado en la literatura, se puede anotar que hay una asociación entre la condición de pobreza y la presencia de trastornos mentales, específicamente con el TDM hallado aquí. Esto lo refuerzan estudios en los que se encontró que la pobreza familiar predice tasas más altas de ansiedad y depresión entre adolescentes y adultos jóvenes y que adicionalmente las experiencias repetidas de pobreza durante el curso temprano de la vida de un niño se asocian con niveles crecientes de mala salud mental en edades mayores. Aún más los niveles persistentes de pobreza y las transiciones hacia la pobreza están fuertemente asociados con los niveles y las transiciones en los problemas de salud mental infantil. (86)

En contraste a lo anterior hay que anotar que pese varios de los estudios reportados, evaluaron la asociación entre la exposición a la pobreza en la infancia y su relación con trastornos mentales en la adolescencia y la adultez, en este estudio se excluyeron los datos de menores de 12 años por lo que no fue posible hacer esta comparación. Adicionalmente, solamente un estudio de los referenciados realizó la medición de la pobreza de manera multidimensional y fue en población infantil por lo que tampoco se tuvo en cuenta para la discusión.

Por otro lado se reconocen varias limitaciones propias de la ENSM que aportó los datos para el estudio como el no diligenciamiento de todos los instrumentos por parte de todos los participantes, no inclusión de pacientes con TDM, errores en la tabulación o captura de los datos. Adicionalmente, se reconoce que se incurre en un error al usar el FEX

calculado ya que al tomar sólo los datos de adultos mayores el FEX pierde su aporte en el estudio.

Pese a las limitaciones descritas, se presenta una tendencia en la que al parecer existe un efecto de la pobreza sobre los trastornos mentales, y a pesar de que poco se sabe en definitiva sobre los elementos específicos de la pobreza que contribuyen a la depresión, la asociación entre el estado de pobreza con sus múltiples maneras de medición y los síntomas depresivos parece ser más clara, como lo muestra el presente estudio. Sin embargo, se recomienda realizar el análisis de los datos de la encuesta tomando en cuenta toda la población para evaluar el efecto que tenga la pobreza en el desenlace estudiado y adicionalmente evaluar otros trastornos mentales indagados en la ENSM y utilizar un análisis multinivel para evaluar con más fidelidad los factores asociados a los trastornos mentales y así poder dilucidar en qué medida influyen los factores individuales, familiares y sociales, incluyendo la pobreza.

Los hallazgos encontrados refuerzan los lineamientos de organizaciones como la OMS en cuanto a que los esfuerzos políticos, sociales y económicos en los tomadores de decisiones deben ir encaminados a buscar mejores resultados de salud teniendo en cuenta que la pobreza, como un indicador de la desigualdad social, incrementa peores estados de salud, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro (18).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, et al. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry* 2015; 76:155.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. Trastornos mentales. WHO. 2017 [Internet]. [Citado 2017 Nov 27]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
3. Daly EJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Health-related quality of life in depression: a STAR*D report. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22:43.
4. Rihmer Z, Gonda X. Prevention of depression-related suicides in primary care. *Psychiatr Hung* 2012; 27:72.
5. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord* 2002; 72:227.
6. Fryback DG, Dasbach EJ, Klein R, et al. The Beaver Dam Health Outcomes Study: initial catalog of health-state quality factors. *Med Decis Making* 1993; 13:89.
7. Unützer J, Patrick DL, Simon G, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA* 1997; 277:1618.
8. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:22.
9. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289:3135.
10. Benazon NR, Coyne JC. Living with a depressed spouse. *J Fam Psychol* 2000; 14:71.
11. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *Br J Psychiatry* 1987; 151:660.
12. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe 2009. p 343. [Internet]. [Citado 2017 Nov 27. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
13. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1 2015. 1-242 p [Internet]. Disponible en: <http://www.psicosocialart.es/saludmental/saludmental.htm>
14. Lee SY, Atteraya MS. Depression, Poverty, and Abuse Experience in Suicide Ideation Among Older Koreans. *Int J Aging Hum Dev*. 2018 Jan
15. Lund C, Cois A. Simultaneous social causation and social drift: Longitudinal analysis of depression and poverty in South Africa. *J Affect Disord*. 2018; 15; 229:396-402.
16. Bareis N, Mezuk B. The relationship between childhood poverty, military service, and later life depression among men: Evidence from the Health and Retirement Study. *J Affect Disord*. 2016; 206:1-7.
17. DANE. Pobreza multidimensional. [Internet]. [Citado 2017 Nov 30. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/cp_pobreza_multidimensional_17.pdf

