

T  
883

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA  
ARCHIVO HISTÓRICO

107043



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

**DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE  
ACUERDO A LA ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA  
EN ADULTOS DE MÉXICO**

132  
134  
137  
16

**TESIS**

7 Que para obtener el grado de  
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

117 **PRESENTA**

16 Luis Ortiz Hernández

117

**Director:**

Guilherme Guimaraes Borges

2008

## RESUMEN

**Antecedentes.** Aunque la pobreza y la desigualdad socioeconómica han caracterizado históricamente a México, en las últimas décadas la situación se ha agravado. De manera paralela algunos indicadores de la salud mental de la población mexicana también han mostrado un deterioro, como es el caso del incremento en la tasa de suicidio y el consumo de alcohol y otras drogas.

En los países de altos ingresos ha existido una amplia producción científica sobre la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales, en los cuales, de manera general, se ha observado que los trastornos mentales son más frecuentes en los estratos bajos. Sin embargo, la revisión de la literatura producida en América Latina (Ortiz et al., 2007) permitió identificar algunas limitaciones metodológicas de los estudios realizados previamente: es frecuente el análisis de muestras reducidas y/o elegidas por conveniencia o representativas de áreas geográficas reducidas, ha sido común el uso de escalas psicométricas encaminadas a evaluar distrés psicológico o sintomatología indicativa de ciertos trastornos, existe poco entendimiento sobre los procesos que median la relación entre estratificación y salud mental y se han hecho pocas evaluaciones del papel del sexo como modificador de la relación entre posición socioeconómica y trastornos mentales.

**Marco teórico.** Se partió de las premisas de la epidemiología social, de acuerdo a la cual para comprender los problemas colectivos de salud se debe entender la inserción de los grupos sociales dentro de una sociedad. La ubicación de los grupos dentro de una sociedad determina las condiciones de existencia de los individuos que los conforman, es decir, definen una estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano, a su vez, las estructuras de riesgos y oportunidades se expresan en perfiles de morbilidad y mortalidad específicos.

Se puede comprender la importancia que tiene la noción de desigualdad social en la epidemiología social si se considera, como ya se dijo, que uno de sus ejes centrales es el estudio de las condiciones de vida y salud de grupos sociales (Krieger, 1994).

Las desigualdades o inequidades sociales en el campo de la salud han sido definidas como “disparidades de salud en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables, ni irremediables) y que gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales” (Krieger, 2002: 487). Una de las formas de desigualdad social es la originada por la estratificación socioeconómica.

La estratificación socioeconómica son las discrepancias que existen entre individuos y grupos que conforman una sociedad derivadas del acceso diferencial a la riqueza material y el poder que deriva de ésta. Entre las teorías que explican los orígenes de la estratificación socioeconómica destacan la perspectiva marxista de clases sociales y el abordaje funcionalista de estatus, nivel o posición socioeconómica. Estas perspectivas divergen en la explicación del origen y las funciones de las diferencias socioeconómicas.

**Hipótesis.** Las hipótesis que se plantearon para dirigir el análisis fueron:

1. Las personas ubicadas en estratos inferiores tienen mayor riesgo de presentar trastornos mentales en comparación con las personas con posición socioeconómica alta.
2. La asociación de la posición socioeconómica en la niñez con los trastornos mentales en la vida adulta es independiente a la relación de los últimos con la posición socioeconómica en la vida adulta.
3. En las mujeres, pero no en los hombres, se observará asociación de la posición socioeconómica con trastornos afectivos y por ansiedad. Por el contrario, en los varones, pero no en las mujeres, se observará relación de la posición socioeconómica con los trastornos por consumo de sustancias.
4. La inseguridad financiera, el estatus social subjetivo y el apoyo social son variables que pueden explicar la relación entre la posición socioeconómica y los trastornos mentales.

**Método.** Se analizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora et al., 2003), en la cual se entrevistó a una muestra representativa de personas de 18 a 65 años de zonas urbanas de México. El

trabajo de campo se realizó en dos fases, comenzando en septiembre del 2001 y concluyendo en mayo del 2002.

Las variables dependientes fueron los trastornos mentales en la vida y en los últimos 12 meses definidos de acuerdo al DSM-IV. Se formaron tres grupos de trastornos: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias. A partir de estos grupos de diagnósticos se formaron dos variables: algún trastorno y comorbilidad. También se evaluó la severidad de los trastornos en los últimos 12 meses.

Considerando el esquema conceptual (ver figura 1), para el análisis se distinguieron entre las variables independientes que son indicadores de la posición socioeconómica (escolaridad, ocupación, ingreso familiar y empleo), de las variables que median la relación entre ésta y los trastornos mentales (percepción de la posición en la jerarquía social, inseguridad financiera y apoyo social).

Para los indicadores de posición socioeconómica, se distinguieron aquellos que daban cuenta de la posición socioeconómica del sujeto en su niñez (ocupación y la escolaridad del tutor y de la tutora de los entrevistados), de aquellos que eran una aproximación a la posición socioeconómica en la vida adulta (situación laboral, escolaridad e ingreso familiar).

Para conocer la relación entre las variables se estimaron razones de momios con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

**Resultados.** De manera general, los hallazgos del análisis de la ENEP pueden ser resumidos como sigue:

- 1) La relación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales fue distinta si se trataba de la prevalencia en la vida o en los últimos 12 meses. Con la prevalencia en la vida en algunos casos la posición socioeconómica no se relacionó con los trastornos (e.g. trastornos afectivos y algún trastorno), o bien, la asociación desaparecía al ajustar entre indicadores socioeconómicos (e.g. trastornos de ansiedad y dos trastornos). Sólo la prevalencia en la vida de trastornos por sustancias se relacionó negativamente con la escolaridad de los entrevistados.
- 2) En el caso de la prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses, se verificó una clara relación con la posición socioeconómica en la vida adulta; lo

cual no ocurrió de manera consistente con la posición socioeconómica en la niñez. Los indicadores de la posición socioeconómica en la niñez no se relacionaron con los trastornos afectivos, de ansiedad, por sustancias y algún trastorno en los últimos 12 meses. Después de los indicadores de la posición socioeconómica en la niñez, únicamente la baja escolaridad de la tutora se relacionó mayor riesgo de presentar dos trastornos en el último año.

3) Los mejores indicadores de la posición socioeconómica –en términos del número de asociaciones observadas- fueron el ingreso familiar (que se asoció negativamente con la prevalencia en los últimos 12 meses de trastornos afectivos, de ansiedad, con presentar tres o más trastornos y de trastornos moderados) y la escolaridad del entrevistado (que se relacionó negativamente con la prevalencia en el último año de trastornos por sustancias, con presentar un trastorno y de trastornos severos).

4) En los modelos de regresión logística múltiple se observó que la inseguridad financiera explicó las relaciones del bajo ingreso con los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos moderados y las asociaciones de la baja escolaridad con los trastornos por sustancias y con el riesgo de presentar un trastorno. La relación del bajo ingreso con los trastornos de ansiedad y los trastornos moderados también fueron explicadas por el estatus social subjetivo. La asociación del bajo ingreso con presentar tres o más trastornos fue explicada por los tres mediadores (inseguridad financiera, estatus social subjetivo y apoyo social).

5) Con los datos de la ENEP no se encontraron patrones consistentes en el análisis estratificado por sexo de la asociación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales

**Conclusiones.** El análisis de la ENEP mostró que conforme se baja en la escala social existe mayor riesgo de presentar trastornos mentales en los últimos 12 meses. Estos hallazgos tienen relevancia ya que diversas fuentes muestran que en México los problemas relacionados con la salud mental deben ser motivo de atención por su frecuencia y la discapacidad a la que se asocian. Además, México –como otros países de América Latina – se caracteriza por la polarización socioeconómica.

En los adultos mexicanos de zonas urbanas no existió relación de la posición socioeconómica en la niñez con los trastornos mentales en la vida adulta. Aunque la

ausencia de asociación también ha sido observado en otras poblaciones, es necesario antes de descartar esta hipótesis realizar estudios de cohorte en los que se midan diferentes aspectos de la posición socioeconómica de la infancia (i.e. problemas materiales).

En los análisis de los procesos que pueden mediar la relación entre posición socioeconómica y salud se ha propuesto dos explicaciones que, en principio, no se excluyen: por un lado, los estratos bajos presentarían mayor riesgo de trastornos mentales debido a la privación material asociada con la pobreza; o bien, existe un gradiente en las desigualdades en salud que se presenta en todos los estratos socioeconómicos y que se debe a factores psicosociales derivados de la existencia de jerarquías sociales. En población adulta de México, la inseguridad financiera fue el principal mediador (por el número de asociaciones que modificó) de la asociación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales, por lo cual la explicación de la privación material tuvo mayor relevancia sobre la experiencia de las jerarquías. En próximas investigaciones se podrían estudiar muestras de mayor tamaño, lo que permitirá seguir explorando el papel modificador del sexo en la relación entre posición socioeconómica y trastornos mentales.

Estos hallazgos pueden ser retomados para la formulación de políticas y programas tendientes a reducir las inequidades socioeconómicas en salud.

**ABSTRACT****DISTRIBUTION OF MENTAL DISORDERS ACCORDING TO SOCIOECONOMIC STRATIFICATION IN ADULTS IN MEXICO**

**Background.** Although poverty and socioeconomic inequality have historically characterized Mexico, during the past several decades the situation has worsened. In parallel, certain mental health indicators of the Mexican population have also indicated deterioration, as is the case of the increase in the suicide rate and in the consumption of alcohol and other drugs.

In high-income countries, there has been great scientific production with respect to the relationship between socioeconomic stratification and mental disorders; in this work, it has been observed that mental disorders are more frequent in lower strata. However, a review of the literature produced in Latin America (Ortiz et al., 2007) has allowed identification of some of the following methodological limitations of previously conducted studies: analyses of reduced samples and/or samples chosen for the sake of convenience, or samples represented by reduced geographical areas are frequently encountered; psychometric scales are commonly used to evaluate psychological distress or symptomatology indicative of certain disorders; there is little understanding of the processes that measure the relationship between stratification and mental health, and few evaluations have been performed on the role of gender as a modifier of the relationship between socioeconomic position and mental disorders.

**Theoretical framework.** This framework was based on social epidemiological premises according to which the understanding of collective health problems should be achieved by contemplating the insertion of social groups into a society. The placement of groups within a society determines the existential conditions of the individuals making up that society, that is, these conditions define a structure of risks and opportunities that limit or promote the development of the potentialities inherent in humans; at the same time, the structures of risks and opportunities are expressed



in specific morbidity and mortality profiles. The importance of this notion of social inequality in social epidemiology can be understood if we consider, as has been stated, that one of the central axes of social epidemiology is the study of the life and health conditions of social groups (Krieger, 1994).

Social inequalities or inequities in the health field have been defined as "... health disparities in a country considered inappropriate, unfair, avoidable, and unnecessary (neither inevitable, nor irremediable) and that systematically burden populations rendered vulnerable by the underlying social structures and political, economic, and legal institutions." (Krieger, 2002: 487). One form of social inequality is that which arises from socioeconomic stratification.

Socioeconomic stratification comprises the discrepancies that exist among individuals and groups that make up a society and that are derived from differential access to the material wealth and power derived from the society. Prominent among theories proposed to explain the origins of socioeconomic stratification are those that presenting the Marxist perspective of social classes and the functionalistic approach of status, level, or socioeconomic position. These perspectives diverge in the explanation of the origin and functions of socioeconomic differences.

**Hypotheses.** The hypotheses set forth for conducting this analysis were the following:

1. Persons situated in lower socioeconomic strata have a greater risk of presenting mental disorders in comparison with persons with high socioeconomic status.
2. The association of socioeconomic position in childhood with mental disorders in adult life is independent of the relationship of the latter with socioeconomic position in adult life.
3. In females, but not in males, an association will be observed of socioeconomic position with affective disorders and due to anxiety. Contrariwise, in males but not in females, a relationship will be observed of socioeconomic position with substance intake-related disorders.
4. Financial insecurity, subjective social status, and social support are variables that can explain the relationship between socioeconomic position and mental disorders.

**Method.** We analyzed the data base of the National Survey of Psychiatric Epidemiology (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, ENEP) (Medina-Mora et al., 2003), and interviewed a representative sample of subjects aged between 18 and 65 years in urban zones of Mexico. Field work was carried out in two phases: that beginning in September 2001, and that concluding in May 2002.

Dependent variables included mental disorders, in life and in the last 12 months, defined according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). We made up three groups of disorders: affective; anxiety, and substance use disorders. From these diagnostic groups, we constructed two variables: a certain disorder, and comorbidity. We also evaluated disorder severity over the past 12 months.

Considering the conceptual schema (see Figure 1), we distinguished for the analysis between independent variables that socioeconomic-position indicators (schooling, occupation, family income, and employment) and variables measuring the relationship between this variable and mental disorders (perception of position in the social hierarchy, financial insecurity, and social support).

For socioeconomic indicators, these were distinguished taking into account the subject's childhood socioeconomic position (occupation and schooling of the interviewee's parent or guardian), and indicators comprising an approximation of socioeconomic position in adult life (employment situation, family income). To know the relationship among variables, we estimated odds ratios (ORs) with their respective 95% confidence intervals (95% CIs).

**Results.** In general, findings of the ENEP analysis can be resumed as follows:

- 1) The relationship of socioeconomic position with mental disorders was distinct if concerned with prevalence in life or in the last 12 months. With prevalence in life, in some cases socioeconomic position was not related with mental disorders (e.g., affective disorders and one disorder), or the association would even disappear on adjusting among socioeconomic indicators (e.g., anxiety disorders and two disorders).

Only prevalence in life of substance-related disorders was negatively associated with interviewee schooling.

2) In the case of the prevalence of mental disorders in the past 12 months, we verified a clear relationship with socioeconomic position in adult life, which did not occur consistently with childhood socioeconomic position. Socioeconomic-position indicators in childhood were not related with affective disorders, anxiety disorders, substance-associated disorders, and some disorder within the past 12 months. After socioeconomic-position indicators in childhood, solely low schooling level of the interviewee's parent or guardian was related with a greater risk of presenting two disorders within the past year.

3) The best indicators of socioeconomic position in terms of the associations observed comprised family income number (that is negatively associated with prevalence in the past 12 months of anxiety disorders, with the presentation of three or more disorders, and of moderate disorders) and interviewee schooling (that was negatively related with the prevalence in the past 12 months of substance-related disorders, with the presentation of one disorder, and with severe disorders).

4) In multiple regression models, we observed that 1) financial insecurity explained the relationships of low income with affective disorders, anxiety disorders and moderate disorders, and 2) the associations of low schooling level with substance-related disorders and the risk of presenting one disorder. The relationship of low income with anxiety disorders and moderate disorders was also explained by the subjective social status. The association of low income with the subject presenting three or more disorders was explained by the following three mediators: financial insecurity; subjective social status, and social support.

5) With the ENEP data, we found no consistent patterns in stratified analysis by gender of the association of socioeconomic position with mental disorders.

**Conclusions.** The ENEP analysis demonstrated that in terms of social scale, there is greater risk of presenting mental disorders in the past 12 months. These findings are relevant because diverse sources show that in Mexico, mental health-related problems related should be the focus of attention due to their frequency and the

disability with which they are associated. Additionally, Mexico—as are other Latin-American countries—is characterized by socioeconomic polarization.

In the adult Mexican living in urban zones, there is no relationship of childhood socioeconomic position with mental disorders in adult life. Although the absence of this association also has been observed in other populations, it is necessary—prior to discarding this hypothesis—to carry out cohort studies in which different aspects of socioeconomic position in childhood are measured (i.e., material problems).

In the analyses of processes that can measure the relationship between socioeconomic position and health, two explanations have been proposed that in principle are not mutually exclusive: on the one hand, that low socioeconomic strata would present a greater risk of mental disorders due to the material privation associated with poverty, or even that there is a gradient in the health inequalities present in all socioeconomic strata and that are due to psychosocial factors derived from the existence of social hierarchies. In adult population in Mexico, financial insecurity was the main mediator (due to the number of associations that it modified) of the associations of socioeconomic position with mental disorders; thus, material privation was of greatest relevance with regard to the experience of hierarchies.

In future investigations, study could be made of greater sample size, which would permit the continuation of exploring the modifier role of gender in the relationship between socioeconomic position and mental disorders. These findings can comprise the basis of the formulation of policies and programs that tend to reduce socioeconomic inequalities in health.

## ÍNDICE

<b>Página</b>	<b>Contenido</b>
1	I. El contexto: pobreza, desigualdad y salud mental en México
7	II. Revisión de la literatura
7	II.1. Revisiones de países de ingresos altos
12	II.2. Revisiones de investigaciones de América Latina
18	III. Planteamiento del problema y objetivos
23	IV. Marco teórico
23	IV.1. El abordaje de la epidemiología social
25	IV.1.1. La importancia de la noción de “desigualdad social en salud”
29	IV.2. Enfoques sobre estratificación socioeconómica
34	IV.3. Estratificación socioeconómica y trastornos mentales
35	IV.3.1. Condiciones socioeconómicas en la niñez
37	IV.3.2. Estrés psicosocial
40	IV.3.3. Apoyo social
42	IV.3.4. Inseguridad financiera
44	IV.3.5. La experiencia subjetiva de la jerarquía y subordinación
46	IV.3.6. Las condiciones de trabajo
49	IV.4. Diferencias entre sexos
51	V. Material y método
51	V.1. Población
53	V.2. Variables
53	V.2.1. Variables dependientes: trastornos mentales
54	V.2.2. Variables independientes: estratificación socioeconómica
57	V.2.3. Variables mediadoras
59	V.2.4. Otras variables

59	V.3. Análisis
62	VI. Resultados
62	VI.1. Características demográficas y socioeconómicas de la población
66	VI.2. Posición socioeconómica y trastornos mentales en la población total
76	VI.3. Interacción entre posición socioeconómica en la niñez y en la vida adulta
79	VI.4. Diferencias por sexo en la asociación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales
85	VI.5. Posición socioeconómica y trastornos mentales: el papel de los mediadores
99	VII. Discusión y conclusiones
99	VII.1. Posición socioeconómica y prevalencias en el último año y en la vida
102	VII.2. Posición socioeconómica en la niñez versus en la vida adulta
106	VII.3. Indicadores de posición socioeconómica
109	VII.4. Mediadores de la relación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales
113	VII.5 Diferencias entre sexos
115	VII.6. Limitaciones del estudio
118	VII.7. Conclusiones
122	VIII. Bibliografía

## I. EL CONTEXTO: POBREZA, DESIGUALDAD Y SALUD MENTAL EN MÉXICO

Un rasgo característico de la sociedad mexicana es que una proporción elevada de la población es y ha sido pobre, de tal forma que en el periodo de 1963 a 2000 (ver cuadro I.1) el porcentaje más bajo de pobres fue de 48.5% que correspondió al año de 1981. Pueden identificarse tres periodos en los cambios en la proporción de población pobre. De 1963 a 1981 se registró un importante descenso en el porcentaje de pobres, pasando de 77.5% a 48.5%; pero a partir de 1981 existe un crecimiento progresivo de este porcentaje llegando a 77.3% en 1996. En el periodo 1996 – 2000 comienza a existir un descenso de la frecuencia de pobres,<sup>1</sup> sin embargo, ésta aún dista del nivel alcanzado en 1981.

**Cuadro I.1. Evolución de la pobreza \* en México, 1963-2000**

Año	Pobreza
1963	77.5
1968	72.6
1977	58.0
1981	48.5
1984	58.5
1988	59.0
1989	64.0
1992	66.0
1994	69.0
1996	77.3
1998	73.6
2000	68.5

\* Se considera que existe pobreza cuando los ingresos son insuficientes para adquirir la Canasta Normativa de Satisfactores Esenciales que está compuesta por los rubros de alimentación, vivienda, higiene y gastos en salud, educación, cultura y recreación, transporte y comunicación, vestido, calzado y presentación personal. Fuentes: Boltvinik y Hernández Lagos, 1999; Boltvinik, 2003a.

<sup>1</sup> Boltvinik (2002a) ha cuestionado la confiabilidad de las Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) del 2000 y el 2002, y por tanto, pone en tela de juicio esta disminución de la pobreza ocurrida en los últimos años. Mientras que en el Censo de Población del 2000 se estimó un tamaño promedio de familia de 4.29 personas, en la ENIGH esta cifra se calculó en 4.16, y dado que en la estimación de la pobreza se considera el número de adultos (muy relacionado con el tamaño de los hogares) para ajustar el ingreso, es probable que con los datos de la ENIGH 2000 se subestime la pobreza.

Las zonas urbanas han sido las más afectadas por el incremento en la proporción de pobres. Boltvinik (2000) ha estimado, a partir de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano, que en las 38 ciudades de mayor tamaño en México la frecuencia de pobreza pasó de 52.2% en 1994 a 68.3% en 1999, mientras que las cifras para la pobreza extrema o indigencia fueron de 22.3% y 38.1%, respectivamente. El mismo autor (Boltvinik, 2002b), a partir del Censo de Población y Vivienda del 2000, calculó que del total de pobres el 72.61% se ubica en localidades urbanas (más de 2 500 habitantes) y 27.30% en localidades rurales.

El incremento de la pobreza ocurrido durante las décadas de los ochentas y noventas se debió en gran medida a las políticas económicas de ajuste y cambio estructural implementadas por los gobiernos mexicanos, las cuales han resultado en incremento del desempleo con el consecuente aumento del empleo informal, flexibilidad y precarización laboral, eliminación de subsidios generalizados al consumo y desmantelamiento del sistema público de salud (Laurell, 1999).

La evolución de la distribución de ingreso monetario por deciles de hogares en México durante el periodo 1977 a 2002 se presenta en el cuadro 1.2. Puede apreciarse que 1984 fue el año en el que existió la distribución menos desigual, pero incluso para ese año más del 50% del ingreso monetario se concentró en 20% de las familias, mientras que al 60% de la población con menos ingresos le correspondió el 26.6% del ingreso. Entre 1977 y 1984 existió un incremento en la proporción correspondiente a los ingresos de las familias pertenecientes a los ocho deciles de menor ingreso, mientras que las familias de los dos deciles de mayor ingreso disminuyeron su participación (-0.1 punto porcentual en el decil IX y -3.7 puntos porcentuales en el decil X). En otras palabras, durante este periodo existió una redistribución del ingreso hacia los hogares con ingresos más bajos.

Una tendencia contraria ocurrió entre 1984 y 1994 ya que la participación de los deciles I a VIII se redujo de 48.7% a 42.5%, mientras que los dos deciles restantes incrementaron su contribución de 51.3% a 57.5%. Entre 1994 y 1996 los ocho deciles inferiores de hogares vuelven a incrementar su participación, pero entre 1996 y 1998 de nuevo reducen su contribución (la excepción en este último patrón es el decil VII).



Entre 1998 y 2002 los tres deciles de hogares con menor ingreso incrementan su participación, lo mismo sucedió con el decil IX entre 1996 y 2002, pasando de 16.1% a 16.7%. Para el periodo 1998 - 2000 los deciles IV a VI no tienen cambios en su contribución, mientras que los deciles VII y VIII reducen su participación. Para el periodo 2000-2002 todos los deciles, con excepción del X, aumentan su participación.<sup>2</sup> En síntesis, aunque la concentración de la riqueza es una característica estructural de la sociedad mexicana, la implementación de las políticas de ajuste, durante las últimas décadas, ha venido a polarizar aún más las diferencias entre los grupos socioeconómicos.

**Cuadro I.2. Distribución del ingreso corriente monetario por deciles de hogares. México, 1977-2002 (%)**

Deciles	1977 <sup>1</sup>	1984 <sup>2</sup>	1989 <sup>2</sup>	1992 <sup>2</sup>	1994 <sup>2</sup>	1996 <sup>2</sup>	1998 <sup>2</sup>	2000 <sup>2</sup>	2002 <sup>2</sup>
I	1.1	1.2	1.1	1.0	1.0	1.2	0.9	1.1	1.2
II	2.2	2.7	2.5	2.3	2.3	2.6	2.2	2.4	2.5
III	3.2	3.9	3.5	3.4	3.3	3.6	3.2	3.3	3.6
IV	4.4	5.0	4.6	4.4	4.3	4.6	4.3	4.3	4.7
V	5.7	6.3	5.8	5.5	5.3	5.7	5.5	5.5	5.9
VI	7.1	7.7	7.2	6.8	6.7	7.0	6.9	6.9	7.3
VII	9.1	9.7	9.0	8.6	8.4	8.8	8.8	8.6	9.1
VIII	12.0	12.4	11.4	11.2	11.2	11.4	11.6	11.3	11.8
IX	17.1	17.0	15.9	16.1	16.3	16.1	16.4	16.5	16.7
X	38.0	34.3	39.0	40.8	41.2	39.1	40.2	40.0	37.1

Fuentes: <sup>1</sup> Vargas (1995). <sup>2</sup> Estimados a partir de los tabulados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de cada año.