18. Organización Mundial de la Salud. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013; 54. [Internet]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
19. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010; 22 (3):389–95.
20. Kleinman A. Culture and depression. *N Engl J Med* 2004; 351:951.
21. Kaiser, AS, Katz, R, Shaw, BF. Cultural issues in the management of depression. In: *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*, Kazarian, SS, Evans, DR (Eds), Oxford University Press, New York 1998. p.177.
22. Organización Mundial de la Salud. OMS. Trastornos mentales. WHO. 2017 [Internet]. [Citado 2017 Nov 27]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
23. Organización Mundial de la Salud. OMS. Suicidio. WHO. 2017 [Internet]. [Citado 2017 Nov 27]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
24. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90.
25. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009; 119:52.
26. Organización Mundial de la Salud. OMS. Depresión. WHO. 2017 [Internet]. [Citado 2018 Sep 01]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
27. American Psychiatric Association., et al. *DSM-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales*. 5a ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2014.
28. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7:167.
29. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329.
30. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374:609.
31. Organización Mundial de la Salud. OMS. Trastornos mentales. WHO. 2017 [Internet]. [Citado 2017 Nov 27]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
32. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 2006; 163:2141.
33. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:3.
34. Raguram R, Weis M, Keval H, Channabavanna S. Cultural dimensions of clinical depression in Bangalore, India. *Anthropology & Medicine* 2001; 8:31.

35. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617.
36. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593.
37. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276:293.
38. Organización Mundial de la Salud. OMS | Día Mundial de la Salud – 7 de abril de 2017. WHO [Internet]. [Citado 2017 Nov 27]; Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
39. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:785.
40. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1097.
41. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014; 171:426.
42. Blazer, DG. The epidemiology of depressive disorders in late life. In: Late-Life Depression, Roose, SP, Sackeim, HA (Eds), Oxford University Press, New York 2004. p.3.
43. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, et al. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med* 2010; 40:225.
44. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, et al. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:489.
45. Corporación para Estudios de la Salud, CES. Primer Estudio poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012. Vol. 1, The effects of brief mindfulness intervention on acute pain experience: An examination of individual difference. 2015. 1689-1699 p.
46. Torres de Galvis Y, Martínez agudelo A, Sierra Hincapie GM, Salas Zapata C. Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012. *Rev Ces Med* [Internet]. 2013;(1):257. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261132141005.pdf>
47. Cadena L, Díaz L, Rueda G, Hernández N, Campo A. Prevalencia actual del trastorno depresivo mayor en la población de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 28(1): 36-41, ene-abr. 2010.
48. Rosas E, Salazar L. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES med*; 24(1): 7-17, ene.-jun. 2010.
49. Alonso J, Castaño J, Cerón Y, Dávila L, et al. Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. *Arch. med*; 15(1): 9-24, jun. 2015.

50. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev Salud Publica (Bogota)*; 16(4): 587-599, jul.-ago. 2014
51. Cuero-Vidal O, Díaz-Marín, A. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. *Rev Colomb Obstet Ginecol*; 64(4): 371-378, oct.-dic. 2013.
52. Borda M, Anaya M, Pertuz M, Romero L, Suárez A, Suárez A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud UNINORTE*; 29(1): 64-73, Jan.-Apr. 2013.
53. Bonilla-Sepúlveda O. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*; 61(3): 207-213, jul.-sept. 2010.
54. Marin C, Londoño N, Juarez F, Giraldo F, Ramírez V. Prevalencia de trastornos mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. *Agora USB*; 10(1): 19-35, ene.-jun. 2010.
55. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006; 163:115.
56. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:113.
57. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1516.
58. Teo AR, Choi H, Valenstein M. Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PLoS One* 2013; 8:e62396.
59. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Bulloch AG. Reciprocal effects of social support in major depression epidemiology. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2010; 6:126.
60. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374:609.
61. Williams J, Nieuwsma J. Screening for depression in adults. 2018. UpToDate. Available from: https://www.uptodate-com.ez.urosario.edu.co/contents/screening-for-depression-in-adults?topicRef=1721&source=see_link
62. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286:1325.
63. Pyne JM, Rost KM, Zhang M, et al. Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *J Gen Intern Med* 2003; 18:432.
64. Montoya L, Restrepo D, Mejía-Montoya R, et al. Sensibilidad y especificidad entre la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta versión 3.0 (World Mental Health, CIDI) con la Evaluación Clínica Estandarizada versión I (SCID-I) en la Encuesta de Salud Mental de la ciudad de Medellín, 2012. *Rev Colomb Psiquiat* 2016; 45(1):22–27.
65. Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española. Madrid, España. [Internet]. [Citado 2018 Sep 2]; Disponible en <http://dle.rae.es/?id=TSXVHEa>

66. ONU. Objetivos de desarrollo sostenible. [Internet]. [Citado 2018 Sep 2]; Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>
67. Naciones Unidas. Los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Ginebra. 2004. Disponible en: <https://www.ohchr.org/documents/publications/povertyreductions.pdf>
68. World Bank. 2000. World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty. Washington, DC: World Bank.
69. Galindo, Mariana y Viridiana Ríos (2015) “Pobreza” en Serie de Estudios Económicos, Vol. 1, Agosto 2015. México DF: México ¿cómo vamos?.
70. Sen A. Sobre conceptos y medidas de pobreza. Comercio Exterior, vol. 42. núm 4. México. 1992.
71. Ferullo H. El concepto de pobreza en Amartya Sen. Revista Valores en la Sociedad Industrial. No 66. Agosto 2006
72. UNESCO. Poverty. 2015. [Internet]. [Citado 2018 Sep 2]; Disponible en: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/poverty/> UNDP. (30 de junio de 2015). Table 6: Multidimensional Poverty Index (MPI). Obtenido de United Nations Development Programme: <http://hdr.undp.org/en/content/table-6-multidimensional-poverty-index-mpi>
73. Haughton J, Khandker S. Handbook on poverty and inequality. The World Bank. Washington. 2009. [Internet]. [Citado 2018 Sep 2]; Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/488081468157174849/pdf/483380PUB0Pove101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf>
74. Barneche P, Bugallo A, Ferrea H, Ilarregui M, Monteverde C, Pérez V, Santa María T. Métodos de Medición de la Pobreza. Conceptos y aplicaciones en América Latina. Entrelíneas de la Política Económica. 2010. N° 26
75. Bazán O, Quintero M, Hernández A. Evolución del concepto de pobreza y el enfoque multidimensional para su estudio. Revista de Estudios Territoriales. 2011. [Internet]. [Citado 2018 Sep 2]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40118420013>
76. Bourgygnon F, Chakrabarti S. The measurement of multidimensional poverty. J Econ Inequality. 2003;1:24–49
77. Red de pobreza multidimensional. Pobreza Multidimensional. Multidimensional Poverty Peer Network. 2018 [Internet]. [Citado 2018 Junio 17]. Disponible en: <https://www.mppn.org/es/pobreza-multidimensional/que-es-el-ipm/>
78. Departamento Administrativo y Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2016. Boletín técnico. Bogotá; 2016. p 23.
79. Red de pobreza multidimensional. Pobreza Multidimensional. Multidimensional Poverty Peer Network. 2018 [Internet]. [Citado 2018 Junio 17]. Disponible en: <https://www.mppn.org/es/pobreza-multidimensional/que-es-el-ipm/>
80. Departamento Administrativo y Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2016. Boletín técnico. Bogotá; 2016. p 23.
81. Lee SY, Atteraya MS. Depression, Poverty, and Abuse Experience in Suicide Ideation Among Older Koreans. Int J Aging Hum Dev. 2018 Jan