Respecto a la situación de la salud mental en México, existen pocos estudios sobre trastornos mentales que se hayan basado en herramientas diagnósticas confiables

<sup>2</sup> Boltvinik (2003b, 2003c) explica que la reducción de la participación del decil de hogares con mayor ingreso y el aumento de la contribución de los ocho deciles de menor ingreso observados entre 2000 y 2002 no es real, sino que son producto, sobretudo, de diferencias metodológicas entre las ENIGH de esos años. En primer término, en la última encuesta existió una reducción substancial de la subestimación de los salarios (los cuales son la principal fuente de ingresos en los deciles de menor ingreso); por el contrario, se ha incrementado la subestimación de la renta de la propiedad (la cual es de mayor relevancia en los deciles de mayor ingreso). Estas discrepancias en las estimaciones de las diferentes fuentes de ingreso pudieron explicar la aparente reducción de las disparidades entre deciles (Boltvinik, 2003b). Otros aspectos metodológicos que pudieron producir esta reducción de las diferencias son: a) la sobrestimación de la contribución de programas sociales que sobretudo benefician a los individuos de menor ingreso, b) la subestimación del tamaño de las familias que produce una sobrestimación del ingreso per cápita y c) no se incluyeron en la muestra a las personas que realmente son ricas (Boltvinik, 2003c).

(e.g. entrevistas psiquiátricas) y que sean representativos de poblaciones bien definidas. También son escasas las investigaciones que permitan analizar la evolución de la prevalencia de trastornos mentales a lo largo del tiempo y las que han abordado esa cuestión se han basado en cuestionarios o escalas psicométricas. Una de las fuentes a las que se puede recurrir para estudiar los cambios en la prevalencia de trastornos mentales son las estadísticas oficiales, sin embargo, éstas con frecuencia adolecen de sub-registro o no son comparables debido a cambios en los criterios diagnósticos o en las áreas geográficas cubiertas. Una vez establecidas las limitaciones de la información disponible, se pueden describir algunas tendencias relevantes.

Tanto estadísticas oficiales como encuestas transversales repetidas en más de dos ocasiones muestran que en las últimas décadas se ha incrementado la prevalencia de distintos trastornos mentales en México. En adolescentes que acuden a instituciones de enseñanza media y media superior del Distrito Federal el porcentaje de usuarios de marihuana en 1976 fue de 1.9% y el de usuarios de cocaína fue de 0.5%, para 1997 los porcentajes se incrementaron a 4.99% y 4.07%, respectivamente; en este último año, el 54% de los estudiantes habían consumido alcohol alguna vez en su vida y el 30% lo habían consumido en el último mes (Villatoro et al., 1999). En la misma población estudiantil se estimó una prevalencia de intento de suicidio de 8.3% en 1997 y de 9.5% en el 2000, observándose también que la forma de suicidio (único versus recurrente) que se incrementó más fue el recurrente ya que del total de casos de intentos de suicidio ocurridos en varones en el primer año el 18.8% fue de este tipo y en mujeres fue de 23.6%, para el 2000 los intentos de suicidio recurrentes contribuyeron con 29.0% y 25.9% de los casos (González-Forteza et al., 2002).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 (Medina-Mora et al., 2002), el 77% de los varones adultos (18 a 65 años) en el año 1998 consumían alcohol, porcentaje que pasó a 72% en el 2002; en el caso de las mujeres las prevalencias fueron 45% y 43%, respectivamente. En ese periodo la frecuencia de abuso y dependencia al alcohol en varones adultos pasó de 9.6% a 9.3%; en las mujeres las cifras fueron de 1.0% a 0.7%, respectivamente. En ese lapso, la

proporción de varones adolescentes (12 a 17 años) que consumían alcohol se incrementó de 27% a 35%, en las mujeres la cifra ascendió de 18% a 25%. La tasa de abuso y dependencia al alcohol en los varones adolescentes pasó de 0.6% a 2.7%, en las mujeres se incrementó de 0.2% a 0.8%.

Borges et al. (1996), a partir de estadísticas oficiales y de estudios previos, identificaron diferentes periodos en la evolución de la tasa de mortalidad por suicidios: entre 1954 y 1963 (checar años) existió un decremento (de 3.2 casos por 100 000 habitantes a 2.1), de 1960 a 1969 se incrementó en 30.5%, y finalmente en el lapso de 1970 a 1994 la mortalidad por esta causa pasó de 0.11 a 2.89 casos por 100 000 habitantes, representado un aumento de 156%. En 1994 las tasa de suicidio en varones fue de 4.90 y en mujeres de 0.87 (Borges et al., 1996), mientras que en el 2002 ascendieron a 6.18 y 1.33, respectivamente (SSA, 2003).

Caraveo-Anduaga et al. (1999) realizaron una de las primeras investigaciones sobre prevalencia de trastornos mentales aplicando un instrumento amplio y comprensivo para identificar trastornos psiquiátricos (Entrevista Psiquiátrica Internacional Compuesta, CIDI 1.1) a una muestra probabilística de hogares de la Ciudad de México. Los autores reportaron que el 35% de los varones y 23.9% de las mujeres de 18 a 65 años habían presentado algún trastorno mental a lo largo de la vida y los trastornos más frecuentes que se identificaron fueron: abuso de alcohol (8.4%), estado depresivo (7.9%), dependencia al alcohol (5.1%), distimia (4.4%) y ansiedad generalizada (3.4%).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, Medina-Mora et al., 2003) permiten tener un panorama de la prevalencia de trastornos mentales a nivel nacional. La prevalencia de trastornos de ansiedad identificada fue de 14.3%, la de trastornos de sustancias de 9.2% y la de trastornos afectivos de 9.1%. Los trastornos específicos más frecuentes fueron: fobia específica (7.1%), trastorno disocial (6.1%), dependencia al alcohol (5.9%), fobia social (4.7%) y episodio depresivo mayor (3.3%).

En el estudio de la Ciudad de México se encontró que en comparación con los varones, las mujeres presentaron prevalencias más elevadas de depresión mayor (5.5% y 10.0%, respectivamente), distimia (0.9% y 1.8%), fobia simple (2.3% y 3.4%),

fobia social (1.6% y 2.9%) y agorafobia (2.9% y 5.1%) (Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2002); a su vez, los varones presentaron prevalencias ocho veces más elevadas de dependencia al alcohol y once veces más altas de abuso de alcohol (Caraveo-Anduaga et al., 1999). De igual modo, en la ENEP (Medina-Mora et al., 2003) se observó que con relación a las mujeres, entre los hombres fue más alta la prevalencia de trastornos por uso y abuso de sustancias (17.6% versus 2.0%), pero más bajas las de trastornos afectivos (6.7% y 11.2%) y los de ansiedad (9.5% y 18.5%).

Los datos presentados en este capítulo muestran que aunque la pobreza y la desigualdad socioeconómica han caracterizado históricamente a México, en las últimas décadas la situación se ha agravado. De manera paralela algunos indicadores de la salud mental de la población mexicana también han mostrado un deterioro, como es el caso del incremento en la tasa de suicidio y el consumo de alcohol y otras drogas. Si bien, con los datos presentados no se puede atribuir el comportamiento de los indicadores de salud mental a los cambios en la polarización social y el bienestar de la población; los datos indican que es relevante el estudio de la relación entre estratificación socioeconómica con los trastornos mentales en la población mexicana toda vez que los primeros cada vez cobran mayor importancia en términos de su contribución a la carga de morbilidad y mortalidad (Üstün et al., 2004). Hay que agregar, además, que ambos fenómenos (salud mental y desigualdad social) tienen un impacto negativo en la vida cotidiana de las personas.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

En los países de altos ingresos ha existido una amplia producción científica sobre la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales, lo cual se refleja en la existencia de varias revisiones del tema (Bastide, 1979; Dohrenwend y Dohrenwend, 1982; Dohrenwend, 1990; Dohrenwend y Schwartz, 1995; Fryers et al., 2003; Galea et al., 2004; Muntaner et al., 2004); los principales hallazgos de esas revisiones son presentadas en la primera parte de este capítulo. Posteriormente se presenta un panorama de la producción científica en América Latina.

### II.1. REVISIONES DE PAÍSES DE INGRESOS ALTOS

Dohrenwend y Dohrenwend (1982) han identificado tres etapas de los estudios realizados dentro del campo de la epidemiología psiquiátrica. La primera generación comprende a los estudios realizados entre la segunda mitad del siglo XIX y antes del inicio de la segunda guerra mundial, los cuales se caracterizaron por utilizar informantes claves (e.g. médicos) y registros institucionales para identificar los casos de enfermedad psiquiátrica en las comunidades. La segunda generación de estudios de epidemiología psiquiátrica se inicia en el periodo posterior a la segunda guerra mundial, en esta etapa se identificaban los casos mediante entrevistas directas con los residentes de las comunidades realizadas por clínicos o entrevistadores entrenados y los diagnósticos eran derivados por el juicio de los clínicos o mediante escalas de tamizaje; sin embargo, no existían procedimientos estandarizados para las entrevistas y la definición de los diagnósticos.<sup>3</sup> Estas diferencias en las estrategias para identificar a los casos se expresaron en divergencias en las estimaciones de las prevalencias ya que en la primera etapa de la epidemiología psiquiátrica eran de aproximadamente 3% y en la segunda fueron de alrededor de

---

<sup>3</sup> Con esas escalas se identificaban constructos como: salud mental, enfermedad mental, trastornos psiquiátricos, ajuste emocional, síntomas de estrés o de psicopatología. Las limitaciones de esas escalas es que incluían síntomas de diferentes trastornos, algunas no se limitaban a síntomas de trastornos mentales y otras no abarcaban todos los síntomas de distrés psicológico (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982: 1272).

20%. En diversos estudios de estas dos primeras generaciones se reportó de forma consistente una relación negativa entre estatus socioeconómico y trastornos mentales incluyendo esquizofrenia, depresión mayor, personalidad antisocial, trastorno por abuso de sustancias y distrés psicológico inespecífico (Dohrenwend y Dohrenwend; 1982; Dohrenwend, 1990).

La tercera generación de estudios de epidemiología psiquiátrica se inició con la publicación de la tercera versión del *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-III) en 1980 ya que se considera que éste es un conjunto de criterios detallados y explícitos que permitieron mayor precisión en los diagnósticos psiquiátricos, aunado a ello se desarrollaron métodos para mejorar la validez y confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos (e.g. procedimientos en etapas en los que primero se aplican escalas de tamizaje y posteriormente se confirman los diagnósticos con entrevistas psiquiátricas estandarizadas) (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982). En los estudios correspondientes a esta generación (Dohrenwend, 1990) también se encontró una relación inversa entre estatus socioeconómico y trastornos mentales en un estudio con varones de zonas urbanas de Holanda; en varones, pero no en mujeres, en dos estudios realizados en Inglaterra y España, y en hombres y mujeres de Israel y Estados Unidos de Norteamérica (en el último país se trata del estudio *Epidemiological Catchment Area*); aunque en un estudio llevado a cabo en Australia no se observó tal asociación. Dohrenwend (1990) subrayó el hecho de que se mantuviera la relación entre trastornos mentales y estatus socioeconómico después del progreso en la medición de los padecimientos.

En una revisión de los estudios sobre nivel socioeconómico y trastornos mentales realizados en la primera mitad de la década de los noventa, Dohrenwend y Schwartz (1995) presentan los resultados de la *National Comorbidity Survey* (NCS), en la cual se aplicó un entrevista clínica estructurada a una muestra representativa de la población de los Estados Unidos de Norteamérica utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R. En la NCS se observó que en los sujetos de estrato socioeconómico bajo -medido a través de la escolaridad y/o el ingreso- fueron más altas las prevalencias de psicosis funcional no afectiva, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad antisocial (Kessler et al., 1994;

Blazer et al., 1994) y abuso y dependencia al alcohol y otras drogas (Kessler et al., 1994). Por el contrario, el uso de inhalantes, medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica (sedantes, tranquilizantes, estimulantes y analgésicos) y drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína y alucinógenos) se asoció positivamente con la escolaridad; sin embargo, entre los usuarios de drogas la dependencia se relacionó negativamente con dicho indicador del nivel socioeconómico (Warner et al., 1995).

En esta generación de estudios se evidenció que la asociación difiere de acuerdo al indicador del nivel socioeconómico que se utilice y del tipo de trastorno mental que se analiza: por un lado, la escolaridad -pero no el ingreso- se relacionó negativamente con la prevalencia de ataques de pánico, trastorno de pánico y pánico con agorafobia; por otro lado, los trastornos de la personalidad antisocial se relacionaron con la escolaridad y el ingreso (Dohrenwend y Schwartz, 1995).

Otro hallazgo de la NCS es que la comorbilidad (co-existencia de dos o más trastornos mentales) también está relacionada de forma negativa con el estrato socioeconómico (Dohrenwend y Schwartz, 1995). Incluso, considerando tanto las prevalencias en el último año como las de toda la vida, las asociaciones del nivel socioeconómico con la comorbilidad (dos o más trastornos) son más fuertes que con padecimientos específicos (algún trastorno afectivo o de ansiedad) (Kessler et al., 1994). Además, mientras que la depresión en general se relaciona de forma negativa con la escolaridad, la depresión sin otro trastorno no se relaciona con dicho indicador del nivel socioeconómico, pero la depresión con comorbilidad sí (Blazer et al., 1994).

Fryers et al. (2003) revisaron los estudios realizados en países desarrollados desde la década de los ochenta en los que se haya evaluado la relación entre indicadores de posición social (que incluye escolaridad, ingreso, condiciones materiales de vida, empleo y clase ocupacional) y trastornos mentales comunes (definidos como trastornos neuróticos, sobretudo ansiedad y depresión); sólo se incluyeron aquellas investigaciones en las que el tamaño de muestra fue de por lo menos 3,000 sujetos y que se hayan ocupado instrumentos diagnósticos estandarizados y validados (eg. *General Health Questionnaire*, GHQ; *Revised Clinical Interview Schedule*, CIS-R; *Diagnostic Interview Schedule*, DIS; *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI). Los autores identificaron nueve estudios que cumplieran con los criterios,

cuatro de ellos de Inglaterra, dos de Estados Unidos de Norteamérica (la NCS y el ECA) y los tres restantes de Australia, Canadá y Holanda. En ocho de los nueve estudios existió asociación negativa entre los indicadores de posición social y la prevalencia de trastornos mentales. Al comparar los diferentes indicadores de posición socioeconómica, se observó que la clase social ocupacional fue el que se asoció en menos estudios (en tres de seis estudios en el que se midió no se observó asociación), mientras que los indicadores que mejor se relacionaron con los trastornos mentales fueron la escolaridad (en cuatro de cinco estudios existió asociación), el desempleo (en seis de siete estudios existió relación) y el ingreso (en seis investigaciones se observó gradiente).

En una revisión reciente (Galea et al., 2004) de estudios publicados en inglés desde 1970 sobre la epidemiología social <sup>4</sup> del uso de sustancias se distinguieron las diferentes etapas (iniciación, uso y abuso, cesar el consumo, abstinencia y recaída) del consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilegales (marihuana, cocaína y heroína). En la revisión se reportó que el pertenecer al nivel socioeconómico bajo estaba asociado a un mayor riesgo de haber recibido ofrecimientos para el consumo de cocaína y alcohol (1),<sup>5</sup> uso más temprano de drogas inyectadas (e.g. heroína) (2), consumo de cigarrillos (12) y uso de heroína y cocaína (1); por el contrario, se relacionada con menor probabilidad de buscar ayuda para dejar de consumir drogas (1), dejar de consumir tabaco (2) y marihuana (1) en la vida adulta. Al tiempo que ser de estrato socioeconómico bajo ha resultado ser un elemento protector del uso de marihuana (1). Aunque existen estudios que han mostrado que el abuso y la dependencia al alcohol son más frecuentes entre los grupos socioeconómico bajos (4), en otros se ha observado lo contrario (1). También han existido resultados contradictorios con relación al inicio (2) y abandono (1) del tabaquismo en la adolescencia.

---

<sup>4</sup> En este artículo se evaluaron los siguientes aspectos: clase social, status socioeconómico, redes sociales, apoyo social, influencia de los pares, características del lugar de residencia y características y dinámica de la familia. Por los objetivos de la tesis, sólo se recuperan los resultados relacionados con indicadores de estratificación socioeconómica.

<sup>5</sup> En este párrafo los números en paréntesis hacen referencia al número de estudios que se incluyeron en la revisión citada.



Muntaner et al. (2004) analizaron los estudios publicados entre 1999 y 2003 que abordaron la relación de la clase social o el estatus socioeconómico (ambos conceptos son abarcados con el término "posición socioeconómica") con los trastornos psiquiátricos. A diferencia de las revisiones previas, en esta se comienzan a citar con más frecuencia estudios de cohorte. En tres estudios que evaluaron se encontró una relación negativa entre el riesgo de esquizofrenia y posición socioeconómica. En cuatro estudios longitudinales realizados en Inglaterra, Estados Unidos de Norteamérica y Nueva Zelanda existió una relación negativa entre posición socioeconómica en la vida adulta y el riesgo de depresión en la misma etapa, además de que se citan cuatro estudios en los que se reportó que las condiciones socioeconómicas en la infancia incrementan la probabilidad de presentar depresión en la vida adulta. Otro tema recientemente explorado es el efecto de los niveles de pobreza o inequidad en la distribución del ingreso del área geográfica de residencia y el riesgo de presentar trastornos mentales, al respecto de doce estudios evaluados, en nueve sí se observó relación.

Desde la primera generación de estudios en epidemiología psiquiátrica surgió el debate respecto a si la relación inversa entre nivel socioeconómico y trastornos mentales era explicada por la hipótesis de la causalidad social o por la de selección social (Bastide, 1979; Dohrenwend y Dohrenwend, 1982:1274; Dohrenwend, 1990:41; Dohrenwend y Schwartz, 1995; Muntaner et al., 2004). En la hipótesis de causalidad social se establece que la mayor prevalencia de trastornos mentales en los sujetos de estratos bajos se debe a que ellos se enfrentan a más eventos estresantes y cuentan con menos recursos para afrontarlos; mientras que en la hipótesis de selección social se propone que los trastornos mentales impiden que los sujetos que los padecen se integren de forma exitosa al mercado laboral por lo cual tienden a concentrarse en los estratos bajos. En un estudio que fue diseñado para evaluar ambas hipótesis se observó que la selección social aplicaba en el caso de la esquizofrenia, mientras que la hipótesis de la causalidad social explica la relación de la estratificación socioeconómica con la depresión en las mujeres y con la personalidad antisocial y los trastornos por abuso de sustancias en los hombres (Dohrenwend et al., 1992). En otras investigaciones también se ha mostrado que la

hipótesis de la causalidad social explicaban las diferencias socioeconómicas en las tasas de depresión (Link et al., 1993; Murphy et al., 1991). En un estudio de cohorte, Miech et al., (1999) contrastaron ambas hipótesis siguiendo a una muestra de adolescentes (15 años) hasta la adultez temprana (21 años) y observaron que la explicación de la selección social aplicaba en los trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención; en el caso de la ansiedad existió mayor apoyo a la hipótesis de la causalidad social, y en el caso de la depresión no se observó apoyo a ninguna de las dos explicaciones. Varios autores también han opinado o llegado a la conclusión de que, con excepción de la esquizofrenia, existe más apoyo empírico a la hipótesis de la causalidad social que a la de selección social (Aneshensel, et al., 1991: 166; Aneshensel, 1992: 18; Turner et al., 1995: 105).

## **II.2. REVISIONES DE INVESTIGACIONES DE AMÉRICA LATINA**

Respecto a la producción científica en América Latina, Almeida (1987) propuso que en esta región uno de los debates centrales es determinar si los problemas de salud mental son debidos al estrés generado por los rápidos cambios culturales asociados con la migración del campo a las ciudades (aculturación), ésta última generada por el proceso de modernización (hipótesis sociocultural), o bien, son resultado del desempleo que es una forma de exclusión de los procesos productivos modernos, siendo la exclusión (la existencia de un ejército industrial de reserva) una característica estructural del sistema económico capitalista periférico. Para abordar este debate, el autor identificó tres aproximaciones en el estudio de los determinantes sociales de los trastornos mentales en América Latina: 1) Los estudios "pre-epidemiológicos" que abarcan reportes de casos clínicos de personas referidas a servicios de psiquiatría en Perú y que compartían la característica de haber migrado de zonas rurales a ciudades y que habían experimentado dificultades para ajustarse a su nueva situación. En este grupo también se incluyen estudios con pequeñas muestras ( $n < 270$ ) de sujetos residentes de áreas marginadas en Venezuela y Chile o de admisiones hospitalarias en Brasil en los que diferentes indicadores de migración y de situación socioeconómica (e.g. ingreso o desempleo) se relacionaron con mayor distrés psicológico. Entre las limitaciones de estas

investigaciones se encuentra que se describen de forma deficiente los métodos de muestreo y de medición de las variables y que las muestras son pequeñas y elegidas por conveniencia. 2) Las encuestas comunitarias realizadas entre 1950 y 1970 se caracterizan por la aplicación de escalas psicométricas sin validación en muestras representativas de pequeñas áreas geográficas o comunidades. En un estudio realizado en un barrio de Lima, Perú, se observó, mediante la aplicación del Índice Médico Cornell, que los migrantes presentaban más sintomatología de epilepsia, reacciones depresivas y psicósomáticas. En otro estudio, también realizado en Perú, se reportó que los migrantes tenían niveles más altos de ansiedad, depresión y estrés; aunque también se observó que independientemente de la migración, los sujetos de estrato socioeconómico bajo presentaban mayores niveles de estrés psicológico. En un proyecto (*Harvard Project on the Social and Cultural Aspects of Development*) realizado en seis países (entre los que se incluían Argentina y Chile) se observó que los campesinos que residían en zonas rurales y ex-campesinos que migraron a ciudades no diferían en sus puntuaciones de síntomas psicósomáticos; además, los obreros que eran originarios de zonas rurales tampoco diferían de los que eran originarios de zonas urbanas. Una diferencia que sí se encontró fue entre los trabajadores no-industriales y los campesinos, pues en los seis países los primeros tuvieron niveles más altos de estrés. Los resultados de este proyecto sugieren que la migración en sí misma no es estresante, sino la forma en que se integran los sujetos a su nuevo ambiente. 3) En los estudios epidemiológicos realizados desde 1970 se utilizan métodos de muestreo probabilístico y los casos son identificados primero mediante instrumentos casi siempre validados y posteriormente se confirman los diagnósticos mediante entrevistas psiquiátricas. En dos encuestas en Salvador, Brasil, la prevalencia de trastornos mentales (sobre todo alcoholismo y neurosis) fue más elevada en personas de bajo nivel socioeconómico y migrantes, aunque en uno de los estudios las diferencias por situación migratoria no fueron estadísticamente significativas. En uno de estos estudios de Brasil se demostró, mediante análisis de covarianza, que la posición en la fuerza de trabajo (empleado versus desempleado y sub-empleado) era más importante que la situación migratoria, lo cual apoya la explicación centrada en la exclusión del proceso

productivo. En otra encuesta en Perú, los migrantes tuvieron más síntomas emocionales que los no migrantes, pero esta diferencia fue significativa en los hombres, pero no en las mujeres. En otra experiencia en Cali, Colombia, se observó que después de ajustar por sexo, escolaridad y movilidad social, desaparecía el efecto de la situación migratoria sobre la sintomatología psicológica.

Patel et al. (1999) compararon investigaciones realizadas en cuatro países (incluyendo poblaciones de las ciudades de Santiago -Chile-, Olinda y Pelotas-Brasil) sobre la relación del sexo y la pobreza con los trastornos mentales comunes (término que hace referencia a síntomas somáticos, de ansiedad y depresión). En los dos estudios de Brasil se aplicó el *Self Reporting Questionnaire* a sujetos seleccionados por muestreo probabilístico, mientras que en Chile se utilizó el *General Health Questionnaire* y el *Revised Clinical Interview Schedule* en una muestra sistemática de sujetos que asistían a clínicas de primer nivel. Tanto en Olinda como en Santiago, el contar con empleo en el sector formal se relacionó con menor riesgo de presentar trastornos mentales comunes; mientras que en las tres ciudades existió una asociación negativa de la escolaridad y el ingreso con la tasa de trastornos mentales comunes.

Recientemente, Patel y Kleiman (2003) publicaron una revisión de estudios realizados en países de ingreso bajo y medio (según la clasificación del Banco Mundial) y publicados en inglés sobre la relación entre pobreza (medida a través de indicadores de clase social o estatus socioeconómico) y trastornos mentales comunes. Los autores identificaron once estudios de seis países, de los cuales tres son de Brasil y uno de Chile, los siete restantes son de África y Asia. De los estudios de América Latina, los trastornos mentales comunes se asociaron con la escolaridad (en los cuatro estudios), la clase ocupacional (un estudio), el ingreso (dos estudios), el desempleo (dos estudios) y las condiciones de vida (un estudio).

Se realizó una revisión bibliográfica cuyo objetivo fue analizar los estudios realizados en América Latina y publicados después del trabajo de Almeida (1987) y aquellos que no fueron considerados en revisiones previas (Patel y Kleiman, 2003) por estar escritos en español o portugués. Hay que añadir que en las revisiones anteriores no se había considerado el uso, abuso y dependencia a alcohol y otras sustancias. A

continuación se describirán los resultados más importantes de la revisión. En la revisión (Ortiz-Hernández et al., 2007) se pueden consultar los resultados en detalle. En la mayoría de los estudios se ha observado que en los adultos de países de América Latina el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de: intento de suicidio (Borges et al., 1993; Botega et al., 2005), sintomatología depresiva evaluada mediante escalas psicométricas (Medina-Mora et al., 1992; Jadresci y Araya, 1995; Villanueva et al., 2000; Illanes et al., 2002; Gazalle et al., 2004), trastornos mentales comunes (básicamente depresión y ansiedad) evaluados a través de cuestionarios validados contra entrevistas psiquiátricas estandarizadas (Di Marco, 1982; Penayo et al., 1992; Coutinho et al., 1996, 1999; Lima et al., 1999; Blue, 2000; Ludermir y Lewis, 2001; Ludermir y Melo, 2002; Araya et al., 2000, 2001, 2003; Almeida et al., 1999, 2004a; Maia et al., 2004; Kac et al., 2006) y con trastornos mentales evaluados mediante entrevistas diagnósticas (e.g. CIDI) que permiten diferenciar cuadros clínicos específicos como trastornos del estado de ánimo, fobias (Berenzon et al., 1998, 2000; Caraveo-Anduaga et al., 1999; Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000; Andrade et al., 2002; Vorcaro et al., 2001, 2004; Gómez-Restrepo et al., 2004), ansiedad (Vicente et al., 2002, 2004), disfunción sexual y déficit cognitivo (Canino et al., 1987). Sin embargo, en algunos estudios la relación tuvo forma de "U" (escolaridad y trastorno de pánico, Canino et al., 1987) o de "U" invertida (trastornos mentales y un índice de nivel socioeconómico, Vicente et al., 2000). En un estudio chileno (Vicente et al., 2002, 2004) se encontraron tanto asociaciones positivas como negativas según la medida de morbilidad utilizada (prevalencia en la vida, en los últimos seis meses o en el último mes). En otras investigaciones no existió asociación (escolaridad y ocupación con el intento de suicidio, Mondragón et al., 1998, 2003; intento de suicidio e ingreso, Gómez-Restrepo et al., 2002; suicidio consumado y un indicador socioeconómico de área geográfica, Marín-León y Barros, 2003).

Respecto al uso y abuso de sustancias, aunque en México la probabilidad de que en los hogares se compre tabaco se incrementa con el ingreso (Vázquez-Segovia et al., 2002, Sesma-Vázquez et al., 2002), en cuatro estudios con adultos se reportó que el nivel socioeconómico se relaciona negativamente con el tabaquismo (Lolio et al.,

1993; Moreira et al., 1995, 1996; Fuentealba et al., 2000; Kroeff et al., 2004). En la población adulta de América Latina el consumo de alcohol se incrementa conforme aumenta el estrato socioeconómico (Almeida y Coutinho, 1993; Bejarano y Caravajal, 1994; Fuentealba et al., 2000; Almeida et al., 2004b). En el caso de la dependencia al alcohol (alcoholismo) o los problemas derivados de su consumo se ha observado mayor riesgo en las personas de menor nivel socioeconómico (Bejarano y Caravajal, 1994; Viñatoro et al., 1996; Medina et al., 1996; Moreira et al., 1995, 1996; Bejarano et al., 1997; Míguez, 2000; Mendoza-Sassi y Béria, 2003; Andrade et al., 2002). Aunque en otros estudios se observa el mismo patrón, las diferencias desaparecen al ajustar por otras variables (Almeida y Coutinho, 1993) y en otras experiencias la relación tuvo forma de "U" (Canino et al., 1987) o es positiva (Vicente et al., 2000; Almeida et al., 2004b; Vicente et al., 2002, 2004). En grupos de auto-ayuda o centros de atención de alcoholismo se ha observado predominio de personas de baja escolaridad (Rosovsky et al., 1991; Bejarano et al., 1993; Benassi y Guzmán, 1994). Sólo se identificó un estudio en el que se haya evaluado la tasa de recuperación de alcoholismo y dependencia a otras drogas, en el cual no se encontraron diferencias por nivel socioeconómico (da Silva et al., 1995).

Con relación a las drogas ilegales, en un estudio en Chile (Fuentealba et al., 2000) no se observó un patrón claro de consumo de cocaína y marihuana en función del nivel socioeconómico. Sin embargo, datos de México (Unikel et al., 1998) sugieren que en los últimos años el aumento en el consumo de cocaína se ha dado sobretudo en los estratos bajos. En la población de Argentina el uso frecuente de marihuana, cocaína y estimulantes fue más prevalente en los estratos bajos (Míguez, 2000), de igual modo, en México el uso de drogas ilegales (marihuana, cocaína, anhalables, alucinógenos y heroína) fue más común entre las personas con menor escolaridad (Cravioto et al., 2001). Con relación a las drogas médicas, entre los grupos con mejor condición socioeconómica es más frecuente el uso de anorexigénicos (Lima et al., 1999) y sedantes (Míguez, 2000), mientras que el uso de ansiolíticos no varía en función de la condición socioeconómica (Fuentealba et al., 2000).

En este capítulo se ha tratado de mostrar un panorama de las diferentes aproximaciones metodológicas y los principales hallazgos de los estudios que han

abordado la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales. A continuación, se identifican algunas limitaciones metodológicas de las investigaciones revisadas, así como los temas que hasta ahora han sido explorados de manera insuficiente.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

Como se señaló en el capítulo anterior, la mayoría de la evidencia empírica sobre la relación entre estratificación socioeconómica y salud mental proviene de países industrializados (Dohrenwend y Dohrenwend; 1982; Dohrenwend, 1990; Dohrenwend y Schwartz, 1995; Fryers et al., 2003; Galea et al., 2004; Muntaner et al., 2004). Aunque desde la década de los setentas en la región latinoamericana ha existido un interés por el estudio de la desigualdad social en salud (Laurell, 1989a; Waitzkin et al., 2001), dicho interés se ha concretado sobretodo en trabajos de carácter teórico y en menor medida en investigaciones con un componente empírico (Almeida et al., 2003).

La revisión de la literatura producida en América Latina (Ortiz et al., 2007) permitió identificar algunas limitaciones metodológicas de los estudios realizados previamente, así como temas que han sido insuficientemente abordados. Una de las limitaciones de investigaciones previas es que se basan en muestras reducidas y/o elegidas por conveniencia o representativas de áreas geográficas reducidas, con lo cual se limita la posibilidad de extrapolar sus hallazgos a poblaciones más amplias, además de que pueden conllevar a sesgos de selección.

Respecto a la medición de la estratificación, en algunos de los estudios revisados no se describe adecuadamente la construcción de las clasificaciones de estrato o nivel socioeconómico (e.g. Benassini y Guzmán, 1994; Berenzon et al., 1998, 2000), lo que limita la comparabilidad entre estudios. La escolaridad de los entrevistados ha sido el indicador socioeconómico más utilizado en los estudios en América Latina, lo que probablemente se deba a que es una variable fácil de indagar y permite comparar entre distintas poblaciones. Menos estudios (Medina-Mora et al., 1992; Coutinho et al., 1996; Blue, 2000; Araya et al., 2001; Vorcaro et al., 2001, 2004; Ludermir y Melo, 2002; Gazalle et al., 2004) han evaluado la situación laboral (empleado versus desempleado-subempleo), la cual es relevante dada la estructura social de los países latinoamericanos, caracterizada por la elevada proporción de desempleo y empleo informal. Además, en algunas investigaciones la forma en que



ha sido evaluada la situación laboral puede ser inadecuada ya que, por ejemplo, en un mismo grupo se han incluido a los estudiantes y a las amas de casa, a quienes sería más conveniente clasificar de acuerdo a la ocupación del jefe de familia.

Otra limitación de la mayoría de los estudios previos radica en la medición del evento, es decir, en los instrumentos que se han utilizado para evaluar la existencia de trastornos mentales. En la medición de la salud mental o trastornos mentales ha sido común el uso de escalas psicométricas encaminadas a evaluar distrés psicológico o sintomatología indicativa de ciertos trastornos (e.g. Di Marco, 1982; Medina-Mora et al., 1992; Jadresic y Araya, 1995; Mondragón et al. 1998, 2003; Lima et al., 1999; Villanueva et al. 2000; Araya et al. 2000; Blue, 2000; Illanes et al., 2002; Almeida et al. 2004a; Gazalle et al., 2004; Maia et al., 2004). Un problema que deriva del uso de estas escalas es que no se evalúan entidades clínicas específicas, además de que se utilizan diferentes criterios para definir la existencia de los casos, por lo cual no es posible hacer comparaciones entre estudios que hayan utilizado diferentes escalas. Por ejemplo, algunas de estas escalas miden sintomatología de diferentes trastornos (e.g. Cuestionario General de Salud), mientras que otras están enfocadas a rasgos de ciertos padecimientos (e.g. escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos). Además, con el uso de las escalas de distrés psicológico se puede sub-estimar la asociación de la estratificación socioeconómica con la salud mental ya que los individuos de los estratos socioeconómicos bajos tienden a sub-reportar la sintomatología psiquiátrica (Bosma et al., 1999; Weich et al., 2001; Muntaner et al., 1998); aunque también es posible que exista sobre-estimación de dicha asociación ya que los auto-reportes pueden ser afectados por los estados de afectividad negativa (Bosma et al., 1999).

Una manera de evitar los sesgos que implica el uso de escalas de distrés psicológico es recurrir a diagnósticos derivados de entrevistas psiquiátricas estandarizadas en las que se indaguen con profundidad la existencia de trastornos específicos, tomando para ello criterios diagnósticos clínicos aceptados internacionalmente (e.g. CIE o DSM). En los últimos años se han reportado estimaciones de las prevalencias de trastornos mentales de acuerdo a factores socioeconómicos utilizando entrevistas psiquiátricas (Canino et al., 1987; Caraveo-Anduaga et al. 1999; Vorcaro et al. 2001;

Andrade et al., 2002; Gómez-Restrepo et al., 2004; Vicente et al., 2004). Sin embargo, aún existen temas que han sido abordados de manera insuficiente, entre los que se encuentran, el papel del sexo como modificador de efecto, la identificación de variables que puedan mediar la asociación entre estratificación y trastornos mentales, y la distribución de la comorbilidad en función de factores socioeconómicos.

Krieger (2001) ha señalado que los análisis que sólo muestran diferencias entre estratos socioeconómicos respecto a sus condiciones de salud no permiten derivar principios para diseñar políticas o programas necesarios para la reducción de las inequidades en salud. Aunque la relación entre estratificación socioeconómica y salud mental ha sido ampliamente analizada en los países industrializados, apenas se ha comenzado a estudiar los mecanismos o procesos que explican tal asociación (Turner y Lloyd, 1999; Ford et al., 1994; Muntaner et al., 1998). En el campo de la salud mental ya se han realizado análisis encaminados a identificar variables mediadoras, sin embargo, las investigaciones han sido realizadas con muestras de burócratas (Stansfeld et al., 1998; Martikainen et al., 1999), con lo cual se excluye a la población con peores condiciones socioeconómicas (i.e. desempleados y sub-empleados); o bien, aunque analizan muestras representativas de algún país, en lugar de derivar diagnósticos de entidades clínicas, sólo han analizado escalas de distrés psicológico (Kessler, 1982).

El conocimiento de los procesos específicos por los cuales la estratificación socioeconómica puede producir riesgos diferenciales de presentar trastornos mentales, puede ser utilizado para la generación de políticas y programas tendientes a reducir o prevenir la desigualdad social en salud mental. Por ejemplo, el hecho de que los estratos socioeconómicos en desventaja presenten con mayor frecuencia ciertos trastornos mentales puede ser debido a la carencia de apoyo social, a la experiencia de inseguridad financiera o a ambas situaciones; el tipo de políticas y programas de prevención que se deben establecer difiere si un mecanismo predomina sobre el otro o si los dos coexisten.

Otro aspecto poco explorado es el posible papel del sexo como modificador de efecto, si bien en varios análisis el sexo es considerado un confusor que se ajusta en

modelos de regresión. Con excepción de algunos trabajos (Almeida et al., 2004a, 2004b; Araya et al. 2000, 2001, 2003), no se han realizado análisis estratificados de acuerdo al sexo, lo cual es de relevancia ya que la depresión y la ansiedad son más prevalentes en las mujeres mientras que en los varones son más altas las tasas de trastornos por consumo de sustancias (Medina-Mora et al., 2003; Granados y Ortiz, 2003). Las discrepancias entre hombres y mujeres en las prevalencias de los trastornos mentales pueden provocar que las diferencias socioeconómicas en depresión y ansiedad se puedan observar en mujeres, pero no en hombres (o por lo menos que las diferencias sean más amplias en las primeras que en los últimos); y que por el contrario, la estratificación socioeconómica se relacione con el consumo y abuso de sustancias en hombres, pero no en mujeres.

Tomando en cuenta lo mencionado en los párrafos previos y considerando que la riqueza y confiabilidad de los datos derivados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003) representa una valiosa oportunidad para evaluar diferentes aspectos de la asociación entre estratificación socioeconómica y salud mental, en esta investigación se plantean las siguientes interrogantes:

- ¿La dirección y fuerza de la asociación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales observadas en otros estudios realizados con muestras restringidas, principalmente de países industrializados y/o basados en escalas psicométricas que miden distrés psicológico también se observarán en una muestra representativa de la población adulta urbana de México en la que se evaluaron los trastornos mentales a través de entrevistas psiquiátricas estandarizadas?
- ¿Qué indicadores de estratificación socioeconómica son los más pertinentes y útiles para identificar la desigualdad social en salud en una sociedad de ingreso medio como la mexicana?
- ¿Qué mecanismos pueden explicar mejor la asociación entre estratificación socioeconómica y salud mental?
- ¿La relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales diferirá entre hombres y mujeres?

Considerando lo anterior, los objetivos de la tesis fueron:

- 1) Analizar la asociación de la estratificación socioeconómica con los trastornos psiquiátricos en la población adulta de México.
- 2) Comparar diferentes sistemas de clasificación de estratificación socioeconómica respecto a su capacidad para identificar diferenciales en salud mental.
- 3) Analizar posibles mecanismos que explican la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales.
- 4) Conocer si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la relación de la estratificación socioeconómica con los trastornos mentales.

## IV. MARCO TEÓRICO

### IV.1. EL ABORDAJE DE LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

La epidemiología social se plantea responder la pregunta ¿por qué existen diferencias entre grupos sociales y sociedades respecto a las tasas de enfermedad, muerte e indicadores positivos de salud?; para la epidemiología convencional su preocupación central es la diferencia en el riesgo de enfermedad a nivel de los individuos. La epidemiología social está interesada en comprender cómo los procesos sociales, culturales, políticos y económicos determinan la distribución de la salud y la enfermedad en poblaciones (Kawachi, 2002). Una de las premisas más generales que se sostiene en la epidemiología social es que la realidad está organizada de forma jerárquica y los niveles de mayor complejidad por lo regular determinan a los de menor complejidad, aunque también se reconoce que existe una relación dinámica y bi-direccional entre los distintos niveles. Esta premisa sobre la realidad jerarquizada subyace a la propuesta de las “cajas chinas” de Susser y Susser (1996) en la que se considera que existen sistemas en diferentes niveles, con estructura y funcionamiento propios, que están articulados (moléculas, órganos, cuerpo, sociedad y universo). Krieger (1994; 2001) propone analizar los problemas de salud de las poblaciones utilizando la metáfora del fractal en el que se identifican diferentes niveles de organización biológica, ecológica y social y sus interacciones (célula, órgano, organismo/individuo, familia, comunidad, población, sociedad y ecosistema). Breilh (2003: 73), por su parte, ha propuesto que se pueden identificar tres dominios: lo general que abarca el movimiento de la sociedad; lo particular o el modo de vida de los grupos y lo singular, que incluye los estilos de vida y otras características personales. Infante (1994) indica que la relación entre los procesos sociales y la salud puede ser analizada en tres niveles: lo macro, lo meso y lo micro. En la epidemiología social anglosajona (Acheson, 1998; Marmot, 1996; Tarlov, 1996) es común una representación gráfica conformada por anillos concéntricos en los que en el centro está el cuerpo humano, en el primer anillo se encuentran la familia y el lugar de trabajo y en el último anillo se encuentran los procesos sociales.

De este modo, para comprender los problemas de salud de las poblaciones se pueden distinguir, por lo menos, los siguientes planos de análisis: 1) social: que incluye, entre otros, las formas de gobierno y las formas de desigualdad social, 2) grupal, encontrándose la familia, los grupos de pares, el sitio de trabajo, la escuela y las localidades de residencia y 3) el nivel individual, que abarca las características biológicas, la subjetividad y las conductas de las personas. Con respecto a los vínculos que mantienen estos niveles, es frecuente conceptualizar que el nivel social influye de forma determinante en los otros dos niveles, además de que el nivel grupal puede ser concebido como un articulador de las relaciones entre el nivel macro-social y el nivel micro-individual.

De la concepción de realidad jerarquizada se deriva una segunda premisa de la epidemiología social: los procesos biológicos y psíquicos están subordinados a los procesos sociales. Para concretar esta premisa se han propuesto diferentes conceptos. Laurell (1989b: 66) acuñó el término de *nexo-biopsíquico*, que es “la expresión concreta en la corporeidad humana del proceso histórico en un determinado momento”. Krieger (2001: 672) ha propuesto la noción de *embodiment* que consiste en la incorporación biológica del mundo social y material en el que se vive, proceso que inicia con la concepción y finaliza con la muerte. En el campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud se ha tratado de recuperar el concepto de *habitus* desarrollado por Bourdieu (1996), quien lo define como un sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción. El *habitus* es una estructura estructurada y estructurante: estructurada porque es producto de la socialización de los valores dominantes y estructurante porque define las formas en que los individuos perciben, piensan y actúan en función de esos valores.

Otra premisa del enfoque de la epidemiología social es que para comprender los problemas colectivos de salud se debe entender la inserción de los grupos sociales dentro de una sociedad. La ubicación de los grupos dentro de una sociedad determina las condiciones de existencia de los individuos que los conforman, es decir, definen una estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano, a su vez, las estructuras de riesgos y oportunidades se expresan en perfiles de morbilidad y mortalidad

específicos (Laurell, 1982,1994; Breihl, 2003; Lynch y Kaplan, 2000; Krieger, 1994). Estos perfiles de morbilidad y mortalidad de los grupos se deben a que las condiciones de existencia son relativamente similares al interior de los grupos; pero diferentes entre los grupos (Laurell, 1989b).

Si para comprender los problemas colectivos de salud se tiene como punto de partida el estudio de grupos sociales, entonces, no sólo se deben analizar los promedios de indicadores de salud, sino también su distribución o las diferencias entre individuos y grupos al interior de la población (Laurell, 1982: 14; Gwatkin, 2000; Castellanos, 1997; Subramanian et al., 2002). Por ejemplo, el promedio de la esperanza de vida de un país puede incrementarse en un periodo, pero dicho incremento puede concentrarse en los grupos más privilegiados, mientras que la esperanza de vida de los grupos en desventaja puede mantenerse sin cambios o incluso disminuir, con lo cual las diferencias o desigualdades entre los grupos se amplían (Acheson, 1998; Gwatkin, 2000).

La construcción de “perfiles epidemiológicos” ha sido una de las estrategias teórico-metodológicas que han permitido concretar esta epidemiología enfocada en la inserción de los grupos sociales. Inicialmente se definió que el “perfil patológico se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que determinado grupo exhibe en un momento dado” (Laurell, 1982: 9). Sin embargo, para Breilh (2003: 33-39) el perfil epidemiológico es un concepto más global en tanto que “permite estudiar las contradicciones que determinan el modo de devenir de la salud, tanto en las dimensiones de la sociedad en general; los modos particulares de los grupos situados en distintas posiciones de la estructura de poder; los estilos de vida personales; y los procesos contradictorios que se expresan en las personas (procesos fisiológicos, sensaciones de bienestar y decisión positiva, por un lado, y su negación que son los procesos fisiopatológicos, las sensaciones de malestar y fracaso que ocurren en las personas)”.

?

#### **IV.1.1. La importancia de la noción de “desigualdad social en salud”**

Se puede comprender la importancia que tiene la noción de desigualdad social en la epidemiología social si se considera, como ya se dijo, que uno de sus ejes centrales





derivadas de desigualdades sociales son evitables ya que no son diferencias derivadas de la biología de los individuos.

Desde un punto de vista conceptual, se pueden establecer algunos "principios" generales sobre cómo pensar la forma en que "opera" la relación entre desigualdad social y salud:

a) La desigualdad social tiene un efecto global en la salud de los sujetos ya que la ubicación de los individuos y grupos en la sociedad determinan sus condiciones de vida (Bronfman y Tuirán, 1984). Por ejemplo, el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos implica exposición a más factores de riesgo y a menos oportunidades para desarrollar las potencialidades biológicamente innatas y socialmente valoradas, situación que por lo regular implica mayor probabilidad de presentar enfermedad. Del mismo modo, el hecho de ser mujer o varón (como hecho social, no como un fenómeno biológico) determina la forma en que se será socializado, el tipo de ocupación, las oportunidades y limitaciones en las formas de educación y recreación, etc.

b) Una tendencia que se ha observado es que por lo regular los estratos socioeconómicos bajos, en comparación con los estratos altos, son los que tienen mayor riesgo de presentar los problemas de salud que tienen una alta prevalencia dentro de una sociedad (Wagstaff, 2002). Por ejemplo, en las sociedades donde la prevalencia de desnutrición es elevada, ésta es más alta entre los estratos bajos; pero cuando la obesidad comienza a ser un problema de salud pública (como en los países industrializados) ésta es más frecuente entre los estratos bajos. Lo mismo puede decirse de las patologías crónicas como algunos tipos de cáncer y cardiopatías (León; 2001).

c) En las primeras aproximaciones dentro de la epidemiología social sobre la forma en que los procesos sociales influían las condiciones de salud, Cassel (en Krieger, 2001) planteó que dichos procesos no tenían una especificidad etiológica en el sentido de que no actuaban como agentes patológicos con incidencia en procesos específicos; en cambio, se proponía que los procesos sociales determinaban ciertos factores psicosociales que podrían resultar protectores (apoyo social) o destructivos para la salud (estrés social). Los factores psicosociales podrían influir en las

funciones neuroendocrina e inmune, lo cual resultaba en un incremento de la susceptibilidad de los individuos a diferentes enfermedades. Así, dentro de la epidemiología social se renunció a la noción de especificidad etiológica a favor de la de susceptibilidad generalizada (Krieger, 2001; Goldberg, 1990: 113) o inespecificidad etiológica (López y Blanco, 1994: 377). Dado que los grupos sociales en desventaja se enfrentan a mayor estrés social es de esperarse, entonces, que presenten con mayor frecuencia una variedad de enfermedades.

La concepción de susceptibilidad generalizada ha comenzado a ser, en alguna medida, abandonada debido a que en las últimas décadas ha existido una intensa exploración de los mecanismos específicos por los cuales la desigualdad social tiene impacto en eventos de salud particulares (i.e. cardiopatía coronaria). Más aún, si la desigualdad social resultará en susceptibilidad generalizada se esperaría que, donde existieran diferencias entre grupos, aquellos en desventaja presentarían con mayor frecuencia todos los daños a la salud; sin embargo, esto no siempre ocurre así ya que algunas patologías llegan a ser más frecuentes en los grupos privilegiados (e.g. cáncer de próstata y mama) (León, 2001). Además, existe una amplia variación en la fuerza de asociación entre desigualdad social y eventos en salud específicos,<sup>6</sup> lo cual refleja en parte, la heterogeneidad de los mecanismos que los desencadenan (León, 2001).

Hay que precisar que indagar los mecanismos o procesos causales para trastornos específicos (o variables mediadoras) no implica dejar de reconocer que la desigualdad social tiene una influencia global en las condiciones de vida y salud de los grupos. Más bien se trata de ver el mismo problema desde dos perspectivas: por un lado, cuando se inicia el análisis por la situación de un grupo en desventaja, es esperable que éste presente tasas más altas de diferentes padecimientos en relación al grupo dominante; por otro lado, cuando el punto de partida es un evento en salud específico es posible identificar procesos por los cuales influye la desigualdad social. Dicho de otro modo, la desigualdad social al tener un efecto global en las condiciones de vida tienen impacto en diferentes patologías, pero para cada

---

<sup>6</sup> En países industrializados la desigualdad socioeconómica se asocia claramente con el cáncer de estómago y cérvix, tuberculosis, enfermedades respiratorias y falla cardíaca, mientras que es más débil su relación con las cardiopatías coronarias y el cáncer de recto (Leon, 2001).

patología en particular es posible identificar uno o más mecanismos causales específicos por los que actúa la desigualdad social.

d) La desigualdad social puede influir directamente en la integridad biológica de los individuos, pero también puede tener impacto en la subjetividad y, a través de ésta, en los procesos biológicos. Una de las primeras líneas de investigación que se desarrolló dentro de la epidemiología social es el estudio de la relación entre pobreza y salud, las relaciones entre estos dos fenómenos por lo regular fueron explicados en términos de que las carencias materiales producen condiciones de vida insalubres y una alimentación deficiente, lo que a la larga generaban distintas patologías carenciales e infecciosas. Quizá la herencia de estos estudios hizo que en la epidemiología social se haya subrayado la dimensión material de la desigualdad social y la dimensión biológica de la salud. Sin embargo, estudios recientes han mostrado la importancia de la subjetividad en el estudio de la desigualdad social en salud.