82. Lund C, Cois A. Simultaneous social causation and social drift: Longitudinal analysis of depression and poverty in South Africa. *J Affect Disord.* 2018; 15; 229:396-402.
83. Chung RY, Chung GK, Gordon D, Wong SY, Chan D, Lau MK, Tang VM, Wong H. Deprivation is associated with worse physical and mental health beyond income poverty: a population-based household survey among Chinese adults. *Qual Life Res.* 2018 May 14.
84. Joshi S, Mooney SJ, Rundle AG, Quinn JW, Beard JR, Cerdá M. Pathways from neighborhood poverty to depression among older adults. *Health Place.* 2017; 43:138-143.
85. Li C, Yin X, Jiang S. Effects of multidimensional child poverty on children's mental health in Mainland China. *J Health Psychol.* 2017 Jul.
86. Fitzsimons E, Goodman A, Kelly E, Smith JP. Poverty dynamics and parental mental health: Determinants of childhood mental health in the UK. *Soc Sci Med.* 2017; 175:43-51.
87. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Health.* 2017; 2(3):e141-e148.
88. Bareis N, Mezuk B. The relationship between childhood poverty, military service, and later life depression among men: Evidence from the Health and Retirement Study. *J Affect Disord.* 2016; 206:1-7.
89. Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez FR, Trueba-Gómez R. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gac Med Mex.* 2016; 152(4):439-43.
90. Green EP, Blattman C, Jamison J, Annan J. Does poverty alleviation decrease depression symptoms in post-conflict settings? A cluster-randomized trial of microenterprise assistance in Northern Uganda. *Glob Ment Health (Camb).* 2016; 29; 3:e7.
91. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. *Int Psychogeriatr.* 2015; 27(12):2009-15.
92. Tampubolon G, Hanandita W. Poverty and mental health in Indonesia. *Soc Sci Med.* 2014; 106:20-7.
93. Hanandita W, Tampubolon G. Does poverty reduce mental health? An instrumental variable analysis. *Soc Sci Med.* 2014; 113:59-67.
94. Kim J, Richardson V, Park B, Park M. A multilevel perspective on gender differences in the relationship between poverty status and depression among older adults in the United States. *J Women Aging.* 2013; 25(3):207-26.
95. Kinyanda E, Woodburn P, Tugumisirize J, Kagugube J, Ndyabangi S, Patel V. Poverty, life events and the risk for depression in Uganda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; 46(1):35-44.
96. Nikulina V, Widom CS, Czaja S. The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *Am J Community Psychol.* 2011; 48(3-4):309-21.

97. 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(9):1719-23.
98. Simmons LA, Braun B, Charnigo R, Havens JR, Wright DW. Depression and poverty among rural women: a relationship of social causation or social selection? *J Rural Health*. 2008; 24(3):292-8.
99. Galea S, Ahern J, Nandi A, Tracy M, Beard J, Vlahov D. Urban neighborhood poverty and the incidence of depression in a population-based cohort study. *Ann Epidemiol*. 2007; 17(3):171-9.
100. Lovisi GM, López JR, Coutinho ES, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med*. 2005; 35(10):1485-92.
101. Spence SH, Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(4):457-69.
102. Beiser M, Hou F, Hyman I, Tousignant M. Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *Am J Public Health*. 2002; 92(2):220-7.
103. Yen IH, Kaplan GA. Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *Int J Epidemiol*. 1999; 28(1):90-4.
104. Helsinki D De. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Asoc Médica Mund*. 2008;1–8. [Internet]. Disponible en: http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/investigacion-farmaco-clinica/inv_clinica_faltante.doc
105. Ministerio de Salud República de Colombia. Resolución N° 008430. [Internet]. 1993; 1993:12. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/uosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de variables

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, reportado por la participante en el momento de la encuesta	Cuantitativa	Número de años	Razón - continua
Sexo	Manifestación fenotípica del genotipo XX o XY, expresada como femenino o masculino	Cualitativa	(1) Mujer (2) Hombre	Nominal – Dicotómica
Estado civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa	(1) Casado, unión libre, pareja (2) Separado, viudo, divorciado (3) Soltero	Nominal – no dicotómica
Nivel educativo	Ultimo nivel de estudio cursado, grado que alcanzo	Cualitativa	(1) Ninguno (2) Primaria (3) Secundaria (4) Técnica o Tecnología (5) Universitario	Ordinal
Trastorno depresivo mayor en los	Presencia de trastorno depresivo mayor en los	Cualitativa	(1) Si (2) No	Nominal – Dicotómica

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
últimos 12 meses	últimos 12 meses ¿Cómo se Dx? Por el registro de ENSM?			
Área de vivienda	Lugar en dónde se encuentra ubicada la vivienda	Cualitativa	(1) Urbana (2) Rural	Nominal – Dicotómica
Región de la vivienda	Región del país a la que pertenece el hogar	Cualitativa	(1) Central (2) Atlántica (3) Bogotá (4) Oriental (5) Pacífica	Nominal – no dicotómica
Índice multidimensional de pobreza	Medición que identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida.	Cuantitativa	Valor entre 0 y 1	Razón continua
Pobreza del hogar	Clasificación de un hogar respecto a la vulnerabilidad de estar en pobreza	Cualitativa	(1) Hogares con acceso. (2) Hogares no vulnerables a pobreza (3) Hogares vulnerables a pobreza (4) Hogares en estado de pobreza.	Nominal – no dicotómica

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
Estado de pobreza del hogar	Clasificación de un hogar respecto a su situación de pobreza	Cualitativa	(1) Hogares en no pobreza (2) Hogares en estado de pobreza.	Nominal – Dicotómica

Anexo 2. Formato para la solicitud de bases de datos de estudios y encuestas poblacionales

 				
FORMATO PARA LA SOLICITUD DE BASES DE DATOS DE ESTUDIOS Y ENCUESTAS POBACIONALES				
<p>Diligencie la siguiente ficha de solicitud de información para análisis secundario de investigación, los espacios de las casillas pueden ser modificados de acuerdo a la longitud del tema que requiera. Los campos con asterisco son de carácter obligatorio</p> <p>Una vez que se haya consignado toda la información solicitada, envíe el formulario al correo electrónico repositorio@minsalud.gov.co. Una vez revisada su solicitud se enviará a su correo electrónico la respuesta indicando como podrá acceder a la base.</p>				
Información	Despliegue los item según corresponda			
*Tipo de usuario	1. Persona natural			
*Primer nombre	Lorena			
*Segundo Nombre	María			
*Primer Apellido	Vargas			
*Segundo Apellido	Díaz			
*Tipo de documento de identidad	1. Cedula			
*Número de Documento	23582948			
*País	Colombia			
*Departamento	Santander			
*Ciudad de residencia	Floridablanca			
Dirección de residencia	Calle 5 # 13-86 B8 A202			
Número de telefono fijo	6497351			
*Número de telefono móvil	3152060035			
*Correo electrónico	lorenavar@gmail.com			
*Ocupación	Médico Líder de Calidad. Estudiante Maestría en Epidemiología.			
*Formación academica	4. Especialización			
*Graduado	1. Si			
Estudia actualmente	1. Si			
*Base de datos requerida	SALUD MENTAL 2015			
*Finalidad de la solicitud	2. Elaboración de tesis			
*Tipo de investigación a realizar	2. Ecológico			
*Titulo de la investigación	Asociación entre desigualdades sociales y el estado de salud mental en Colombia.			
*Objetivo general de la investigación	Identificar la asociación entre las desigualdades sociales y el estado de salud mental de los colombianos.			
Fecha de inicio				
Fecha de finalización				
Tipo de Investigador	1. Principal			
Aplica dimensión del plan decenal?	3. Convivencia social y salud mental			
*La publicación será:	1. Revista indexada			

Anexo 3. Respuesta de acceso a la base de datos de la ENSM 2015.

----- Mensaje reenviado -----

De: Lorena Maria Vargas-Díaz <lorenavar@gmail.com>

Fecha: 4 de septiembre de 2017, 21:57

Asunto: Solicitud acceso bases de datos

Para: repositorio@minsalud.gov.co

[El texto citado está oculto]

2 archivos adjuntos

 salud-mental-2003-base-de-datos 2.xlsx
149K

 salud-mental-2015-base-de-datos.xlsx
149K

Repositorio Digital <repositorio@minsalud.gov.co>
Para: "lorenavar@gmail.com" <lorenavar@gmail.com>

24 de octubre de 2017, 14:55

Buenos días,

Envío la dirección electrónica, para ingresar a la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM 2015. Adjunto encontrará un instructivo para acceder.

<http://externo.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/Base-de-datos-salud-mental-2015.zip>

Usuario ensm2015

Clave : ridensm*98@14

Recuerde que tiene 15 días para descargar la información suministrada, en caso de requerir información adicional o alguna otra base por favor diligenciar el formulario de solicitud.

Para futuras investigaciones o solicitudes de la documentación producida por el Ministerio, lo invitamos a consultar el Repositorio Institucional Digital (RID) <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx> y descargar la información que requiera.

Cordialmente,

Paula Melisa Palacios Torres

Contratista

Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información

Dirección de Epidemiología y Demografía

Carrera 13 # 32-76 Piso 17 | Teléfono: 3305000 Ext. 3763