Al respecto, varios autores anglosajones (Acheson, 2000; Brunner, 1996; Marmot et al., 1997; Ford et al., 1994) han subrayado que en el estudio de los diferenciales de salud en función de características socioeconómicas no sólo debe considerarse que los pobres tienen mayor probabilidad de presentar daños a la salud con relación a los no pobres, también se ha observado que dentro de la población no-pobre se observan diferencias en las condiciones de salud, es decir, existe un gradiente en las condiciones de salud en función de las características socioeconómicas, gradiente que no depende de que exista pobreza. De acuerdo a esta línea de pensamiento, la existencia de un gradiente socioeconómico en salud indica que, al margen de las desventajas materiales que pueda implicar la desigualdad, la existencia de jerarquías al interior de una población puede tener efectos negativos en la salud de aquellos individuos o grupos que se encuentren subordinados. Esos efectos negativos se dan a través de procesos psicosociales y respuestas neuroendocrinas (Brunner, 1996).

#### **IV.2. ENFOQUES SOBRE ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA**

La estratificación socioeconómica son las discrepancias que existen entre individuos y grupos que conforman una sociedad derivadas del acceso diferencial a la riqueza

material y el poder que deriva de ésta (Wohlfarth, 1997). Entre las teorías que explican los orígenes de la estratificación socioeconómica destacan la perspectiva marxista de clases sociales y el abordaje funcionalista de estatus, nivel o posición socioeconómica. Estas perspectivas divergen en la explicación del origen y las funciones de las diferencias socioeconómicas.

Desde la perspectiva marxista, la desigualdad socioeconómica tiene su origen en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción. De la relación que los individuos mantienen con los medios de producción deriva su posición en las relaciones de dominio y explotación (Bronfman y Tuirán, 1984; Santos, 1998). Estas relaciones son determinadas por las formas que en una sociedad toman la propiedad y el trabajo; y sus conexiones a través de la producción, distribución y consumo de bienes, servicios e información (Wohlfarth, 1997). Las clases sociales son "grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (...), por el papel que desempeña en la organización del trabajo y, consiguientemente por el modo y la proporción en que reciben la parte de la riqueza de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo del otro, por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social" (Lenin en Bronfman y Tuirán, 1984: 55).

En el planteamiento inicial de la categoría de clase social se distinguieron dos clases básicas: proletariado y burguesía. El planteamiento fue modificado debido a los cambios sociales y económicos que han ocurrido como, por ejemplo, el crecimiento del sector terciario y de la llamada "clase media" (Santos, 1998). De este modo, se han definido categorías como nueva pequeña burguesía, proletariado no-típico y fuerza de trabajo "libre" no-asalariada (Bronfman y Tuirán, 1984). En la década de los ochentas existió una amplia aplicación de la noción marxista de clase social en estudios epidemiológicos, pero después cayó en desuso (Santos, 1996a, 1996b).

Una de las críticas a la categoría de clase social es que con frecuencia se ignora la riqueza acumulada por las unidades domésticas, la cual puede ser fuente de ingreso independiente al de la ocupación (Spilerman, 2000). Otros autores han mostrado que

con variables socioeconómicas continuas se logra una mejor discriminación de las inequidades en salud en comparación con tipologías de clase social; además de que las tipologías pueden presentar grupos (o clases) que no son homogéneas a su interior o bien los límites entre las clases pueden ser arbitrarios (Prandy, 1999).

Las conceptualizaciones relacionadas con las nociones de nivel, estatus o estrato socioeconómico por lo regular se fundamentan en la sociología funcionalista de acuerdo a la cual la estratificación socioeconómica es un fenómeno natural y necesario para la existencia de las sociedades modernas ya que existen posiciones o roles en la sociedad que deben ser desempeñados por sujetos que son aptos para ellos; la estratificación, entonces, sería resultado de un sistema de recompensas que premia a aquellos sujetos con mejores talentos y habilidades (Wohlfarth, 1997).

Max Weber (en Liberatos et al., 1988) consideró que la clase social estaba compuesta por tres dimensiones: clase, estatus y poder. La clase tiene una base económica e implica la propiedad y el control de los recursos. El estatus es definido como el prestigio u honor que se tiene en la comunidad a la que se pertenece e implica acceso a oportunidades pues se basa en factores sociales y culturales como los antecedentes familiares, el estilo de vida y las redes sociales. Finalmente, el poder se relaciona al contexto político. En la sociología americana (Liberatos et al., 1988) las dimensiones de clase y estatus elaboradas han sido medidas a través de tres indicadores: ingreso, ocupación y educación; los dos últimos se relacionan tanto con la clase como con el estatus, mientras que el primero sólo es un reflejo de la clase. Recientemente se ha propuesto (Krieger et al., 1997) utilizar el término de posición socioeconómica, la cual está compuesta por dos dimensiones: la riqueza o recursos materiales y el estatus o prestigio social. De la riqueza material dependen la supervivencia física y, por tanto, la posibilidad de participar en la familia y en los roles sociales. Los recursos materiales pueden ser medidos a través del ingreso y la propiedad de la vivienda. El estatus, por su parte, se relaciona con el prestigio y se desprende de las jerarquías socialmente construidas. El estatus o prestigio por lo regular se expresan en el consumo de determinados bienes, servicios y conocimientos.

Es frecuente que se asuma que la escolaridad determina el tipo de ocupación en la que se emplean las personas y ésta, a su vez, influye en el ingreso que obtienen, finalmente del ingreso depende la satisfacción de necesidades (Liberatos et al., 1988). En apoyo a esa premisa, se ha observado que conforme aumenta la escolaridad disminuye la probabilidad de ser pobre (Infante y Schlaepfer, 1994). Sin embargo, la relación entre escolaridad, ocupación e ingreso puede cambiar debido a las crisis económicas, pues éstas provocan que haya menos puestos de trabajo en las ocupaciones a las que habitualmente se tiene acceso mediante mayores niveles de formación académica, además de que en esos puestos se pueden comenzar a recibir menor remuneración (Infante y Schlaepfer, 1994).

La riqueza material, como otra dimensión de la posición socioeconómica, incluye aspectos como ahorros, inversiones o bienes duraderos como la vivienda o automóvil (Rogler, 1996; Currie et al., 1997). Aunque la riqueza material está correlacionada con otros indicadores de posición socioeconómica, ha sido conceptualizada como independiente ya que una unidad doméstica puede acumular bienes sin importar la escolaridad u ocupación del jefe de familia (Currie et al., 1997; Liberatos et al., 1988). La riqueza puede determinar en sí misma el nivel de consumo de la unidad doméstica. En este sentido, la desigualdad medida por riqueza puede ser mayor que la basada en ingresos monetarios (Rogler, 1996).

Uno de los problemas metodológicos en la medición de posición socioeconómica es que con frecuencia los grupos o estratos se forman a partir de una o más variables relacionadas con aspectos sociales o económicos, además de que el número de estratos y los puntos de corte para cada variable socioeconómica se definen de manera arbitraria de acuerdo a la estructura de los datos (Infante y Schlaepfer, 1994). "Es decir, la construcción empírica de estratos, sin un referente teórico, da por resultado "estratos estadísticos jerarquizados" en donde el esquema de estratificación puede tener sentido en cuanto al significado específico de cada indicador, pero no tiene una relación con estructuras socioeconómicas históricas y concretas y, por ende, adolece de una capacidad explicativa de causalidad" (Infante y Schlaepfer, 1994: 367).

Respecto a las discrepancias y similitudes entre las conceptualizaciones de clase social y posición socioeconómica, mientras que en la última se pone énfasis en la posibilidad de movilidad social, en la primera se subraya que existe una permanencia de la situación de clase entre y dentro de generaciones (Wohlfarth, 1997). Para algunos autores (Muntaner et al., 2003: 950) en la categoría de clase social está implícita una comprensión del origen de la inequidad socioeconómica (la apropiación diferencial de la riqueza socialmente generada), al tiempo que la mayoría de los indicadores del estatus socioeconómico pueden ser entendidos como la expresión final de la inequidad, no dicen nada de su origen. Desde una perspectiva metodológica, la posición socioeconómica corresponde a una escala de medición ordinaria; mientras que la clase social se ubica en una escala nominal; esta distinción es importante ya que cuando se conceptualiza la estratificación como clase social no siempre se espera una relación lineal entre daños a la salud y estratificación, en cambio en la noción de posición socioeconómica sí se espera una asociación con tal patrón (Liberatos et al., 1988; Krieger et al., 1997; para el caso de los trastornos mentales ver Kohn et al., 1990:977; Wohlfarth, 1997; Wohlfarth y van den Brink, 1998; Muntaner et al., 1998; 2003).

Varios autores (Kohn et al., 1990; Wohlfarth, 1997; Wohlfarth y van den Brink, 1998; Muntaner et al., 1998; 2003) han argumentado y mostrado empíricamente que las nociones de clase social y posición socioeconómica no son intercambiables; sin embargo, para otros puede existir cierta correspondencia entre las clases sociales y los estratos socioeconómicos. Al respecto, Lozano et al. (1993: 309) consideran que los indicadores socioeconómicos "no son simples *factores de riesgo*; representan factores causales con una especificidad social y determinan procesos biológicos (...). A su vez la estratificación social no es sólo la jerarquización de los individuos, hogares o grupos sociales en una escala, sino que los estratos tienen una relación de dependencia entre sí. La población de los *estratos altos* es la que goza de la riqueza y los beneficios derivados de ella (...), mientras que la población de los *estratos bajos* aunque genera esta riqueza y la posibilidad de sus beneficios, no participa en ellos. (...) Los factores sociales tienen una jerarquía no sólo porque unos anteceden a otros, sino más bien porque los antecedentes están estructuralmente

determinados por el sistema social en el cual los individuos se ubican por su posición y sus relaciones de producción. Las clases sociales son, entonces, producto de la relación de las personas con los medios de producción y del valor social de su trabajo, mientras que la estratificación social derivada de indicadores de satisfacción de las necesidades básicas (...) es consecuencia de la pertenencia de clase. Estos indicadores son mediaciones a través de las cuales se concreta la clase social en estilos de vida. Adicionalmente la inequidad en la satisfacción de las necesidades básicas profundiza la desigualdad social y sitúa a la población en una situación de mayor vulnerabilidad social”.

### **IV.3. ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA Y TRASTORNOS MENTALES**

En el campo de la salud, se considera que la estratificación socioeconómica determina una estructura de oportunidades y riesgos en tanto que determina las condiciones de vida (Bronfman y Tuirán, 1984), estructura que es relativamente homogénea al interior de los grupos socioeconómicos, pero que difiere entre ellos (Laurell, 1994). Pero la posición socioeconómica no sólo define las condiciones materiales de existencia, también tienen un vínculo estrecho con la forma con que los sujetos perciben y significan su entorno (Bourdieu, 1988). Como ha señalado Wright (en Santos, 1998) “A localização de classe é um determinante básico da matriz de possibilidades objetivas enfrentadas pelos indivíduos, seja no horizonte das alternativas reais que as pessoas consideram ao tomar decisões sobre o que fazer e como fazer, seja no âmbito da trajetória global de possibilidades encaradas durante o ciclo de vida”.

En esta sección se revisan los mecanismos o procesos que distintos autores han propuesto o analizado para explicar la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales. Como ya se mencionó, la mayoría de los estudios se han realizado teniendo como variable de interés al estrés psicológico (el cual incluye síntomas de depresión o ansiedad medidos por medio de escalas psicométricas), mientras que existen menos experiencias en las que se hayan evaluado los trastornos mentales (diagnosticados como entidades clínicas definidas en función de taxonomías psiquiátricas -DSM o CIE- a través de entrevistas psiquiátricas). Sin



embargo, es factible pensar que ambos fenómenos forman parte de un continuo y cuyas diferencias fundamentales son la gravedad del padecimiento y los sesgos asociados con su medición. En este sentido, se ha mostrado (Turner y Lloyd, 1999) que cuando se analiza la relación entre enfermedad mental y condiciones socioeconómicas se observan asociaciones similares analizando síntomas de depresión o diagnósticos de trastorno de depresión mayor. Considerando lo anterior, la revisión que se presenta a continuación recupera hallazgos de estudios en los que se han analizado tanto distrés psicológico como trastornos mentales, sin hacer una distinción entre ellos.

#### **IV.3.1. Condiciones socioeconómicas en la niñez**

Al igual que para otros daños a la salud, las desigualdades sociales en las tasas de trastornos mentales, aunque se expresan en la vida adulta, pueden iniciarse en la niñez (Poulton et al., 2002). De acuerdo con la perspectiva del curso de vida (*life-course perspective*), pueden existir dos mecanismos básicos por los cuáles las condiciones en la niñez pueden relacionarse con patologías desarrolladas en etapas posteriores de la vida (Dewilde, 2003; Ben-Shlomo y Kuh, 2002): (1) Pueden existir periodos de vulnerabilidad (psicológica o social) o susceptibilidad (fisiológica) en los que las experiencias negativas pueden tener efectos duraderos que persisten en etapas posteriores de la vida. Por tanto, la magnitud o profundidad de los eventos negativos pueden ser proporcionales a la probabilidad de persistencia de sus efectos. (2) Otra hipótesis plantea que las ventajas o desventajas que generan las experiencias en el curso de la vida son acumulativas. Este efecto acumulativo puede presentarse cuando una persona experimenta varios riesgos (o condiciones benéficas). También es posible que se presente como una “cadena de riesgos”, es decir, los sujetos que inician en mejores condiciones tienen mayor posibilidad de experimentar eventos positivos; mientras que los sujetos en desventaja con mayor probabilidad experimentan eventos negativos; de este modo, con el transcurso de la vida las diferencias pueden incrementarse.

Entre las condiciones en la niñez que pueden ser más frecuentes en los sujetos de estratos bajos –y que están asociadas con retardo en el desarrollo cognitivo - se

encuentran: bajo peso al nacer, anemia, desnutrición crónica y exposición a plomo en el ambiente (Brooks-Gunn y Duncan, 1997). Los padres tienen un papel fundamental en determinar los estresores, agudos o crónicos, a los que están expuestos los niños: los problemas de los padres pueden comenzar a ser estresores para los niños, los padres también contribuyen al desarrollo de estrategias de afrontamiento de los niños, tales como la auto-eficacia y las habilidades sociales; los padres participan en el afrontamiento de los niños a través de sus propias emociones y acciones; finalmente, los padres ayudan a los niños a aprender de las malas experiencias a través de afrontamiento proactivo para evitar su recurrencia (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007). La baja posición socioeconómica se relaciona con interacciones deficientes entre padres e hijos; por ejemplo entre los hogares pobres es más frecuente el uso de violencia física como un medio de crianza (McLeod y Shanahan, 1993); además de que en esos hogares tienden a existir menos estímulos para el aprendizaje como materiales de lectura y juguetes (Brooks-Gunn y Duncan, 1997). La inseguridad financiera asociada con la pertenencia a los estratos bajos puede resultar en relaciones familiares conflictivas, las cuáles pueden afectar negativamente la salud mental de los niños (Brooks-Gunn y Duncan, 1997). Además, la misma inseguridad financiera puede ser experimentada por los niños como un estresor. Las relaciones conflictivas entre padres e hijos también pueden ser resultado de que los primeros padezcan ciertos trastornos mentales como depresión. Las experiencias a las que se enfrentan los sujetos de baja posición socioeconómica pueden condicionar que desarrollen menos recursos psíquicos para afrontar los problemas a los que se enfrenta en el transcurso de la vida (e.g. sentido de coherencia, percepción de control personal o estrategias de afrontamiento) (Bosma et al., 1999; Power y Matthews, 1997; Lundberg, 1997; Fonagy, 1996; Kessler y Cleary, 1980). Fonagy (1996) ha propuesto que las estrategias de crianza que los adultos utilizan con los niños se relacionan estrechamente con las primeras experiencias emocionales, las cuales, a su vez, proporcionan el contexto para el desarrollo de patrones de regulación y respuesta basados en mecanismos neurobiológicos y conductuales, los cuales se mantendrán relativamente estables a lo largo de la vida. Existe relación entre la disponibilidad de apoyo y la calidad de la

relación con los padres con la reactividad al estrés psicológico y físico y el tipo de estrategia de afrontamiento de los niños; de este modo, para que los niños desarrollen un ajuste psicológico satisfactorio requieren de personas sensibles y que cuiden de ellos ya que de esto depende el desarrollo de la reactividad de los niños al estrés, cómo responden al estrés, incluso si ellos definen un evento como estresante (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007). Así, se ha observado (Aneshensel, 1992) que conforme se baja en la escala social existe mayor posibilidad de que se tenga una personalidad caracterizada por rigidez, énfasis en las reglas y la organización, fatalismo, conservadurismo, desconfianza y conformidad; además de que las estrategias de afrontamiento que más utilizan son menos efectivas.

El efecto de la pobreza sobre la salud mental en la niñez difiere en función de la duración de la primera y el tipo de trastorno: la pobreza persistente se asocia más con síntomas de depresión, ansiedad y retraimiento social; mientras que la pobreza de corto plazo se relaciona con hiperactividad y conducta antisocial (McLeod y Shanahan, 1993; Brooks-Gunn y Duncan, 1997).

Además, la situación socioeconómica en la niñez define las oportunidades que se tienen en términos de escolaridad y ocupación y, por tanto, define la posición socioeconómica que se alcanza en la vida adulta, en este caso, tendría que pensarse en los posibles efectos sinérgicos o aditivos entre las condiciones socioeconómicas en la niñez y las de la vida adulta (Lundberg, 1997; Power y Matthews, 1997; Poulton et al., 2002; Gilman, 2002). También es posible que la posición socioeconómica en la niñez esté asociada con el riesgo de enfermedad debido a la posición socioeconómica en la vida adulta; ya que las condiciones en la infancia, al relacionarse con el desarrollo cognitivo, puede influir en el desempeño escolar y eventualmente en el tipo de ocupación; sin embargo, la relación entre ingreso familiar y desempeño académico es débil (Brooks-Gunn y Duncan, 1997).

¶

#### **IV.3.2. Estrés psicosocial**

En las primeras investigaciones en las que se mostró que los individuos de estratos socioeconómicos bajos tenían mayor prevalencia de trastornos mentales se propuso que esta distribución se debía a que los sujetos de estos estratos se veían expuestos

a una mayor cantidad de estresores, lo cual derivaría en diversos grados de distrés psicológico (Aneshensel, 1992; Aneshensel et al., 1991; Turner et al., 1995; Turner y Lloyd, 1999). Dentro de esta línea de pensamiento se distinguen los conceptos de estresores y estrés, pues los primeros hacen referencia a las condiciones ambientales que representan una demanda para los sujetos, mientras que el segundo es la condición de activación (*arousal*) que presentan los sujetos cuando son expuestos a demandas del ambiente o a condiciones que sobrepasan sus capacidades (Aneshensel, 1992).

Pueden distinguirse distintos tipos de estresores de acuerdo al ámbito de la vida donde se originan (e.g. estresores derivados de eventos de la vida –*life events*–, laborales, económicos, etc.) o en función de la persistencia de los mismos (agudos o crónicos) (Turner et al., 1995). En las primeras investigaciones sobre estratificación socioeconómica y trastornos mentales se privilegió el estudio de los estresores por eventos de la vida, en los que se incluyen hechos que representan cambios bruscos en la vida cotidiana o las actividades usuales de las personas, dichos eventos pueden ocurrirle al sujeto de interés o alguna persona cercana a ella y abarcan distintas esferas de la vida (e.g. familia, pareja, trabajo, salud, enfermedad y muerte, problemas legales o violencia) (Aneshensel et al., 1991; Aneshensel, 1992; Turner et al., 1995).<sup>7</sup> El centrarse en el estudio de los estresores por eventos de la vida se debió a que se consideraba que la evaluación de los estresores crónicos se sesgaba por la experiencia subjetiva de los sujetos, mientras que el reporte de los eventos de la vida difícilmente se ven influidos por su experiencia (Kessler, 1979; Aneshensel, 1992); además, para los sujetos pueden ser más significativos los eventos que de forma brusca irrumpen su cotidianidad, mientras que puede desarrollarse una forma

---

<sup>7</sup> Por ejemplo, en la *Social Readjustment Rating Scale* se incluyen los siguientes eventos: muerte de esposo(a), divorcio, separación marital, encarcelamiento, muerte de un familiar cercano, enfermedad o lesión personal, matrimonio, ser despedido de trabajo, reconciliación marital, jubilación, cambio en salud de familiar, embarazo, dificultades sexuales, incorporación de un nuevo miembro a la familia, cambio en estado financiero, muerte de amigo cercano, cambio de trabajo, cambio en el número de discusiones con esposo(a), hipoteca vencida, cambio en responsabilidades en el trabajo, hijo(a) dejó la casa, problemas con la ley, éxito personal extraordinario, la esposa(o) comenzó o dejó de trabajar, comenzó o dejó de ir a la escuela, revisión de hábitos, problemas con el jefe, cambio en horario de trabajo, cambio de domicilio, cambio de escuela, cambio en recreación, cambios en actividad social, cambio en hábitos de sueño, cambio en el número de familiares que viven juntos, cambio en hábitos alimentarios, vacaciones y violaciones menores a la ley (Cockerhan, 1989).

de resistencia o adaptación a aquellos estresores que se presentan de forma recurrente (Aneshensel, 1992).

Una de las principales limitaciones de los estresores por eventos de la vida es que éstos no explicaban más del 30% de la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales (Aneshensel, 1992; Turner et al., 1995; Kessler y Cleary, 1980). De tal modo, que si los eventos de la vida explicaran las diferencias en las tasas de trastornos mentales entre estratos socioeconómicos, sería esperable que las personas de estratos bajos experimentaran con mayor frecuencia dichos estresores. Sin embargo, en varios estudios se ha observado que no existen diferencias entre estratos socioeconómicos respecto a la frecuencia con la que están expuestos a estresores derivados de eventos de la vida (Turner et al., 1995).

Debido a que la evidencia mostró que los estresores por eventos de la vida tienen un papel residual en mediar la relación entre trastornos mentales y estratificación socioeconómica (hipótesis de la exposición), se han propuesto dos explicaciones alternativas: a) Más que la simple exposición a los estresores, lo que explica la mayor prevalencia de trastornos mentales en los estratos bajos es su mayor susceptibilidad o vulnerabilidad a los estresores (hipótesis de la vulnerabilidad) (Kessler, 1982). b) El estrés sí explica la distribución socioeconómica de los trastornos mentales, pero se han elegido indicadores erróneos del estrés (eventos de la vida), ya que se debería indagar aquellos estresores que derivan directamente de la estratificación socioeconómica o que se caracterizan por ser persistentes o crónicos, tales como las dificultades económicas, las condiciones de trabajo, barreras para alcanzar metas, inequidad en las recompensas que se reciben para la escolaridad alcanzada e inconsistencia en el estatus alcanzado para la formación académica obtenida (Turner et al., 1995; Aneshensel, 1992).

Aquí, conviene plantear la diferencia entre la naturaleza y cronicidad de los estresores. Un estresor físico es un reto o dificultad externa que puede comprometer la homeostasis; mientras que un estresor psicosocial es la anticipación, justificada o no, de la existencia de una amenaza a la homeostasis (Sapolsky, 2005). Los estresores psicosociales típicamente provocan sentimientos de falta de control y predictibilidad y la sensación de que no se tienen opciones para la frustración

causada<sup>7</sup> por el estresor. Ambos tipos de estresores activan una serie de adaptaciones neurales y endocrinas. Cuando es movilizada en respuesta a una amenaza física aguda, la respuesta de estrés es adaptativa, ya que se moviliza energía para músculos, se incrementa el tono cardiovascular para facilitar la distribución de dicha energía y se inhiben procesos anabólicos que no son indispensables para la supervivencia inmediata (e.g. crecimiento, digestión, reparación y reproducción). La activación crónica de la respuesta de estrés por estresores psicosociales crónicos pueden incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades o de exacerbar enfermedades ya existentes como hipertensión, aterosclerosis, diabetes no insulino-dependiente, supresión del sistema inmune, alteraciones reproductivas y trastornos del estado de ánimo.

#### **IV.3.3. Apoyo social**

En la primera evaluación sobre la hipótesis de la vulnerabilidad o impacto, se encontró que entre las clases ocupacionales inferiores existió una proporción menor de personas que tuvieran respuestas extremas ante el estrés, aunque también se observó que el impacto del estrés era mayor en este grupo (Kessler 1979: 265, 269). Es decir, las mayores tasas de distrés psicológico entre los estratos bajos no se deben a que éstos se enfrenten con mayor frecuencia a diversos estresores (hipótesis de la exposición), sino a que en ellos el estrés tiene mayor impacto o a que ellos responden con mayor facilidad al estrés (hipótesis de la vulnerabilidad) (Kessler 1979; Kessler y Cleary, 1980). Otro argumento que se ha aportado a favor de la hipótesis de la vulnerabilidad es que las diferencias entre estratos o clases socioeconómicas se amplían conforme aumentan los niveles de distrés que se comparan<sup>8</sup>, lo cual reflejaría diferencias entre estratos respecto al funcionamiento psicológico (Kessler y Cleary, 1980). La menor vulnerabilidad de los estratos altos puede ser atribuida a recursos con los que cuentan, entre los que se encuentra el apoyo social, las estrategias de afrontamiento o recursos psíquicos como el sentido de control personal (Kessler 1979; Aneshensel, 1992). De esta forma, en la hipótesis de la vulnerabilidad al estrés se argumenta que algunos sujetos cuentan con ciertos recursos, los cuales reducen el impacto negativo del estrés, es decir, que dichos

recursos actúan como amortiguadores del efecto del estrés (Aneshensel, 1992). Uno de los recursos que más ha sido evaluado en su papel de amortiguador del estrés ha sido el apoyo social (House et al., 1988).

Se han identificado tres dimensiones de las relaciones interpersonales (House et al., 1988): a) La integración o aislamiento social, que se refiere a la existencia o cantidad de vínculos o relaciones sociales, que por lo regular se indaga con el número de personas con las que se tienen vínculos y la frecuencia de los contactos. b) La estructura de las redes sociales o la estructura de las relaciones sociales. Las características de estas estructuras depende de si se tratan de relaciones diádicas (las relaciones entre dos personas pueden ser caracterizadas en términos de reciprocidad, multiplicidad o durabilidad) o relaciones entre un conjunto de personas (las relaciones dentro de una red pueden caracterizarse en términos de densidad, homogeneidad, multiplicidad o dispersión). c) El contenido relacional hace referencia a la naturaleza funcional o a la calidad de las relaciones sociales, los cuales pueden diferir de acuerdo a la fuente de apoyo social (e.g. pareja, amigos o compañeros de trabajo). Se pueden distinguir tres formas básicas de contenido relacional: apoyo social, conflicto o demandas relacionales y control o regulación social. El apoyo social incluye los aspectos positivos de las relaciones interpersonales que promueven la salud o reducen el efecto del estrés, como son la ayuda instrumental, la preocupación o ayuda emocional y la información. Los conflictos o demandas relacionales se refieren a los aspectos negativos de las relaciones interpersonales que pueden tener efectos deletéreos sobre la salud. Finalmente, el control social abarca la regulación de las conductas de los individuos derivada de sus vínculos interpersonales, este control puede tener efectos positivos o negativos en la salud en función del tipo de conducta que sea regulada (e.g. sanción del tabaquismo versus control de la sexualidad).

El apoyo social ha sido definido como la satisfacción de las necesidades sociales de los sujetos (afectividad, auto-estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad) a través de la interacción con otros individuos (Aneshensel, 1992). El apoyo social tiene una clara distribución en función del nivel socioeconómico ya que

las personas de estratos bajos por lo regular establecen menos vínculos sociales (Turner y Lloyd, 1999)

Entre las dimensiones del apoyo social, sobresale el efecto del apoyo social emocional ya que este reduce o amortigua los efectos de la estratificación sobre los trastornos mentales (Aneshensel, 1992). Por el contrario, la carencia de apoyo social exacerba el impacto del desempleo sobre el distrés psicológico (Aneshensel, 1992). La integración social puede incrementar la capacidad para afrontar eventos negativos o momentos de crisis, lo cual puede reducir los niveles de distrés psicológico (Myers et al., 1975). Las personas de estratos altos, debido a su mayor escolaridad, tienen mayor conciencia de las opciones de afrontamiento con las que cuentan, además, tienen más probabilidad de establecer más vínculos con otras personas, con lo cual se incrementan las opciones para solucionar sus problemas (Myers et al., 1975). Se ha mostrado que es más importante la dimensión subjetiva o percepción del apoyo social que los elementos o actividades objetivas relacionados con el mismo (Turner y Lloyd, 1999).

#### **IV.3.4. Inseguridad financiera**

Al reducir el concepto de estresores a los eventos de la vida se ha producido que se analice al estrés como una variable con efecto independiente a la estructura social sobre el distrés psicológico, en lugar de verlo como una variable que media la relación entre estratificación y enfermedad mental, por ello recientemente varios autores han reconocido la necesidad de recuperar la concepción inicial de la teoría del estrés social (Aneshensel et al, 1991; Aneshensel, 1992; Turner et al., 1995; Turner y Lloyd, 1999), de acuerdo a la cual la distribución de los estresores no es aleatoria, sino que está estructurada en función de la ubicación de los individuos y grupos dentro de las jerarquías sociales.

Aneshensel (1992) ha llamado la atención sobre el error de conceptualizar a los estresores exclusivamente como eventos de la vida y sugiere que se debe distinguir entre los estresores que tienen una distribución aleatoria de aquellos que tienen una distribución sistemática, es decir, que predominan en ciertos grupos sociales. Bajo esta conceptualización, la inseguridad financiera puede ser entendida como un



estresor social que afecta principalmente a los individuos de los estratos bajos (Turner et al., 1995).

En sociedades capitalistas la satisfacción de las necesidades básicas depende sobretodo del ingreso que se obtenga por la ocupación. Dado que históricamente ha existido una sobre-valoración de ciertas ocupaciones sobre otras (intelectuales versus manuales) que se expresa en diferencias en el monto del ingreso, casi siempre existe un segmento de la población cuyo ingreso puede ser insuficiente y/o inestable para cubrir sus necesidades (Boltvinik, 1996). La inseguridad económica o financiera puede ser entendida como la experiencia crónica de recursos insuficientes para acceder a satisfactores esenciales.

Un mecanismo que puede explicar la relación entre inseguridad financiera con los trastornos mentales es que la primera incrementa la probabilidad de desarrollar desnutrición, la cual está relacionada con cambios emocionales que incluyen síntomas de irritabilidad, depresión, ansiedad, menos capacidad de concentración, motivación disminuida e inflexibilidad cognitiva; lo cual reduce la habilidad para afrontar situaciones estresantes (Alaimo et al., 2001, 2002). La inseguridad financiera también puede tener efectos negativos en la integridad mental de las personas ya que existe la preocupación constante por la satisfacción de necesidades básicas; es decir, la inseguridad financiera puede ser experimentada como un estresor en sí mismo (Siefert et al., 2004). Así, en los estratos bajos la tensión por la inseguridad financiera se incrementa en momentos de crisis, además de que en ellos persiste la percepción de que no controlan los eventos desagradables que les ocurren –lo que mina su confianza-, mientras que para los estratos altos la disponibilidad de un ingreso suficiente proporciona un medio para afrontar los problemas (Lewis et al., 1998; Myers, 1975; Siefert et al., 2004). Además, contrario a lo que predice la hipótesis de la vulnerabilidad diferencial al estrés, las dificultades financieras pueden tener similar impacto entre los diferentes estratos socioeconómicos (Kessler y Cleary, 1980).

McLeod y Shanahan (1993) han distinguido dos formas de pobreza: a) la pobreza persistente, es aquella que sufren las personas que históricamente o por generaciones han vivido en esa situación y b) la pobreza actual se refiere a una

situación transitoria debido a eventos como desempleo temporal o el divorcio. Ambas formas de pobreza tienen impacto en la integridad psíquica de los niños (los autores sólo evaluaron a ese grupo de edad), pero difieren en el tipo de enfermedad mental en que se expresa: la pobreza persistente incrementa el riesgo de ansiedad, depresión y dependencia; mientras que la pobreza actual se relaciona con conducta antisocial, hiperactividad, conflictividad con pares, retraimiento o conducta obstinada; lo que puede ser indicativo que los últimos actúan como si estuvieran en desacuerdo con su mundo externo cambiante, al tiempo que los sujetos del primer grupo presentan síntomas internalizados derivados de una situación crónica de sufrimiento por la situación de pobreza en que han vivido.

Un problema vinculado con la inseguridad financiera es el desempleo, el cual puede tener mayor impacto entre aquellas personas que habiendo logrado una formación escolarizada alta se encuentran desempleadas o empleadas en una ocupación de bajo estatus debido a la frustración que esta situación puede generar (Sood, 1998).

#### **IV.3.5. La experiencia subjetiva de la jerarquía y subordinación**

Como ya se mencionó, estudios recientes han mostrado que existe un gradiente socioeconómico en salud, el cual es independiente a la existencia de pobreza, lo que sugiere que la existencia de jerarquías dentro de una sociedad puede tener efectos negativos en aquellos sujetos o grupos que se encuentran subordinados (Marmot et al., 1997, 2006; Ford et al., 1994). Conforme se baja en la escala social se puede verificar que las personas tienen menos posibilidad de cubrir las necesidades básicas de autonomía e integración a la sociedad (Marmot, 2006). La experiencia de las jerarquías no puede ser entendida en términos absolutos, sino en relación a lo que cada sociedad considera valioso o importante; es decir, el monto del ingreso en sí no es relevante, sino qué se puede hacer con ese ingreso en una sociedad determinada (Marmot, 2006). Por ejemplo, una persona pobre de un país industrializado puede tener un ingreso mayor al de un pobre en un país en desarrollo (ingreso absoluto); sin embargo, en un país industrializado existen muchos bienes o satisfactores a los que los pobres no tienen acceso (ingreso relativo). A lo anterior, se añade el hecho de que las persona de estratos bajos tienen menos control y participación social

(Marmot, 2006). Así, conforme se desciende en la escala social se reduce la posibilidad de alcanzar las metas socialmente deseables, se cuenta con menos recursos y oportunidades, las alternativas son más restringidas o se tienen empleos con una autonomía restringida; todo lo cual se experimenta como falta de poder en diferentes ámbitos de la vida (Aneshensel, 1992). Para Patel y Kleinman (2003), los efectos de la pobreza sobre la salud mental no sólo se deben a la inseguridad financiera, sino además a que las personas en situación de pobreza experimentan de forma crónica sentimientos de vergüenza, estigma y humillación. Se debe reconocer, sin embargo, que si bien en todas las sociedades existen jerarquías, las diferencias se establecen en términos de la magnitud o profundidad de las diferencias (Marmot, 2006).

El estatus social subjetivo ha sido definido como las creencias que tienen las personas de su ubicación en la jerarquía social (Singh-Manoux et al., 2003). En la evaluación del estatus social subjetivo se pide que los sujetos se ubiquen en categorías predefinidas (clase trabajadora, clase media o clase alta) o en gráficos con forma de escalera que representan la jerarquía social. Uno de los problemas que implica este tipo de evaluación son los criterios que los sujetos utilizan para ubicarse en la jerarquía social (Singh-Manoux et al., 2003). El asignarse a uno mismo un estatus social subjetivo probablemente involucra procesos de comparación social: cómo se percibe uno respecto a otros que son similares y cómo cree uno que es percibido por otros. Entonces, es difícil saber en qué medida la percepción del estatus está definida por condiciones materiales objetivas (por el ingreso o la riqueza que se tiene) o por procesos psicológicos (el bienestar psicológico puede influir en la evaluación del estatus social subjetivo). Sin embargo, el estatus social subjetivo se ha relacionado -de manera independiente de la ocupación, el ingreso y la escolaridad- con indicadores de salud mental (Singh-Manoux et al., 2003; Gianaros et al., 2007). Estos hallazgos sugieren que sentirse pobre puede explicar en parte por qué ser pobre se asocia con el riesgo de enfermedad (Marmot, 2006).

Se ha especulado (Gianaros et al., 2007) que el substrato neuroanatómico que vincula el estatus social subjetivo con factores de riesgo asociados con la salud probablemente involucra las áreas paralímbicas del cerebro que en conjunto:

procesan la información del apoyo social y emocional, regulan la actividad neuroendocrina y del sistema nervioso y neuroendocrino, y en ellas se expresan los cambios morfológicos asociados con condiciones de estrés crónico observados en modelos de animales no-humanos. Aunque otras áreas del cerebro también pueden estar involucradas como el hipocampo, la amígdala y la circunvolución cíngulada anterior. Al respecto, se ha observado correlación entre el estatus social subjetivo con el volumen de una región cerebral paralímbica; dichas regiones también están implicadas en trastornos psiquiátricos relacionados con el estrés, tales como la depresión mayor (Gianaros et al., 2007).

Más evidencia del efecto de las jerarquías y la subordinación sobre la salud física y mental proviene de modelos animales (Fuchs y Flügge, 2003; Sapolsky, 2005). Por ejemplo, en simios (Sapolsky, 2005), aquellos que se ubican en posiciones inferiores en la escala social presentan la respuesta fisiológica del estrés crónico: incremento de los glucocorticoides (cortisol o hidrocortisona), hipertrofia de las glándulas suprarrenales, enlentecimiento de la repuesta del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenocortical ante amenazas homeostáticas importantes y alteración de la sensibilidad en la regulación del sistema mediante retroalimentación negativa. Es importante subrayar que los niveles elevados de cortisol también han sido observados en la depresión (Fuchs y Flügge, 2003; Brunner, 1996, 1997). En animales subordinados también ocurren cambios neurobiológicos: inhibición de la neurogenesis, atrofia de las dendritas, alteraciones en la plasticidad sináptica en el hipocampo y patrones alterados de muerte celular apoptótica y atrofia del hipocampo (incremento en la corteza y disminución en el hipotálamo) (Fuchs y Flügge, 2003; Sapolsky, 2005). La subordinación también se asocia con alteraciones en la neuroquímica de la ansiedad.

#### **IV.3.6. Las condiciones de trabajo**

Las demandas derivadas del trabajo así como el control que se ejerce sobre éste también pueden explicar la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales. El control sobre el trabajo por lo regular es definido en términos de tres dimensiones: la posibilidad de tomar decisiones que influyan en el trabajo que uno

realiza, la complejidad y variación de las tareas que se hacen (versus monotonía o repetitividad) y la posibilidad de desarrollar y aplicar nuevos conocimientos y habilidades (Karasek y Theorell, 1990; Kohn et al., 1990; Link et al., 1993).<sup>8</sup> Existe una distribución de estas cualidades de acuerdo a la estratificación socioeconómica: por lo regular los sujetos de estratos altos en sus ocupaciones pueden controlar su propio trabajo y en ocasiones el trabajo de otras personas (Karasek y Theorell, 1990; Link et al., 1993; Marmot y Feeney, 1996).

El control del trabajo puede tener efectos benéficos sobre la salud mental ya que puede permitir afrontar las demandas del mismo trabajo, pero también porque promueve el desarrollo del sentido de control personal, el cual puede tener efectos positivos fuera de la esfera laboral. Respecto al primer mecanismo, Karasek y Theorell (1990) han demostrado que las demandas laborales en sí mismas no generan daños a la salud, sino que son las demandas laborales en ausencia de control sobre el trabajo.

La posibilidad de tener control sobre el proceso de trabajo puede redundar en un incremento del sentido del control personal,<sup>9</sup> el cual ha sido definido como la orientación cognitiva que atribuyen ciertos eventos, como el éxito o el fracaso, a atributos personales, como la habilidad o el esfuerzo (Aneshensel, 1992; Link et al., 1993). Aunque el control personal es un atributo de los individuos, tiene su origen en la estratificación socioeconómica ya que los individuos de estratos altos presentan con mayor frecuencia esta característica, lo cual se debe a que esta concepción sobre la realidad proviene de las exigencias de la vida, las cuales no están distribuidas homogéneamente dentro de una sociedad o entre sociedades (Aneshensel, 1992).

En el caso de los individuos de los estratos bajos, sus condiciones de vida se caracterizan por recursos y oportunidades insuficientes, alternativas restringidas y trabajos que limitan la autonomía; estas condiciones de vida en conjunto significan

---

<sup>8</sup> El concepto de "control sobre el trabajo" es sinónimo a las nociones de "auto-dirección ocupacional" de Kohn et al. (1990) y de "autonomía" de Wright (1982).

<sup>9</sup> Aneshensel (1992:27) considera que el término "control personal" es sinónimo de otros conceptos como auto-eficacia, maestría (*mastery*), locus interno de control, control percibido sobre el ambiente e instrumentalismo. Los términos que son antónimos de los anteriores son fatalismo, locus externo de control, falta de poder (*powerlessness*) y desesperanza (*helplessness*) aprendida.

una ausencia de poder, lo cual puede expresarse en una percepción de la realidad caracterizada por rigidez personal, fatalismo, conservadurismo autoritario, desconfianza, conformidad con eventos externos y énfasis en las reglas y la organización (Kohn et al., 1990; Aneshensel, 1992). El consumo de alcohol entre los estratos bajos puede ser una respuesta ante las demandas laborales y el bajo control sobre el trabajo que caracterizan a las ocupaciones de estos estratos (Muntaner et al., 1998).

Por el contrario, las personas que pueden ejercer control sobre su trabajo pueden desarrollar un sentido de control personal mediante tres procesos (Link et al., 1993; Kohn et al., 1990): a) Los individuos que tienen control sobre su trabajo se enfrentan a diferentes retos en su ambiente laboral, esto promueve una orientación activa para la solución de problemas distintos a los del trabajo y el desarrollo de confianza en las habilidades que se tienen para responder efectivamente en los retos que sucedan en el futuro. b) Entre las personas que controlan su trabajo en ocasiones también controlan el trabajo de otras personas, esta situación implica que para alcanzar las metas de uno se cuentan con recursos del trabajo de otros, es decir, se amplía la capacidad para realizar las cosas que se desean lo que potencialmente puede mejorar el sentido de control personal. c) Cuando una persona controla las actividades de otra, cada uno puede hacer conclusiones sobre sus habilidades, no sólo para la tarea específica que realiza en el trabajo, sino para otras situaciones distintas a la ocupación. Por ejemplo, los trabajadores pueden atribuir a su jefe mayores habilidades para afrontar un problema o tarea, además el mismo jefe puede atribuirse esas capacidades; esta atribución de capacidades (que pueden ser reales o no) por las características del puesto de trabajo puede potencialmente incrementar la confianza de las personas sobre su capacidad para controlar las exigencias de la vida. De acuerdo con Kohn et al. (1990) es de mayor relevancia el control sobre el trabajo de uno mismo que el control sobre el control del trabajo de otros; esta precisión es importante ya que implica que para que el trabajo tenga efectos protectores contra la enfermedad mental no es necesario supervisar el trabajo de otros, por tanto es esperable que, por ejemplo, no existan diferencias entre supervisores y profesionistas (los primeros ejercen control sobre el trabajo de otros,

pero ambos ejercen control sobre su trabajo), pero si existirán diferencias entre éstas dos ocupaciones y los obreros (estos últimos no ejercen control sobre su trabajo).

Si la ocupación es significativa y genera satisfacción para los sujetos, entonces puede tener elementos protectores de la salud mental ya que la identidad de las personas se constituye, en parte, en función del estatus de la ocupación (Myers et al., 1975). El control personal se asocia de forma negativa con distintas medidas de estrés psicológico, lo cual puede ser atribuido a que las personas que tienen este rasgo perciben que los fenómenos que ocurren a su alrededor están bajo su control o bien porque cuando llegan a enfrentarse a problemas o dificultades utilizan estrategias de afrontamiento enfocados en la búsqueda de soluciones (Kohn et al., 1990; Aneshensel, 1992; Link et al., 1993; Turner y Lloyd, 1999). Cabe señalar que Stansfeld et al. (1998), a partir del estudio Whitehall II con burócratas de Inglaterra, documentaron que los empleados en rangos inferiores tenían niveles menores de bienestar psicológico y mayores de depresión que los empleados de rangos más altos, lo cual se debía principalmente a que en sus trabajos no tenían capacidad de decisión ni la posibilidad de desarrollar nuevos conocimientos y habilidades; el apoyo social también contribuyó a las diferencias pero en menor magnitud. En ese mismo estudio se observaron resultados similares teniendo como variable dependiente al funcionamiento mental, medido éste a través de la encuesta general de salud SF-36 (Martikainen et al., 1999).

La hipótesis sobre el papel mediador del control sobre el trabajo y el sentido de control personal es derivada de la conceptualización marxista de clase social pues en esta se considera central las relaciones sociales que se establecen a partir de la producción (Wohlfarth, 1997; Muntaner et al., 1998; 2003), mientras que la conceptualización funcionalista hace más énfasis en el contenido técnico y al prestigio asociado con las ocupaciones y su relación con la salud (Kessler, 1982).

#### **IV.4. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS**

Los trastornos mentales pueden tener una expresión sintomatológica mediada por elementos sociales, culturales y de personalidad. El ejemplo más claro de esto es la diferencia por sexos. El hecho de que en varones sean más frecuentes los trastornos

por consumo de alcohol y uso de sustancias sólo puede ser atribuido a la construcción social de la masculinidad, mientras que la construcción social de la feminidad es la que permite comprender por qué en las mujeres predominan los trastornos afectivos y de ansiedad (Granados y Ortiz, 2003). Es decir, ante estresores similares que provocan respuestas psicológicas y fisiológicas similares, los hombres y las mujeres tendrán expresiones sintomáticas distintas debido a que culturalmente a cada sexo se le permite ciertas formas de manifestar su malestar, mientras que se le prohíbe otras.

Al respecto hay que mencionar que: a) Existen claras diferencias en función del sexo respecto al tipo de trastorno mental que son más frecuentes ya que en los varones son más elevadas las prevalencias de los trastornos relacionados con el consumo y abuso de alcohol y otras drogas, mientras que en las mujeres predominan los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad (Medina-Mora et al., 2003; Caraveo-Anduaga et al., 1999; Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2002; Villatoro et al., 1999; Granados y Ortiz, 2003; Kessler et al., 1994). b) Existen diferencias entre los sexos respecto a los indicadores socioeconómicos que se relacionan con los trastornos mentales, los estresores que presentan con mayor frecuencia e incluso, ante un mismo estresor, hombres y mujeres responden de forma diferencial. En los varones los trastornos mentales se han asociado más con el ingreso, mientras que en las mujeres el mejor predictor de los mismos ha sido la escolaridad; además, mientras que en los varones era más importante el ingreso personal, en las mujeres fue de mayor relevancia el ingreso de otros miembros de la familia (Kessler, 1982). En un estudio (Aneshensel et al., 1991) se observó que entre los hombres el estar casado reducía la probabilidad de trastornos afectivos, pero en las mujeres esta asociación no se observó; además, en los varones, pero no en las mujeres, la existencia de eventos estresantes que le ocurrían al entrevistado incrementaba el riesgo de trastornos por alcohol y uso de sustancias; mientras que en ambos sexos la ocurrencia de un evento estresante a una persona cercana incrementaba el riesgo de trastornos por alcohol y uso de sustancias; por último, en las mujeres las dificultades financieras incrementaron el riesgo de trastornos afectivos y de ansiedad, pero no en los varones. En otro estudio, entre las mujeres existieron pocas



diferencias en el funcionamiento mental de acuerdo a la ocupación, mientras que en lo hombres ésta tuvo un peso importante (Martikainen et al., 1999).

•

•

•

•

## V. MATERIAL Y MÉTODO

Considerando los antecedentes conceptuales, las hipótesis que se plantearon para dirigir el análisis fueron:

1. Las personas ubicadas en estratos inferiores tienen mayor riesgo de presentar trastornos mentales en comparación con las personas con posición socioeconómica alta.
2. La asociación de la posición socioeconómica en la niñez con los trastornos mentales en la vida adulta es independiente a la relación de los últimos con la posición socioeconómica en la vida adulta.
3. En las mujeres, pero no en los hombres, se observará asociación de la posición socioeconómica con trastornos afectivos y por ansiedad. Por el contrario, en los varones, pero no en las mujeres, se observará relación de la posición socioeconómica con los trastornos por consumo de sustancias.
4. La inseguridad financiera, el estatus social subjetivo y el apoyo social son variables que pueden explicar la relación entre la posición socioeconómica y los trastornos mentales.

### V.1. POBLACIÓN

Se analizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), la cual "se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado, cuya población blanco fue la población no-institucionalizada que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2 500 habitantes). La población urbana nacional, definida de esta manera, comprende alrededor del 75% de la población nacional" (Medina-Mora et al., 2003: 4).

Los estratos correspondieron a seis regiones: áreas metropolitanas (México, Guadalajara y Monterrey), noroeste (Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora), norte (Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León -excluyendo Monterrey-, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas), centro-oeste (Aguascalientes, Jalisco -excluyendo Guadalajara-, Colima, Guanajuato y Michoacán), centro-este

(Guerrero, Morelos, Estado de México -excluyendo el área metropolitana de la ciudad de México, Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla) y sureste (Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo). Las áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEBs), definidas por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), fueron utilizadas como las unidades primarias de muestreo (UPM). En cada región se seleccionaron 200 UPM y al interior de ellas se seleccionaron 5 unidades secundarias de muestreo (USM) conformadas por manzanas o grupos de manzanas. Dentro de cada USM se seleccionaron grupos compactos de 10 viviendas. En cada hogar se entrevistó a una persona. Los criterios para ser incluidos en la muestra fueron: personas que hablaran español; que normalmente comieran, durmieran, prepararan los alimentos y se alojaran en ese hogar; y que en el momento de la entrevista tuvieran de 18 a 65 años de edad.

El trabajo de campo se realizó en dos fases, comenzando en septiembre del 2001 y concluyendo en mayo del 2002. En la primera fase, de septiembre a diciembre del 2001, se visitaron 10,377 viviendas, a las cuales se acudió en un máximo de 4 o 5 ocasiones. La segunda fase, de enero a mayo del 2002, tuvo como objetivo obtener un mayor número de entrevistas completas. Se acudió a las viviendas de una sub-muestra sistemática de 21 UPM de la ciudad de México y de 40 UPM del resto del país. Se completaron hasta 10 u 11 re-visititas a cada hogar que no había participado en la fase previa y/o a cada individuo que no había sido entrevistado en la fase previa. Al término del trabajo de campo, la muestra estuvo conformada por 5,826 entrevistas completas, además en una sub-muestra (n=2,432) se aplicó la versión larga de la entrevista. "La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3%, y la tasa ponderada de respuesta a nivel individual fue de 76.6%. El motivo principal para no participar a nivel del hogar fue "nadie en la casa" (12.8% de los hogares elegibles). El rechazo directo fue infrecuente (5.2%). El motivo principal para la no-participación a nivel del individuo fue "ausente al momento de la entrevista" (7.8% de los individuos listados). El rechazo directo fue infrecuente (6.2% de los individuos listados)" (Medina-Mora et al., 2003).

## V.2. VARIABLES

### V.2.1. Variables dependientes: trastornos mentales

Además de su representatividad, la ENEP cuenta con la fortaleza de haber derivado diversos diagnósticos mediante la aplicación computarizada de una entrevista psiquiátrica estandarizada (Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico, CAPI versión 15) (Medina-Mora et al., 2003). Los diagnósticos estudiados en la ENEP fueron definidos utilizando la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la cuarta versión del DSM. En este trabajo se analizaron los casos de trastornos mentales en la vida y en los últimos 12 meses contruidos con los criterios del DSM-IV. Se formaron tres grupos de trastornos:

1) Trastornos afectivos: episodio depresivo mayor, episodio depresivo menor, distimia y trastorno bipolar.

2) Trastornos de ansiedad: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia sin trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno de estrés post-traumático y trastorno de ansiedad por separación en la vida adulta (sólo utilizado en las estimaciones de 12 meses) y trastorno de ansiedad por separación (sólo utilizado en las estimaciones en la vida).

3) Trastornos por uso de sustancias: consumo perjudicial (abuso) de alcohol, dependencia al alcohol, consumo perjudicial (abuso) de drogas y dependencia a las drogas (i.e. marihuana, cocaína, medicamentos, heroína, opio, inhalables, peyote o LSD).

A partir de estos grupos de diagnósticos se formaron dos variables: 1) Algún trastorno: se consideró caso a las personas que habían experimentado uno de los trastornos de los tres grupos estudiados. 2) Comorbilidad: se sumó el número de trastornos que tenía una misma persona y se formaron cuatro categorías: sin trastornos, 1 diagnóstico, 2 diagnósticos y 3 o más diagnósticos.

Se evaluó la severidad de los trastornos (Medina-Mora et al., 2005; WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004) fue clasificada en leve, moderada y severa. Los trastornos severos fueron definidos como como sigue: que cubrieran los criterios para trastornos bipolar tipo I o dependencia a sustancias con un síndrome de dependencia fisiológico: haber tenido un intento de suicidio en conjunto con otro

ε

trastorno definido en el DSM-IV, reportar por lo menos dos áreas de funcionamiento con alteración severa debido a un trastorno mental identificasdo con las *Sheenan Disabilities Scales*, o reportar alteración en la función global con una puntuación de 50 o menos en el Global assessment of Functioning junto con algún trastorno definido de acuerdo al DSM-IV. Los entrevistados no fueron clasificados como portadores de un trastorno severo, sino de trastornos moderados si la alteración en el funcionamiento fue calificada como moderadas en algún dominio de las *Sheenan Disabilities Scales*, o si el entrevistado presentó dependencia a sustancias sin dependencia fisiológica. El resto de casos fueron clasificados como leves.

Se seleccionaron esos tres grupos de trastornos debido a que: a) Los trastornos afectivos, de ansiedad y por uso de sustancias son los padecimientos mentales más frecuentes en la población mexicana (Medina-Mora et al., 2003) y del mundo (Kessler et al., 1994). b) La evidencia disponible (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982:1274; Dohrenwend, 1990:41; Dohrenwend y Schwartz, 1995) muestra que la relación de la posición socioeconómica con los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias puede ser resultado de la causalidad social y no de la selección social.

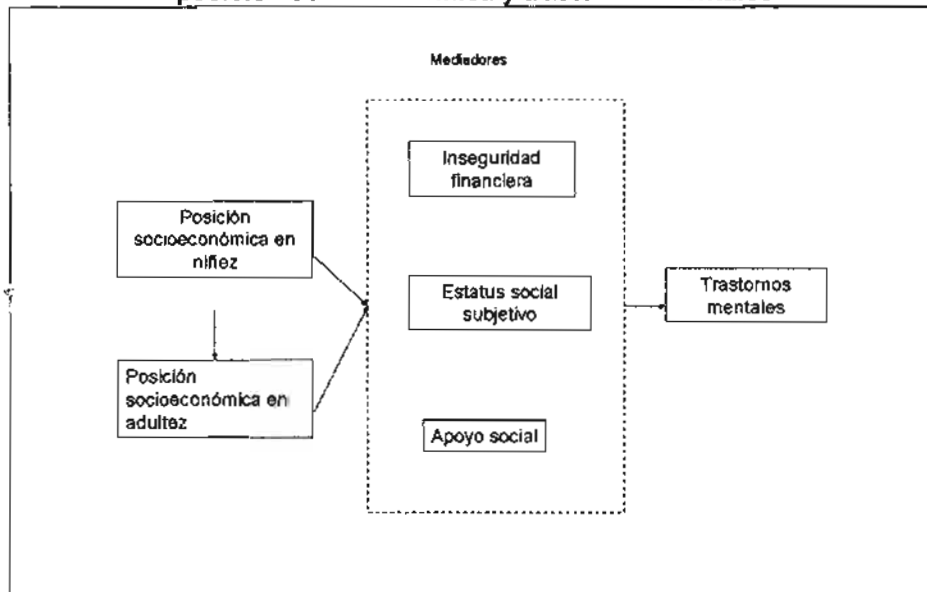
### **V.2.2. Variables independientes: estratificación socioeconómica**

Considerando el esquema conceptual (ver figura 1), para el análisis se distinguieron entre las variables independientes que son indicadores de la posición socioeconómica (escolaridad, ocupación, ingreso familiar y empleo), de las variables que median la relación entre ésta y los trastornos mentales (percepción de la posición en la jerarquía social, inseguridad financiera y apoyo social).

δ

ζ

Figura 1. Esquema conceptual sobre los procesos que explican la relación entre posición socioeconómica y trastornos mentales



Para los indicadores de posición socioeconómica, se distinguieron aquellos que daban cuenta de la posición socioeconómica del sujeto en su niñez, de aquellos que eran una aproximación a la posición socioeconómica en la vida adulta (i.e. situación en el momento de la entrevista).

**Indicadores de posición socioeconómica en la niñez.** La información sobre la ocupación y la escolaridad del tutor y de la tutora de los entrevistados fue utilizada como una aproximación a las condiciones socioeconómicas en las que nacieron y crecieron los primeros. En la encuesta se indagó la relación que tenía el entrevistado (en su niñez) con el varón jefe de familia (tutor) y la mujer jefa de familia (tutora), a partir de esta información se formaron tres grupos: padre o madre biológicos, otras relaciones de parentesco (madres o padres adoptivos, madrastra o padrastro y otra relación) y no había mujer o varón jefes de familia. En el caso del tutor, se obtuvo la información del tiempo que tuvo trabajo remunerado (incluye trabajo por cuenta propia o en negocio familiar), la cual fue utilizada como un indicador de la situación laboral, formándose dos categorías: empleado (incluye las opciones siempre y casi siempre) y desempleado (opciones algunas veces, casi nunca y nunca). Se preguntó la escolaridad (años estudiados en la escuela) tanto del tutor como de la tutora, a

partir de esta variable se formaron los siguientes grupos: sin escolaridad (cero años), primaria (1 a 6 años), secundaria y más (7 años o más).

Se contempló utilizar la información de la ocupación del tutor para formar clases ocupacionales de acuerdo al *Registrar-General* de Inglaterra (i.e. profesionistas y directivos; supervisores y técnicos; trabajadores calificados y semi-calificados; trabajadores sin calificación y sub-empleados) (Rose y O'Reilly, 1998; Szreter, 1984); sin embargo, 69% de los entrevistados no proporcionaron información suficiente para ubicarlos en alguna categoría.

**Indicadores de posición socioeconómica en la vida adulta.** A los entrevistados se les preguntó su situación laboral, así como la de sus parejas o esposo(a) (cuando aplicaba). Esta información se utilizó para derivar un indicador de empleo, formándose los siguientes grupos: empleados (opciones 'trabajando actualmente', 'jubilado(a)', 'licencia/baja por maternidad' y 'licencia/baja por enfermedad'), auto-empleados ('trabajo por cuenta propia'), desempleados ('buscando trabajo, desempleado(a)' y 'temporalmente desempleado(a)') y población económicamente inactiva ('ama de casa', 'estudiante', 'incapacidad/discapacidad' y 'otra'). Cuando el entrevistado fue ubicado dentro de la población económicamente inactiva, se le asignó –si era posible– la situación laboral de su pareja o esposo(a).

Al igual que con la ocupación del tutor, con la ocupación del entrevistado se planeó utilizar el esquema de *Registrar-General* para generar clases ocupacionales, sin embargo, 72% de los sujetos no proporcionaron suficiente información para ser ubicados en una categoría.

La escolaridad de los entrevistados fue clasificada en los siguientes grupos: primaria y menos (6 años o menos), secundaria y bachillerato (7 a 12 años) y profesional y más (13 años o más).

Para calcular el ingreso familiar se preguntaron las siguientes fuentes: ingresos personales del entrevistado, ingreso personal de la pareja o esposo(a), ingresos de otros miembros de la familia, ingresos por jubilaciones de la seguridad social, ingresos procedentes de programas de asistencia social gubernamentales y otras fuentes de ingreso (pensiones privadas, inversiones, pensión alimenticia o pensión de manutención). Para averiguar las distintas fuentes de ingreso, a los

entrevistados se les mostraba una tarjeta con respuestas, de la cuales tenían que elegir una de las siguientes opciones: a) \$0, b) \$1 a \$1,210, c) \$1,211 a \$3,630, d) \$3,631 a \$6,050, e) \$6,051 a \$8,470, f) \$8,471 a \$12,100 y g) \$12,101 o más. Para sumar las diferentes fuentes de ingreso se utilizó el valor medio de cada intervalo. Por ejemplo, si una persona señalaba que su ingreso personal se ubicaba en la categoría 'c' (\$1,211 a \$3,630), se consideraba que su ingreso era de \$2,420.50. La suma de todas las fuentes de ingreso fue dividido por el número de habitantes en la vivienda. Finalmente, se estimaron cuartiles de ingreso familiar por habitante en la vivienda.

**Movilidad social.** A partir de la escolaridad del entrevistado y de las escolaridades del tutor y la tutora se crearon dos variables para evaluar la movilidad social. En el siguiente cuadro se muestra cómo se conformaron los cinco grupos derivados del cruce de las variables (permaneció en el estatus alto, permaneció en el estatus medio, permaneció en el estatus bajo, experimento movilidad descendente y experimento movilidad ascendente).

		Escolaridad de tutor o tutora		
		Sin escolaridad	Primaria	Secundaria y más
Escolaridad del entrevistado	Primaria o menos	Estatus bajo	Descendente	Descendente
	Secundaria y bachillerato	Ascendente	Estatus medio	Descendente
	Profesional y más	Ascendente	Ascendente	Estatus alto

\*

### V.2.3. Variables mediadoras

**Inseguridad financiera.** En una pregunta a los entrevistados se les pedía que evaluaran en que medida el dinero con que contaban les alcanzaba para cubrir sus necesidades (¿En general diría que usted o que su familia tiene más dinero del que necesita, suficiente dinero para sus necesidades o no tiene suficiente para cubrir sus necesidades?). A partir de esta pregunta se formaron dos grupos: a) Con seguridad financiera: incluye las respuestas 'más de lo que necesita' y 'suficiente'. b) Con inseguridad financiera: incluye la respuesta 'no tiene suficiente'.



**Apoyo social.** Se crearon dos escalas de apoyo social en función del tipo de apoyo: 1) Con dos preguntas se evaluó la existencia de apoyo emocional: ¿En qué medida puede desahogarse con sus familiares que no viven con usted si necesita hablar de sus preocupaciones? y ¿En qué medida puede desahogarse con sus amigos si necesita hablar de sus preocupaciones?. Para las dos preguntas existían cuatro opciones de respuesta, las cuales fueron dicotomizadas: con (opciones 'mucho' y 'regular') y sin (opciones 'un poco' y 'nada') apoyo. Se consideró que existía apoyo social cuando por lo menos en una de las dos preguntas los entrevistados respondieron afirmativamente. 2) Con otras dos preguntas se valoró el apoyo para la solución de problemas: ¿En qué medida puede contar con sus familiares que no viven con usted para que le ayuden si tiene un problema importante? y ¿En qué medida puede contar con sus amigos para que le ayuden si tiene un problema importante?. Las preguntas fueron analizadas de la misma forma que las referentes al apoyo emocional.

**Estatus social subjetivo.** La percepción de la posición en la jerarquía social fue evaluada mediante dos preguntas en las que a los entrevistados se le enseñaba el dibujo de una escalera con diez peldaños (de 0 a 10) y se les explicaba que los peldaños de arriba correspondían a las personas que poseían más dinero y educación y que estaban empleados en ocupaciones más respetadas, por el contrario los peldaños de abajo correspondían a las personas con menor ingreso y escolaridad y que trabajaban en empleos menos respetados. Posteriormente se les pedía que indicaran cuál consideraban que era el peldaño en el que se ubicaban. Para responder los entrevistados tenían que tomar como referencia a otras personas de su país y a otras personas de su comunidad. Para el análisis se formaron grupos tomando como puntos de corte la mediana de cada una de las variables. Para la posición social percibida en función del país los grupos fueron: 1) hasta la mediana: de 0 a 6, y 2) arriba de la mediana: de 7 a 10. Para la posición social percibida en función de la comunidad los grupos fueron: 1) hasta la mediana: de 0 a 7, y 2) arriba de mediana: de 8 a 10.

#### V.2.4. Otras variables

Al análisis se incorporaron otras variables con el fin de conocer las características sociodemográficas de la población, además de que fueron considerados potenciales confusores. Se identificó la región en la residían los entrevistados: áreas metropolitanas, noroeste, norte, centro-oeste, centro-este y sureste. Otra variable estudiada fue el tamaño de la ciudad donde residían los entrevistados, para la cual se formaron dos grupos (semi-urbana y urbana). La religión fue dicotomizada en católica y otras. A partir de la edad se formaron tres grupos: 18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 y más años. La población fue agrupada en tres categorías en función del estado civil: solteros; casados y en unión libre; y separados, divorciados y viudos.

### V.3. ANÁLISIS

Se analizó la submuestra de la ENEP (N=2,362), a la cual se aplicó la versión extensa del cuestionario. Para el análisis estadístico se consideró el diseño muestral complejo de la ENEP, el cual fue probabilístico, estratificado y polietápico. Para ello, se utilizaron los programas SAS (versión 9.1.1) y SUDAAN (versión 9). En todas las estimaciones se consideraron ponderadores, los cuales fueron derivados considerando cuatro factores: 1) el inverso de la probabilidad de selección del entrevistado dada la composición de la vivienda donde vivía, 2) la probabilidad de participar en las re-visitas, 3) proceso de post-estratificación de acuerdo a la estructura por edad y sexo con base en los resultados del Censo de Población del 2000 y 4) la probabilidad de haber sido seleccionado para responder la versión larga del cuestionario, la cual era de 1 si presentaban resultados positivos en el tamizaje para identificar posibles casos de trastornos mentales o variaba en función del tamaño del hogar si tenían resultados negativos en el tamizaje. Los programas utilizados calculan errores estándares de las estimaciones utilizando el método de Linearización de Taylor.

Se calculó la distribución de la población de acuerdo a características socioeconómicas y demográficas (cuadro 1 y 2). Se estimó la prevalencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses y en la vida (cuadro 3). Para conocer si existían diferencias en la distribución de la posición socioeconómica en la vida adulta

en función de la posición socioeconómica en la niñez se estimó la prueba de chi cuadrada de Pearson (cuadro 4).

Para conocer la asociación de los indicadores de la posición socioeconómica con los trastornos mentales en la vida (cuadros 5 a 8) y en los últimos 12 meses (cuadro 10 a 15) se estimaron modelos de regresión logística (comando 'PROC SURVEYLOGISTIC' del programa SAS). En el caso de la severidad de los trastornos y la comorbilidad se estimaron modelos de regresión para variables ordinales (comando 'PROC MULTILOG' del programa SUDAAN). Para estimar los modelos de regresión el programa SAS utiliza el método de máxima verosimilitud. La estimación de la varianza se hace en función de la variación entre las UPM; al tiempo de considera las varianzas de los estratos para hacer una estimación global de la varianza. Las estimaciones de las pruebas de hipótesis y de los intervalos de confianza dependen de estas estimaciones de las varianzas. En el caso de las variables con tres o más categorías se crearon variables *dummy*. En todos los casos, primero se evaluó el efecto de cada indicador de la posición socioeconómica por separado (modelos A), posteriormente se construyeron dos modelos: en uno se incluía los indicadores de posición socioeconómica en la niñez y en otro los de la vida adulta (modelos B), finalmente en un solo modelo se incluían todas las variables de la posición socioeconómica (modelo C). Todos los modelos fueron ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. A partir de los modelos se obtuvieron razones de momios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Para saber si existían diferencias entre hombres y mujeres en la asociación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales se realizó un análisis similar al descrito en el párrafo anterior pero estratificado por sexo (cuadros 20 a 27). En este caso se utilizó la opción 'SUBPOPN' del comando 'proc RLOGIST' del programa SUDAAN, el cual permite estimar modelos de regresión logística en un grupo de la muestra, pero considera todos los datos contenidos en la base para estimar los modelos, con lo cual se obtienen estimaciones que consideran el diseño muestral. El uso de la opción 'SUBPOPN' corresponde al supuesto de que incluso si no existen

individuos en una UPM en la muestra, puede haber alguno en el universo, por lo cual su contribución a la varianza estimada debe ser calculada.

Se estimó la distribución de la población de acuerdo a las variables mediadoras: inseguridad financiera, apoyo social y estatus social subjetivo (cuadro 28). Para conocer si existían diferencias en la distribución de las variables mediadoras de acuerdo a la posición socioeconómica se estimó la prueba de chi cuadrada de Pearson (cuadros 29 y 30). Mediante modelos de regresión logística o para variables ordinales se analizó la asociación de las variables mediadoras con los trastornos mentales (cuadros 31 a 33).

Mediante modelos de regresión logística o para variables ordinales se evaluó la contribución de las variables mediadoras a la asociación de los indicadores de la posición socioeconómica con los trastornos mentales (cuadros 34 a 38). En un primer modelo se incluyeron todos los indicadores de la posición socioeconómica (modelo A), en otro modelo además se incorporó el indicador de inseguridad financiera (modelo B), en otra regresión se incluyeron los indicadores de estatus social subjetivo (modelo C) y en otro modelo se agregaron las variables de apoyo social (modelo D).

✶

✶

## VI. RESULTADOS

## VI.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN

En el cuadro 1 se muestran las características demográficas de la población. La proporción de mujeres fue un poco mayor a la de los hombres; el grupo de edad que más predominó fue el de 18 a 29 años, seguido por el de 30 a 44 años; la mayoría contaba con una relación de pareja y casi nueve de cada diez profesaban la religión católica. Entre las mujeres fueron más frecuentes las personas separadas, divorciadas o viudas; pero menos comunes las que nunca se han casado o unido. No existieron diferencias entre sexos respecto a la distribución por edad y religión.

Cuadro 1. Características demográficas de la población adulta urbana de México, 2002

	Total %	Hombres %	Mujeres %	<i>p</i>
	(N)	(N)	(N)	
Sexo				
Hombres	47.7			
Mujeres	52.3			
	(2362)			
Edad				
18 a 29	41.3	42.3	40.3	0.643
30 a 44	34.6	33.4	35.7	
45 a 65	24.1	24.3	24.0	
	(2362)	(1127)	(1235)	
Estado civil				
Casado y unión libre	67.3	67.7	67.0	0.000
Separados, divorciados y viudos	7.1	3.2	10.6	
Nunca casado o unido	25.6	29.1	22.5	
	(2362)	(1127)	(1235)	
Religión				
Otros	13.3	13.9	12.8	0.619
Católica	86.7	86.1	87.2	
	(2356)	(1123)	(1233)	

Los indicadores de la posición socioeconómica de la población se presentan en el cuadro 2. El 7% de los entrevistados reportó que en su infancia el jefe de su familia se mantuvo la mayor parte del tiempo desempleado; la primaria fue la escolaridad que predominó tanto en la mujer como en el varón jefe de familia. En estas tres variables no existieron diferencias entre hombres y mujeres.

**Cuadro 2. Características socioeconómicas de la población adulta urbana de México, 2002**

	Total	Hombres	Mujeres	
	%	%	%	<i>p</i>
	(N)	(N)	(N)	
<b>Niñez</b>				
Situación laboral del jefe de familia				
Desempleado	7.1	7.6	6.6	0.556
Empleado	92.9	92.4	93.4	
	(2359)	(1125)	(1234)	
Escolaridad del tutor				
Sin escolaridad	27.8	27.0	28.6	0.404
Primaria (1-6 años)	51.0	49.9	51.9	
Secundaria y más	21.2	23.1	19.5	
	(1930)	(919)	(1011)	
Escolaridad de la tutora				
Sin escolaridad	30.6	28.9	32.2	0.377
Primaria	54.1	54.5	53.8	
Secundaria y más	15.2	16.6	14.0	
	(2182)	(1053)	(1129)	
<b>Adulthood</b>				
Situación laboral del jefe de familia				
Empleado	79.7	77.3	82.0	0.042
Auto-empleado	14.9	15.0	14.9	
Desempleado	5.4	7.7	3.1	
	(2067)	(1018)	(1049)	
Escolaridad				
Primaria y menos	34.4	27.5	40.8	0.000
Secundaria y bachillerato	46.9	50.6	43.5	
Profesional y más	18.7	21.9	15.8	
	(2358)	(1126)	(1232)	
Ingreso				
Cuartil I	25.0	23.4	26.5	0.005
Cuartil II	25.5	21.7	28.9	
Cuartil III	24.5	26.9	22.3	
Cuartil IV	25.0	27.9	22.3	
	(2362)	(1127)	(1235)	

Respecto a los indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta, en 5% de los hogares el jefe de familia estaba desempleado y 15% eran auto-empleados; secundaria y bachillerato fueron las escolaridades más frecuentes. Respecto a los varones, fueron mayores las proporciones de mujeres que se ubicaron en los niveles bajos de escolaridad e ingreso.

En el cuadro 3 se presenta la relación de la posición socioeconómica en la niñez con la posición en la vida adulta. La situación laboral del jefe de familia en la niñez no se relacionó con los tres indicadores de posición socioeconómica en la vida adulta. La baja escolaridad del jefe de familia varón en la niñez se relacionó con mayor probabilidad de que el jefe de familia en la vida adulta sea auto-empleado, que el entrevistado tenga baja escolaridad y el ingreso familiar sea bajo. La baja escolaridad de la mujer jefa de familia en la niñez se relacionó con baja escolaridad del entrevistado y bajo ingreso familiar.

**Cuadro 3. Relación de la posición socioeconómica en la niñez con la posición socioeconómica en la adultez**

	Situación laboral del jefe de familia			Escolaridad del tutor				Escolaridad de la tutora			
	DE	EM	<i>p</i>	SE	PR	≥S	<i>p</i>	SE	PR	≥S	<i>p</i>
	%	%		%	%	%		%	%	%	
<b>Situación laboral del jefe de familia</b>											
Empleado	79.8	79.7	0.111	78.6	82.0	87.2	0.002	78.3	81.2	85.5	0.220
Auto-empleado	18.2	14.7		17.6	12.9	7.7		16.9	12.8	11.4	
Desempleado	2.0	5.6		3.9	5.1	5.2		4.8	6.0	3.1	
<b>Escolaridad</b>											
≤ Prim	45.9	33.5	0.101	63.0	26.7	4.8	0.000	58.6	25.0	5.2	0.000
S/B	41.1	47.4		32.3	53.8	51.6		34.2	56.6	46.0	
≥ Prof	13.0	19.1		4.7	19.5	43.6		7.2	18.5	48.9	
<b>Ingreso</b>											
Cuartil I	20.8	25.3	0.470	35.9	20.2	16.4	0.000	35.9	21.6	10.9	0.000
Cuartil II	27.4	25.4		25.7	26.3	18.4		23.9	27.6	10.3	
Cuartil III	29.8	24.1		23.2	27.1	23.4		24.4	26.9	18.8	
Cuartil IV	21.9	25.2		15.2	26.5	41.8		15.8	23.9	51.0	

Abreviaturas: DE, desempleados; EM, empleados; SE, sin escolaridad; PR, primaria; ≥S, secundaria o más; ≤Prim; primaria o menos; S/B, secundaria y bachillerato; ≥Prof, profesional o más.

La prevalencia de trastornos mentales en la población urbana de México se presenta en el cuadro 4. El 12% de la población padeció algún trastorno en el último año respecto a la aplicación de la encuesta; mientras que una cuarta parte de la

población ha sufrido por lo menos un trastorno en algún momento de su vida. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% en la vida), seguidos por los afectivos (8.6%) y los relacionados con el uso de sustancias (7.9%). En el último año, el 3.9% de las personas ha padecido dos o más trastornos y la severidad leve fue la más común (5.6%). No existieron diferencias entre sexos en la prevalencia global de trastornos mentales; sin embargo, en las mujeres fueron más frecuentes los trastornos afectivos y de ansiedad; mientras que en los hombres fue más alta la tasa de trastornos por sustancias. La comorbilidad en los últimos 12 meses fue más frecuente en las mujeres que en los hombres (4.7% versus 3.0%). Respecto a los hombres, en las mujeres fueron más frecuentes los trastornos leves y moderados, pero menos comunes los severos.

**Cuadro 4. Prevalencia de trastornos mentales en población adulta urbana de México, 2002**

	Total		Últimos 12 meses			En la vida		
	12M	V	H	M	<i>p</i>	H	M	<i>p</i>
	%	%	%	%		%	%	
Trastornos afectivos	4.8	9.2	3.1	5.6	0.000	6.0	11.0	0.000
Trastornos de ansiedad	6.6	14.3	5.5	11.0	0.000	10.6	17.6	0.000
Trastornos de sustancias	2.5	6.8	5.1	0.1	0.000	15.3	1.1	0.000
Algún trastorno	12.1	25.7	11.1	13.9	0.091	24.8	23.5	0.584
Comorbilidad								
Sin trastorno	87.4	75.9	88.9	86.1	0.028	75.2	76.5	0.313
1 trastorno	8.7	15.8	8.1	9.2		17.0	14.8	
2 trastornos	2.7	5.0	2.3	3.0		5.0	5.0	
≥ 3 trastornos	1.2	3.3	0.7	1.7		2.8	3.7	
Severidad de los trastornos								
Sin trastorno	87.8		87.8	84.8	0.000			
Leve	4.9		5.3	5.9				
Moderado	3.6		2.8	6.3				
Severo	3.7		4.1	3.0				

Abreviaturas: 12M, prevalencia en los últimos doce meses; V, prevalencia en la vida; H, hombres; M, mujeres.



## VI.2. POSICIÓN SOCIOECONÓMICA Y TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN TOTAL

La asociación de la posición socioeconómica en la niñez y en la vida adulta con la prevalencia en la vida de los trastornos afectivos se presenta en el cuadro 5. No se observó ninguna asociación.

**Cuadro 5. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con los trastornos afectivos en la vida**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral de jefe de familia <sup>1</sup>						
Desempleado	0.71	0.43-1.18	0.65	0.32-1.32	1.35	0.66-2.74
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	0.80	0.54-1.20	0.81	0.44-1.52	0.68	0.36-1.28
Primaria	0.93	0.65-1.33	0.96	0.60-1.53	0.80	0.49-1.29
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	0.86	0.48-1.53	1.05	0.46-2.40	1.04	0.38-2.80
Primaria	0.85	0.54-1.33	0.93	0.50-1.72	0.94	0.45-1.97
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado	1.07	0.75-1.53	1.05	0.74-1.51	1.18	0.78-1.78
Desempleado	1.24	0.72-2.14	1.21	0.69-2.12	1.15	0.62-2.13
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos	1.07	0.69-1.67	1.01	0.57-1.76	1.12	0.61-2.07
Secundaria y bachillerato	1.04	0.72-1.51	1.00	0.60-1.65	1.11	0.66-1.88
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I	1.01	0.74-1.38	1.06	0.73-1.54	1.24	0.80-1.96
Cuartil II	1.03	0.74-1.45	1.09	0.71-1.54	1.22	0.74-2.01
Cuartil III	0.97	0.67-1.42	0.93	0.56-1.53	0.86	0.51-1.46

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

La relación de los trastornos de ansiedad en la vida con la posición socioeconómica se presenta en el cuadro 6. Los trastornos de ansiedad fueron menos frecuentes en los entrevistados que reportaron que sus tutoras tenían una escolaridad de primaria (efecto principal de la variable:  $\chi^2=9.74$ ,  $p=0.007$ ). La escolaridad de la jefa de familia mantuvo su relación después de ajustar por los otros indicadores de la posición

socioeconómica en la niñez ( $\chi^2=9.37$ ,  $p=0.009$ ) y en la vida adulta ( $\chi^2=6.58$ ,  $p=0.037$ ). Los sujetos que habitaban hogares del cuartil inferior de ingreso tuvieron menor probabilidad trastornos de ansiedad (efecto principal de la variable:  $\chi^2=9.51$ ,  $p=0.023$ ); sin embargo la relación desapareció al ajustar por los otros indicadores de la posición socioeconómica en la adultez ( $\chi^2=2.67$ ,  $p=0.445$ ).

**Cuadro 6. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con los trastornos de ansiedad en la vida**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral del jefe de familia <sup>1</sup>						
Desempleado	1.22	0.69-2.15	1.27	0.61-2.64	0.64	0.29-1.40
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	0.82	0.54-1.24	0.69	0.41-1.17	0.90	0.51-1.60
Primaria	0.89	0.61-1.29	1.01	0.68-1.50	1.09	0.70-1.70
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.01	0.60-1.70	1.30	0.63-2.67	1.72	0.74-4.01
Primaria	0.64	0.44-0.95	0.68	0.41-1.09	0.86	0.48-1.54
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado	0.74	0.53-1.02	0.76	0.55-1.05	0.86	0.59-1.26
Desempleado	0.86	0.52-1.41	0.94	0.56-1.58	0.92	0.41-2.05
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos	0.82	0.55-1.23	0.99	0.61-1.62	0.65	0.36-1.17
Secundaria y bachillerato	0.81	0.56-1.16	0.92	0.57-1.48	0.92	0.41-2.05
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I	0.63	0.46-0.85	0.76	0.51-1.13	0.87	0.55-1.37
Cuartil II	0.80	0.59-1.07	0.98	0.66-1.44	1.10	0.70-1.72
Cuartil III	0.85	0.60-1.20	1.02	0.70-1.49	1.19	0.79-1.79

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

En el cuadro 7 se presenta la asociación de los trastornos por sustancias en la vida con la posición socioeconómica. Los entrevistados que reportaron que su tutor no tenían escolaridad tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos por sustancias respecto a los que reportaron que su tutor contaba con secundaria o más; la misma tendencia se observó con la escolaridad de la jefa de familia. Cuando se

ajustaron por los indicadores de la posición socioeconómica en la niñez, sólo se mantuvieron las diferencias para la última; sin embargo, al considerar los indicadores de la vida adulta la relación se perdió.

**Cuadro 7. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con los trastornos por sustancias en la vida**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral del jefe de familia <sup>1</sup>						
Desempleado	0.92	0.51-1.66	0.86	0.31-2.33	1.04	0.36-3.02
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.90	1.01-3.58	1.11	0.49-2.53	0.84	0.35-2.01
Primaria	1.02	0.61-1.71	0.71	0.39-1.26	0.64	0.33-1.24
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	2.60	1.27-5.30	2.99	1.07-8.32	2.37	0.69-8.19
Primaria	1.61	0.90-2.90	2.10	0.97-4.55	1.81	0.67-4.89
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado	1.80	1.06-3.05	1.77	1.07-2.93	1.65	0.88-3.08
Desempleado	2.65	0.99-7.12	2.62	0.92-7.44	1.79	0.58-5.52
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos	4.17	2.27-7.66	4.62	2.25-9.54	3.23	1.35-7.72
Secundaria y bachillerato	2.04	1.19-3.50	2.12	1.07-4.20	1.84	0.83-4.10
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I	1.30	0.73-2.34	0.65	0.32-1.32	0.94	0.42-2.09
Cuartil II	1.10	0.71-1.72	0.69	0.42-1.15	0.62	0.30-1.28
Cuartil III	0.96	0.59-1.56	0.71	0.41-1.23	0.83	0.44-1.57

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

En comparación con los empleados, los auto-empleados tuvieron mayor riesgo de padecer trastornos por uso de sustancias ( $\chi^2=8.56$ ,  $p=0.013$ ); los desempleados también tuvieron mayor riesgo de estos trastornos, sin embargo las diferencias fueron marginales (OR=2.65, IC95% 0.99-7.12). La prevalencia en la vida de los trastornos por sustancias se incrementó conforme disminuyó la escolaridad ( $\chi^2=23.75$ ,  $p=0.001$ ). Después de ajustar por los indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta se mantuvieron los efectos de la situación laboral

( $\chi^2=8.08$ ,  $p=0.017$ ) y la escolaridad ( $\chi^2=22.73$ ,  $p<0.001$ ). Después de ajustar por los indicadores en la infancia, sólo se mantuvo la asociación con la escolaridad ( $\chi^2=8.08$ ,  $p=0.017$ ).

La relación de los indicadores de la posición socioeconómica con algún trastorno en la vida se presenta en el cuadro 8. No existió asociación alguna.

**Cuadro 8. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con algún trastorno en la vida**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral del jefe de familia en la niñez <sup>1</sup>						
Desempleado	1.04	0.64-1.71	1.14	0.60-2.16	0.72	0.35-1.48
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.04	0.67-1.60	0.91	0.52-1.58	0.89	0.49-1.61
Primaria	0.86	0.63-1.16	0.88	0.62-1.25	0.81	0.56-1.16
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.10	0.69-1.77	1.27	0.66-2.43	1.52	0.71-3.28
Primaria	0.79	0.55-1.12	0.88	0.55-1.41	1.08	0.60-1.95
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado	1.04	0.78-1.40	1.04	0.78-1.38	1.19	0.86-1.64
Desempleado	1.57	0.83-2.98	1.59	0.82-3.09	1.37	0.63-2.95
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos	1.27	0.89-1.81	1.51	0.96-2.36	1.18	0.70-1.97
Secundaria y bachillerato	1.02	0.77-1.36	1.15	0.77-1.71	1.12	0.74-1.71
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I	0.87	0.65-1.16	0.83	0.58-1.19	1.00	0.67-1.49
Cuartil II	0.86	0.67-1.11	0.88	0.63-1.24	0.89	0.60-1.31
Cuartil III	0.87	0.66-1.15	0.92	0.66-1.28	1.01	0.69-1.48

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

En el cuadro 9 se presenta la asociación de la posición socioeconómica con la morbilidad en la vida. Los entrevistados cuyo tutor estuvo desempleado tuvieron mayor riesgo de presentar dos trastornos, esta relación se mantuvo al considerar otros indicadores de la niñez, pero desapareció al incorporar los indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta. El habitar hogares que eran jefaturados

por personas desempleados y tener baja escolaridad se relacionó con mayor probabilidad de presentar dos trastornos; mientras que los sujetos del cuartil II de ingreso tuvieron menor riesgo de presentar un trastorno, pero las diferencias desaparecieron después de ajustar por los indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta.

**Cuadro 9. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con la comorbilidad en la vida (número de trastornos)**

	Modelos A			Modelos B			Modelo C		
	1	2	≥ 3	1	2	≥ 3	1	2	≥ 3
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
<b>Niñez</b>									
Situación laboral del jefe de familia en la niñez <sup>1</sup>									
Desempleado	0.82	<b>2.38</b>	1.06	0.74	<b>3.50</b>	1.14	0.61	2.67	1.01
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>									
Sin escolaridad	1.00	1.26	0.89	0.97	1.05	0.61	0.94	0.95	0.66
Primaria	0.75	0.95	1.117	0.82	0.82	1.17	0.76	0.74	1.01
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>									
Sin escolaridad	0.94	1.51	1.44	1.02	1.68	1.99	1.38	1.49	1.65
Primaria	0.70	1.01	0.93	0.77	1.26	0.96	1.09	1.21	0.82
<b>Adultez</b>									
Situación laboral <sup>3</sup>									
Auto-empleado	1.04	1.02	1.09	1.04	0.97	1.13	1.27	0.67	1.31
Desempleado	1.26	<b>2.74</b>	1.65	1.28	2.55	1.80	1.16	1.69	1.89
Escolaridad <sup>4</sup>									
Primaria y menos	1.15	<b>1.83</b>	1.39	1.49	1.95	1.24	1.27	1.40	0.96
Secundaria y bachillerato	0.92	1.41	1.20	1.09	1.55	1.00	1.21	1.06	0.95
Ingreso familiar <sup>5</sup>									
Cuartil I	0.79	1.25	0.91	0.82	0.89	0.81	0.89	1.67	0.78
Cuartil II	<b>0.68</b>	1.49	1.17	0.73	1.26	1.14	0.65	1.64	1.36
Cuartil III	0.80	0.90	1.36	0.92	0.75	1.31	0.94	1.12	1.26

A un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Los OR en **negritas** tuvieron intervalos de confianza estadísticamente significativos.

En el cuadro 10 se presenta la relación de la posición socioeconómica con los trastornos afectivos en los últimos 12 meses. Los sujetos que reportaron que en su infancia el jefe de su familia estuvo desempleado tuvieron menor riesgo de presentar trastornos afectivos; la relación se mantuvo al ajustar por otras variables

socioeconómicas de la niñez, pero desapareció al ajustar por los indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta. Las personas de menor ingreso presentaron mayor riesgo de tener trastornos afectivos, esta relación se mantuvo después de considerar los otros indicadores de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez.

**Cuadro 10. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con trastornos afectivos en los últimos 12 meses**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral del jefe de familia en la niñez <sup>1</sup>						
Desempleado	<b>0.53</b>	<b>0.30-0.95</b>	<b>0.41</b>	<b>0.17-0.98</b>	2.12	0.78-5.76
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.21	0.73-1.99	1.06	0.43-2.64	0.95	0.35- 2.58
Primaria	0.96	0.61-1.52	1.05	0.51-2.16	0.94	0.43-2.06
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.18	0.64-2.16	1.32	0.45-3.88	1.06	0.29-3.82
Primaria	0.76	0.46-1.25	0.78	0.33-1.84	0.62	0.22-1.76
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado	1.21	0.81-1.79	1.17	0.77-1.77	1.22	0.73-2.06
Desempleado	1.69	0.81-3.51	1.46	0.67-3.21	1.16	0.44-3.05
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos	1.60	0.92-2.78	1.35	0.64-2.83	1.17	0.47-2.63
Secundaria y bachillerato	1.22	0.72-2.08	1.17	0.55-2.51	1.26	0.56-2.84
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I	<b>1.59</b>	<b>1.02-2.47</b>	1.59	0.94-2.72	<b>1.95</b>	<b>1.06-3.61</b>
Cuartil II	<b>1.67</b>	<b>1.11-2.50</b>	1.61	0.93-2.77	<b>2.03</b>	<b>1.12-3.67</b>
Cuartil III	1.29	0.76-2.18	1.17	0.60-2.31	1.31	0.56-3.04

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

La asociación de la posición socioeconómica con los trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses se muestra en el cuadro 11. La relación del bajo ingreso con los trastornos de ansiedad fue evidente después de ajustar por otras variables socioeconómicas en la niñez y en la vida adulta.

**Cuadro 11. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral del jefe de familia <sup>1</sup>						
Desempleado	0.77	0.42-1.42	0.72	0.35-1.48	1.36	0.60-3.05
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.05	0.66-1.68	0.90	0.46-1.77	0.84	0.39-1.84
Primaria	0.97	0.64-1.49	1.11	0.65-1.91	0.96	0.53-1.74
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.21	0.69-2.12	1.35	0.59-3.10	1.51	0.55-4.14
Primaria	0.80	0.50-1.26	0.73	0.39-1.37	0.87	0.38-2.00
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado	0.72	0.49-1.05	0.71	0.48-1.05	0.69	0.44-1.08
Desempleado	1.15	0.62-2.12	1.11	0.59-2.11	1.17	0.49-2.82
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos	1.16	0.80-1.68	1.42	0.89-2.27	1.03	0.60-1.79
Secundaria y bachillerato	0.93	0.62-1.40	1.11	0.68-1.81	1.03	0.60-1.77
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I	0.89	0.62-1.27	1.04	0.66-1.65	1.27	0.77-2.11
Cuartil II	1.11	0.76-1.61	1.42	0.90-2.23	1.77	1.04-3.01
Cuartil III	0.86	0.58-1.26	1.09	0.67-1.79	1.20	0.68-2.10

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

En el cuadro 12 se muestra el riesgo de trastornos por uso de sustancias en los últimos 12 meses de acuerdo a la posición socioeconómica. La baja escolaridad de la tutora en la niñez se relacionó con un mayor riesgo de uso de sustancias, la asociación se mantuvo al ajustar por los indicadores de la posición socioeconómica en la niñez, pero desapareció al considerar las variables socioeconómicas de la vida adulta. La escolaridad de los entrevistados se relacionó negativamente con la prevalencia de trastornos de sustancias, la tendencia se mantuvo después de ajustar por los indicadores de la posición socioeconómica en la niñez y en la vida adulta.

**Cuadro 12. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con trastornos por uso de sustancias en los últimos 12 meses**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral del jefe de familia <sup>1</sup>						
Desempleado	1.02	0.38-2.74	0.47	0.12-1.75	1.69	0.44-6.57
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	1.47	0.63-3.44	0.64	0.23-1.76	0.45	0.14-1.45
Primaria	0.81	0.30-2.19	0.43	0.15-1.22	0.38	0.12-1.21
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	<b>3.59</b>	<b>1.20-10.75</b>	<b>6.97</b>	<b>1.66-29.19</b>	6.41	0.98-42.69
Primaria	<b>2.64</b>	<b>1.05-6.63</b>	<b>4.76</b>	<b>1.41-16.05</b>	5.10	0.95-27.42
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado	1.34	0.55-3.24	1.16	0.49-2.74	0.67	0.19-2.33
Desempleado	3.17	0.94-10.66	2.75	0.80-9.42	1.75	0.41-7.49
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos	<b>5.00</b>	<b>1.43-17.49</b>	<b>7.00</b>	<b>1.60-30.67</b>	<b>8.41</b>	<b>1.36-51.81</b>
Secundaria y bachillerato	2.76	0.98-7.81	<b>4.06</b>	<b>1.05-15.73</b>	4.47	0.81-24.75
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I	1.41	0.56-3.52	0.68	0.24-1.88	1.27	0.49-3.27
Cuartil II	1.15	0.49-2.68	0.66	0.28-1.54	0.61	0.22-1.75
Cuartil III	0.73	0.31-1.71	0.43	0.17-1.06	0.58	0.20-1.68

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

El riesgo de algún trastorno mental en los últimos 12 meses de acuerdo a la posición socioeconómica se presenta en el cuadro 13. El mayor riesgo de presentar algún trastorno observado en las personas de menor escolaridad permaneció después de ajustar por otros indicadores de la vida adulta, pero desapareció al considerar los de la niñez.



**Cuadro 13. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con algún trastorno en los últimos 12 meses**

	Modelos A		Modelos B		Modelo C	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Niñez</b>						
Situación laboral del jefe de familia en la niñez <sup>1</sup>						
Desempleado	0.74	0.42-1.29	0.61	0.31-1.20	1.49	0.69-3.20
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad						
Primaria	1.21	0.81-1.83	1.03	0.60-1.79	0.88	0.46-1.70
Primaria	0.85	0.62-1.18	0.91	0.58-1.41	0.78	0.48-1.26
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad						
Primaria	1.26	0.75-2.12	1.39	0.66-2.92	1.41	0.57-3.51
Primaria	0.82	0.55-1.21	0.85	0.47-1.53	0.94	0.44-2.02
<b>Adultez</b>						
Situación laboral <sup>3</sup>						
Auto-empleado						
Desempleado	0.91	0.67-1.24	0.87	0.65-1.18	0.89	0.58-1.36
Desempleado	1.78	0.88-3.60	1.60	0.77-3.31	1.35	0.57-3.23
Escolaridad <sup>4</sup>						
Primaria y menos						
Secundaria y bachillerato	1.54	1.03-2.31	1.83	1.14-2.93	1.51	0.92-2.48
Secundaria y bachillerato	1.07	0.75-1.53	1.29	0.85-1.95	1.27	0.84-1.93
Ingreso familiar <sup>5</sup>						
Cuartil I						
Cuartil II	1.13	0.79-1.62	1.13	0.75-1.70	1.48	0.95-2.30
Cuartil II	1.22	0.92-1.64	1.28	0.86-1.92	1.50	0.96-2.34
Cuartil III	0.85	0.60-1.20	0.88	0.58-1.34	1.04	0.64-1.69

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

La asociación de la posición socioeconómica con la comorbilidad en los últimos 12 meses se muestra en el cuadro 14. Los sujetos cuyos tutores tenían primaria tuvieron menor riesgo de presentar un trastorno, pero la asociación desapareció al ajustar por otros indicadores de la vida adulta. El riesgo de presentar dos trastornos fue mayor en los entrevistados cuya tutora tuvo menor escolaridad, el cual persistió después de ajustar por otros indicadores de la posición socioeconómica en la niñez y en la vida adulta. Los sujetos de menor escolaridad tuvieron mayor probabilidad de presentar un trastorno. El vivir en un hogar con bajos ingresos se relacionó con mayor riesgo

de presentar tres trastornos, lo cual ocurrió al ajustar por otros indicadores de la posición socioeconómica en la niñez y la vida adulta.

**Cuadro 14. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con la comorbilidad en los últimos 12 meses (número de trastornos)**

	Modelos A			Modelos B			Modelo C		
	1	2	≥ 3	1	2	≥ 3	1	2	≥ 3
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
<b>Niñez</b>									
Situación laboral de jefe de familia <sup>1</sup>									
Desempleado	1.27	1.63	4.97	1.52	2.35	3.96	1.37	1.11	0.97
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>									
Sin escolaridad	1.16	1.62	0.95	1.18	0.69	1.11	1.37	2.40	3.20
Primaria	<b>0.66</b>	1.44	1.24	0.81	0.91	1.47	0.89	0.69	1.01
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>									
Sin escolaridad	1.04	<b>2.83</b>	1.07	0.99	<b>5.94</b>	0.95	1.10	<b>6.60</b>	0.34
Primaria	0.65	1.77	0.95	0.68	2.65	0.68	0.87	3.04	0.29
<b>Adultez</b>									
Situación laboral <sup>3</sup>									
Auto-empleados	0.83	1.11	1.03	0.79	1.04	1.06	0.91	0.56	1.44
Desempleados	1.68	2.07	1.84	1.48	1.87	2.00	1.16	1.35	2.83
Escolaridad <sup>4</sup>									
Primaria y menos	1.57	1.46	2.23	2.08	1.34	1.89	<b>2.00</b>	0.70	2.50
Secundaria y bachillerato	0.91	1.62	1.67	1.20	1.60	1.27	1.31	1.20	1.64
Ingreso familiar <sup>5</sup>									
Cuartil I	1.06	0.95	1.05	1.11	1.06	1.39	1.45	1.56	0.95
Cuartil II	1.17	0.95	<b>3.73</b>	1.29	0.88	<b>3.47</b>	1.36	1.23	<b>3.94</b>
Cuartil III	0.72	0.81	<b>3.74</b>	0.79	0.70	<b>3.76</b>	0.88	0.81	3.91

A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleados, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Los OR en **negritas** tuvieron intervalos de confianza estadísticamente significativos.

La relación de la severidad con la posición socioeconómica se presenta en el cuadro 15. El mayor riesgo de presentar trastornos severos en los entrevistados cuyo tutor o tutora tenía baja escolaridad desapareció cuando se consideró la situación laboral del jefe de familia en la niñez. Los sujetos cuyo tutor estaba desempleado tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos con severidad moderada, sin embargo, la diferencia no se mantuvo cuando se ajustó por indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta. Los sujetos de menor escolaridad tuvieron mayor

riesgo de presentar trastornos severos; mientras que los de menor ingreso tuvieron mayor probabilidad de padecer trastornos con severidad moderada; estas diferencias se mantuvieron al ajustar por otras variables de la posición socioeconómica.

**Cuadro 15. Asociación de la posición socioeconómica en la niñez y la adultez con la severidad de los trastornos en los últimos 12 meses (número de trastornos)**

¶	Modelos A			Modelos B			Modelo C		
	L	M	S	L	M	S	L	M	S
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
<b>Niñez</b>									
Situación laboral de jefe de familia <sup>1</sup>									
Desempleado	1.02	2.00	1.52	1.21	<b>2.46</b>	2.65	1.15	2.14	2.22
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>									
Sin escolaridad	1.00	0.92	<b>2.63</b>	1.22	0.85	1.84	1.70	0.59	1.11
Primaria	0.88	0.69	1.29	1.13	0.79	1.07	1.57	0.56	1.11
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>									
Sin escolaridad	0.86	0.98	<b>2.30</b>	0.75	1.19	2.17	0.71	1.10	1.93
Primaria	0.69	0.61	1.42	0.61	0.69	1.68	0.56	0.82	1.88
<b>Adultez</b>									
Situación laboral <sup>3</sup>									
Auto-empleados	0.59	0.90	1.39	0.58	0.84	1.31	0.63	0.99	0.96
Desempleados	1.63	1.61	2.49	1.60	1.33	2.26	1.35	1.33	1.94
Escolaridad <sup>4</sup>									
Primaria y menos	0.80	<b>1.95</b>	<b>5.31</b>	1.09	1.78	<b>5.57</b>	1.00	1.80	<b>4.15</b>
Secundaria y bachillerato	0.91	1.27	<b>2.42</b>	1.21	1.24	<b>2.45</b>	1.14	1.43	2.36
Ingreso familiar <sup>5</sup>									
Cuartil I	0.74	<b>1.73</b>	1.40	0.92	1.86	0.77	1.33	<b>2.19</b>	1.11
Cuartil II	1.01	1.43	1.39	1.24	1.62	0.87	1.30	1.70	1.20
Cuartil III	0.68	1.01	0.89	0.84	1.14	0.55	1.02	1.12	0.70

L, leve; M, moderada; S, severa. A: un modelo para cada exposición. B: en un modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la niñez; en otro modelo se incluyeron los tres indicadores de posición socioeconómica en la adultez. C: en un modelo se incluyeron tanto los indicadores de la niñez como de la adultez. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleados, <sup>2</sup> secundaria y más, <sup>3</sup> empleados, <sup>4</sup> profesional y más, <sup>5</sup> cuartil IV. \* Se reportan razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Los OR en **negritas** tuvieron intervalos de confianza estadísticamente significativos.

### VI.3. INTERACCION ENTRE POSICIÓN SOCIOECONÓMICA EN LA NIÑEZ Y EN LA VIDA ADULTA

En el cuadro 16 se presenta el riesgo de trastornos mentales en la vida de acuerdo a la interacción de la posición socioeconómica en la niñez y la vida adulta. Las

personas que tuvieron movilidad social descendente y aquellos que han permanecido en el estatus bajo presentaron mayor probabilidad de trastornos por uso de sustancias.

**Cuadro 16. Asociación de trastornos mentales en la vida con la interacción de la posición socioeconómica en la niñez y la vida adulta**

	Afectivos		Ansiedad		Sustancia		Alguno	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Escolaridad del tutor y del entrevistado								
Estatus alto	1.00		1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	1.30	0.67-2.54	0.91	0.55-1.52	1.57	0.70-3.52	1.05	0.67-1.65
Movilidad ascendente	1.15	0.58-2.27	0.91	0.51-1.62	1.57	0.61-4.07	1.06	0.64-1.65
Movilidad descendente	1.51	0.58-2.27	0.80	0.51-1.62	<b>2.60</b>	<b>1.09-6.22</b>	1.16	0.78-1.74
Estatus bajo	1.16	0.62-2.16	0.84	0.46-1.56	<b>4.10</b>	<b>1.51-11.09</b>	1.42	0.84-2.39
Escolaridad de la tutora y del entrevistado								
Estatus alto	1.00		1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	1.20	0.62-2.32	0.67	0.41-1.09	1.58	0.66-3.77	0.90	0.57-1.41
Movilidad ascendente	1.29	0.66-2.52	1.16	0.67-1.99	1.37	0.62-3.03	1.11	0.68-1.80
Estatus bajo	1.39	0.75-2.58	0.75	0.46-1.21	<b>2.34</b>	<b>1.03-5.37</b>	1.11	0.72-1.70
Movilidad descendente	1.28	0.69-2.38	0.95	0.56-1.61	<b>3.82</b>	<b>1.54-9.49</b>	1.42	0.89-2.27

\* Ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

En el cuadro 17 se presenta la relación de la comorbilidad en la vida con los indicadores de movilidad social. Aquellos que tuvieron movilidad ascendente y los que tuvieron movilidad descendente experimentaron mayor probabilidad de presentar tres o más trastornos.

La relación de la interacción de la posición socioeconómica en la niñez y en la vida adulta con los trastornos en los últimos 12 meses se presenta en el cuadro 18. Los sujetos que se mantuvieron en el estatus bajo presentaron mayor riesgo de trastornos afectivos. El riesgo de trastornos por uso de sustancias fue mayor en los que experimentaron movilidad descendente y que permanecieron en el estrato bajo (efecto principal de la variable con la escolaridad del tutor:  $\chi^2=12.23$ ,  $p=0.016$ ; con la escolaridad de la tutora:  $\chi^2=9.99$ ,  $p=0.040$ ). Las personas que se mantuvieron en el estrato bajo presentaron mayor probabilidad de presentar algún trastorno mental en los últimos 12 meses (OR=1.76) (efecto principal de la variable con la escolaridad del tutor:  $\chi^2=9.74$ ,  $p=0.045$ ; con la escolaridad de la tutora:  $\chi^2=12.04$ ,  $p=0.017$ ).

**Cuadro 17. Asociación de la comorbilidad en la vida con la interacción de la posición socioeconómica en la niñez y la vida adulta**

	Número de trastornos					
	1		2		≥ 3	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Escolaridad del tutor y del entrevistado						
Estatus alto	1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	0.95	0.56-1.60	1.03	0.47-2.28	2.04	0.84-4.93
Movilidad ascendente	1.04	0.59-1.86	0.90	0.41-2.00	1.86	0.75-4.63
Movilidad descendente	1.07	0.68-1.68	1.32	0.62-2.81	2.23	0.95-5.22
Estatus bajo	1.42	0.78-2.57	1.65	0.68-4.01	1.40	0.59-3.29
Escolaridad de la tutora y del entrevistado						
Estatus alto	1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	0.83	0.49-1.40	0.98	0.47-2.05	1.49	0.64-3.49
Movilidad ascendente	0.98	0.56-1.72	1.01	0.46-2.22	<b>2.63</b>	<b>1.11-6.29</b>
Estatus bajo	1.04	0.66-1.65	1.20	0.54-2.65	1.93	0.78-4.78
Movilidad descendente	1.27	0.73-2.20	1.73	0.78-3.85	<b>2.26</b>	<b>1.06-4.83</b>

**Cuadro 18. Asociación de trastornos mentales en los últimos 12 meses con la interacción de la posición socioeconómica en la niñez y la vida adulta**

	Afectivos		Ansiedad		Sustancia		Alguno	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Escolaridad del tutor y del entrevistado								
Estatus alto	1.00		1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	1.72	0.73-4.03	1.04	0.55-1.97	1.33	0.35-5.08	1.02	0.58-1.81
Movilidad ascendente	1.53	0.65-3.60	0.93	0.46-1.90	0.62	0.17-2.32	0.91	0.46-1.77
Movilidad descendente	1.89	0.79-4.48	0.88	0.50-1.56	1.93	0.47-7.92	1.07	0.61-1.88
Estatus bajo	<b>2.30</b>	<b>1.04-5.06</b>	1.22	0.61-2.43	3.62	0.76-17.14	1.76	0.90-3.45
Escolaridad de la tutora y del entrevistado								
Estatus alto	1.00		1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	1.39	0.61-3.19	0.80	0.44-1.48	1.18	0.35-4.01	0.81	0.47-1.40
Movilidad ascendente	1.87	0.85-4.11	1.16	0.59-2.30	0.64	0.17-2.41	1.03	0.55-1.92
Movilidad descendente	1.92	0.80-4.65	0.83	0.46-1.51	1.95	0.49-7.74	1.08	0.60-1.91
Estatus bajo	<b>2.13</b>	<b>1.02-4.47</b>	1.31	0.72-2.39	3.06	0.67-13.96	1.67	0.91-3.08

\* Ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

La relación de la comorbilidad y la severidad en los últimos 12 meses con la movilidad social se presenta en el cuadro 19. Los sujetos que permanecieron en el estrato medio o que experimentaron movilidad ascendente tuvieron mayor probabilidad de presentar dos trastornos mentales. Entre las personas que tuvieron

movilidad descendente o que permanecieron en el estrato medio o bajo (considerando la escolaridad del tutor) fue más frecuente que padecieran trastornos severos. El riesgo de presentar trastornos severos fue mayor en aquellos que permanecieron en el estrato medio o bajo y en los que experimentaron movilidad descendente.

**Cuadro 19. Asociación de la comorbilidad y la severidad de los trastornos en los últimos 12 meses con la interacción de la posición socioeconómica en la niñez y la vida adulta**

	Número de trastornos					
	1		2		≥ 3	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Escolaridad del tutor y del entrevistado						
Estatus alto	1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	0.72	0.37-1.37	<b>2.81</b>	<b>1.09-7.25</b>	2.92	0.50-16.98
Movilidad ascendente	0.70	0.33-1.47	<b>2.61</b>	<b>1.02-6.64</b>	2.08	0.35-12.31
Movilidad descendente	0.93	0.48-1.80	2.04	0.86-4.83	3.22	0.66-15.70
Estatus bajo	1.76	0.79-3.91	2.33	0.83-6.56	2.43	0.38-15.60
Escolaridad de la tutora y del entrevistado						
Estatus alto	1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	0.55	0.30-1.02	<b>2.41</b>	<b>1.01-5.74</b>	2.49	0.44-13.90
Movilidad ascendente	0.74	0.36-1.51	<b>2.99</b>	<b>1.15-7.78</b>	2.72	0.45-16.35
Estatus bajo	0.94	0.48-1.85	2.03	0.84-4.90	3.01	0.62-14.57
Movilidad descendente	1.56	0.75-3.21	2.64	0.97-7.20	3.02	0.53-17.02
Severidad						
	Leve		Moderado		Severo	
Escolaridad del tutor y del entrevistado						
Estatus alto	1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	0.82	0.48-1.40	1.11	0.51-2.42	<b>2.83</b>	<b>1.10-7.24</b>
Movilidad ascendente	0.83	0.41-1.71	0.78	0.38-1.63	2.30	0.90-5.86
Movilidad descendente	0.65	0.36-1.20	1.41	0.65-3.06	<b>3.46</b>	<b>1.30-9.22</b>
Estatus bajo	0.88	0.40-1.94	1.88	0.85-4.14	<b>7.36</b>	<b>2.51-21.65</b>
Escolaridad de la tutora y del entrevistado						
Estatus alto	1.00		1.00		1.00	
Estatus medio	0.63	0.37-1.09	0.88	0.42-1.85	<b>2.59</b>	<b>1.09-6.14</b>
Movilidad ascendente	1.00	0.55-1.84	0.78	0.39-1.57	2.11	0.79-5.60
Estatus bajo	0.67	0.36-1.26	1.32	0.60-2.87	<b>3.79</b>	<b>1.39-10.34</b>
Movilidad descendente	0.87	0.47-1.64	1.80	0.84-3.90	<b>5.82</b>	<b>2.18-15.52</b>

### VI.3. DIFERENCIAS POR SEXO EN LA ASOCIACIÓN DE LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA CON LOS TRASTORNOS MENTALES

En esta sección se presentan los análisis estratificados por sexo de la relación de la posición socioeconómica en la niñez y la vida adulta con los trastornos mentales en la vida y en los últimos 12 meses. El mayor riesgo de trastornos por sustancias en la vida en las personas cuyo tutor fue desempleado durante su niñez se presentó en las mujeres, pero no en los varones (cuadro 20). Sólo en las mujeres se observó menor riesgo de trastornos de ansiedad y de haber experimentado algún trastorno en la vida en aquellas cuya tutora contaban con primaria. En los hombres, pero no en las mujeres, la probabilidad de presentar trastornos por sustancias fue mayor en aquellos cuyas tutoras no tenían escolaridad

**Cuadro 20. Asociación de trastornos mentales en la vida con la posición socioeconómica en la niñez. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	Afectivos	Ansiedad	Sustancias	Algún trastorno	Afectivos	Ansiedad	Sustancias	Algún trastorno
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Situación laboral del jefe de familia <sup>1</sup>								
Desempleado	1.34	1.25	1.05	1.17	1.52	0.65	<b>2.96</b>	0.80
(p)	(0.518)	(0.647)	(0.884)	(0.596)	(0.213)	(0.167)	(0.001)	(0.485)
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>								
Sin escolaridad	0.88	0.81	1.94	1.30	0.77	0.82	1.75	0.83
Primaria	1.02	1.18	0.99	0.97	0.91	0.79	1.76	0.77
(p)	(0.851)	(0.458)	(0.053)	(0.471)	(0.586)	(0.611)	(0.821)	(0.454)
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>								
Sin escolaridad	0.91	1.28	<b>2.50</b>	1.44	0.78	0.79	2.58	0.80
Primaria	1.15	0.74	1.66	1.05	0.71	<b>0.58</b>	0.88	<b>0.59</b>
(p)	(0.808)	(0.111)	(0.055)	(0.442)	(0.473)	(0.040)	(0.012)	(0.023)

Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado y <sup>2</sup> secundaria y más.

En los hombres, pero no en las mujeres, se observó que los entrevistados que sus tutores estuvieron desempleados tuvieron menos probabilidad de presentar dos trastornos (cuadro 21). Las mujeres cuya tutora tenía primaria tuvieron menor riesgo de presentar un trastorno.

**Cuadro 21. Asociación de comorbilidad<sup>3</sup> en la vida con indicadores socioeconómicos de la niñez. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres			Mujeres		
	1	2	≥3	1	2	≥3
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
<b>Situación laboral del jefe de familia<sup>1</sup></b>						
Desempleado	0.91	<b>0.16</b>	1.15	1.50	0.67	0.63
(p)		(0.039)			(0.128)	
<b>Escolaridad del tutor<sup>2</sup></b>						
Sin escolaridad	1.28	1.34	1.29	0.80	1.14	0.70
Primaria	0.89	1.02	1.42	0.67	0.88	1.08
(p)		(0.786)			(0.192)	
<b>Escolaridad de la tutora<sup>2</sup></b>						
Sin escolaridad	1.18	1.54	3.07	0.70	1.21	0.76
Primaria	0.84	1.90	1.34	<b>0.59</b>	0.52	0.72
(p)		(0.057)			(0.018)	

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado y <sup>2</sup> secundaria y más. <sup>3</sup> El evento de referencia fue no haber presentado algún trastorno.

En los varones cuya tutora tenía primaria tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos por sustancias (cuadro 22). Aunque en las mujeres se presentó la misma tendencia, las estimaciones son imprecisas.

**Cuadro 22. Asociación de trastornos mentales en los últimos 12 meses con la posición socioeconómica en la niñez. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	Afectivos	Ansiedad	Sustancias	Algún trastorno	Afectivos	Ansiedad	Sustancias	Algún trastorno
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
<b>Situación laboral del jefe de familia<sup>1</sup></b>								
Desempleado	4.30	2.71	1.10	1.84	1.38	0.99	0.21	1.10
(p)	(0.053)	(0.130)	(0.868)	(0.178)	(0.389)	(0.980)	(0.200)	(0.751)
<b>Escolaridad del tutor<sup>2</sup></b>								
Sin escolaridad	1.49	1.01	1.52	1.40	1.11	1.03	<b>0.00</b>	1.11
Primaria	1.25	1.41	0.75	0.99	0.87	0.83	<b>7.65</b>	0.78
(p)	(0.717)	(0.445)	(0.376)	(0.411)	(0.593)	(0.398)	(0.000)	(0.085)
<b>Escolaridad de la tutora<sup>2</sup></b>								
Sin escolaridad	1.16	1.21	<b>3.38</b>	1.40	1.12	1.11	<b>214.901</b>	1.06
Primaria	0.79	1.06	<b>2.63</b>	1.15	0.74	0.68	<b>98.9</b>	0.61
(p)	(0.641)	(0.892)	(0.079)	(0.694)	(0.156)	(0.057)	(0.000)	(0.008)

Ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Grupos de referencia:

<sup>1</sup> empleado y <sup>2</sup> secundaria y más.



Los varones cuyos tutores estuvieron desempleados tuvieron menos probabilidad de presentar tres o más trastornos en los últimos 12 meses, sin embargo, la estimación fue imprecisa (cuadro 23). Los hombres cuya tutora no tenía escolaridad tuvieron mayor riesgo de presentar dos trastornos; mientras que en las mujeres que su tutora tenían primaria tuvieron menor riesgo de presentar un trastorno.

**Cuadro 23. Asociación de la comorbilidad<sup>3</sup> en los últimos 12 meses con la posición socioeconómica en la niñez. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres			Mujeres		
	1 OR	2 OR	≥3 OR	1 OR	2 OR	≥3 OR
<b>Situación laboral del jefe de familia<sup>1</sup></b>						
Desempleado	0.62	0.36	<b>0.00</b>	0.91	0.79	0.39
(p)		(0.000)			(0.861)	
<b>Escolaridad del tutor<sup>2</sup></b>						
Sin escolaridad	1.21	1.99	1.42	1.11	1.24	0.85
Primaria	0.78	1.87	1.04	0.62	1.10	1.31
(p)		(0.772)			(0.060)	
<b>Escolaridad de la tutora<sup>2</sup></b>						
Sin escolaridad	0.96	<b>5.72</b>	2.05	0.98	1.61	0.79
Primaria	0.85	3.71	1.96	<b>0.50</b>	1.03	0.71
(p)		(0.398)			(0.085)	

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado y <sup>2</sup> secundaria y más <sup>3</sup> El evento de referencia fue no haber presentado algún trastorno.

En los hombres, pero no en las mujeres, se verificó que aquellos que sus tutores o tutoras no contaban con escolaridad tuvieron mayor riesgo de trastornos severos, mientras que aquellos cuyas tutoras no tenían escolaridad tuvieron menor riesgo de presentar trastornos moderados (cuadro 24).

Los varones que contaban con primaria o menos tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos por sustancias y algún trastorno en los últimos 12 meses (cuadro 25). Los varones del cuartil II de ingreso familiar tuvieron menor riesgo de trastornos de ansiedad. El riesgo de presentar trastornos de ansiedad fue menor en las mujeres que eran auto-empleadas. Los trastornos afectivos fueron más probables de ocurrir entre las mujeres desempleadas. En las mujeres se observaron varias

asociaciones con los trastornos por sustancias, sin embargo, las estimaciones fueron imprecisas.

**Cuadro 24. Asociación de la severidad<sup>3</sup> de trastornos mentales en los últimos 12 meses con la posición socioeconómica en la niñez. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres			Mujeres		
	L	M	S	L	M	S
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Situación laboral de jefe de familia <sup>1</sup>						
Desempleado	0.63	0.26	0.44	1.30	0.60	0.94
(p)		(0.373)			(0.166)	
Escolaridad del tutor <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	0.68	0.74	<b>2.86</b>	1.48	0.97	1.99
Primaria	0.76	1.16	0.96	1.17	0.59	1.57
(p)		(0.012)			(0.170)	
Escolaridad de la tutora <sup>2</sup>						
Sin escolaridad	0.99	<b>0.25</b>	<b>2.94</b>	0.73	1.27	1.35
Primaria	0.92	0.63	1.45	0.56	0.60	1.17
(p)		(0.008)			(0.046)	

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado y <sup>2</sup> secundaria y más. <sup>3</sup> El evento de referencia fue no haber presentado algún trastorno. L, leve; M, moderado; S, severo.

**Cuadro 25. Asociación de trastornos mentales en los últimos 12 meses con indicadores socioeconómicos en la vida adulta. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	Afectivos	Ansiedad	Sustancias	Algún trastorno	Afectivos	Ansiedad	Sustancias	Algún trastorno
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Situación laboral <sup>1</sup>								
Auto-empleado	1.78	1.21	1.42	1.36	0.87	<b>0.54</b>	<b>0.001</b>	0.65
Desempleado	0.38	1.09	3.21	1.72	<b>5.65</b>	1.41	<b>0.005</b>	1.99
(p)	(0.115)	(0.911)	(0.157)	(0.416)	(0.002)	(0.074)	(0.000)	(0.046)
Escolaridad <sup>2</sup>								
Primaria y menos	3.02	1.14	<b>5.09</b>	<b>2.13</b>	1.16	1.06	<b>376.9</b>	<b>1.14</b>
Secundaria y bachillerato	1.98	1.00	2.71	1.30	0.91	0.83	<b>2449.9</b>	0.83
(p)	(0.133)	(0.894)	(0.037)	(0.099)	(0.578)	(0.257)	(0.000)	(0.151)
Ingreso <sup>3</sup>								
Cuartil I	1.57	0.43	1.34	0.94	1.60	1.26	<b>542.7</b>	1.29
Cuartil II	2.12	<b>0.92</b>	1.20	1.24	1.50	1.30	<b>0.071</b>	1.26
Cuartil III	1.07	0.43	0.75	0.59	1.42	1.25	<b>0.000</b>	1.13
(p)	(0.305)	(0.016)	(0.450)	(0.063)	(0.271)	(0.689)	(0.000)	(0.510)

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> Profesional y más, <sup>3</sup> cuartil IV. El valor de p corresponde a la variable en conjunto. Los intervalos de confianza al 95% de los OR en negritas no incluyen el valor nulo (1.00). \*

Los varones con secundaria y bachillerato tuvieron mayor riesgo de presentar dos trastornos; aunque el mismo patrón se observó para tres o más trastornos, las estimaciones fueron imprecisas (cuadro 26). Las mujeres desempleadas tuvieron más riesgo de padecer dos trastornos; mientras que las de menor ingreso tuvieron mayor probabilidad de presentar tres o más trastornos.

**Cuadro 26. Asociación de la comorbilidad <sup>4</sup> en los últimos 12 meses con Indicadores socioeconómicos de la vida adulta. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres			Mujeres		
	1	2	≥3	1	2	≥3
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
<b>Situación laboral <sup>1</sup></b>						
Auto-empleado	1.17	1.64	1.89	0.63	0.82	0.76
Desempleado	2.21	1.06	1.64	0.66	<b>4.67</b>	2.88
	( <i>p</i> )	(0.787)		(0.048)		
<b>Escolaridad <sup>2</sup></b>						
Primaria y menos	1.88	2.89	<b>6354</b>	1.29	0.95	1.14
Secundaria y bachillerato	0.99	<b>3.80</b>	<b>2555</b>	0.79	0.89	1.06
	( <i>p</i> )	(0.000)		(0.262)		
<b>Ingreso <sup>3</sup></b>						
Cuartil I	1.05	0.76	0.88	1.08	1.79	<b>2.65</b>
Cuartil II	1.26	0.82	3.78	1.12	1.19	<b>4.10</b>
Cuartil III	0.61	0.49	1.44	0.82	1.36	<b>5.90</b>
	( <i>p</i> )	(0.338)		(0.000)		

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleados, <sup>2</sup> Profesional y más, <sup>3</sup> cuartil IV. <sup>4</sup> El evento de referencia fue no haber presentado algún trastorno.

Los varones del cuartil III de ingreso familiar tuvieron menor riesgo de presentar trastornos leves; y aquellos que tuvieron baja escolaridad tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos moderados y severos (cuadro 27). En las mujeres, las desempleadas tuvieron mayor riesgo de trastornos severos.

**Cuadro 27. Asociación de la severidad <sup>4</sup> de los trastornos en los últimos 12 meses con indicadores socioeconómicos de la vida adulta. Análisis estratificado por sexo**

	Hombres			Mujeres		
	L OR	M OR	S OR	L OR	M OR	S OR
Situación laboral <sup>1</sup>						
Auto-empleado	0.57	1.33	1.93	0.62	0.75	0.84
Desempleado	2.36	1.51	1.82	0.34	1.76	<b>8.25</b>
	(p)	(0.349)		(0.002)		
Escolaridad <sup>2</sup>						
Primaria y menos	0.32	<b>4.33</b>	<b>17.51</b>	1.18	1.34	1.70
Secundaria y bachillerato	0.88	2.63	<b>5.28</b>	0.90	0.87	1.35
	(p)	(0.000)		(0.525)		
Ingreso <sup>3</sup>						
Cuartil I	0.41	2.50	1.47	1.31	1.47	1.33
Cuartil II	1.01	<b>2.64</b>	1.35	1.20	1.11	1.49
Cuartil III	<b>0.34</b>	1.52	0.65	1.27	0.85	1.38
	(p)	(0.004)		(0.626)		

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Grupos de referencia: <sup>1</sup> empleado, <sup>2</sup> Profesional y más, <sup>3</sup> cuartil IV. <sup>4</sup> El evento de referencia fue no haber presentado algún trastorno. L, leve; M, moderado; S, severo.

#### VI.4. POSICIÓN SOCIOECONÓMICA Y TRASTORNOS MENTALES: EL PAPEL DE LOS MEDIADORES

En el cuadro 28 se presenta la distribución de la población de acuerdo a las variables que se proponen median la relación entre la estratificación socioeconómica y los trastornos mentales. Casi 40% de la población experimentaba inseguridad financiera, 40% se ubicó en bajo (i.e. por debajo de la mediana) estatus social subjetivo cuando se compara con personas del país, mientras que la proporción fue de 30% cuando toman como referente personas de su comunidad; una quinta parte reportó no contar con apoyo para problemas y una cuarta parte no contaba con apoyo en cuestiones emocionales. En comparación con los hombres, entre las mujeres fue más frecuente la experiencia de inseguridad financiera y de ubicarse en estatus social bajo tomando como referente al resto de las personas del país, por el contrario, en ellas fue menos común la ausencia de apoyo social en aspectos emocionales.

**Cuadro 28. Distribución de la población urbana de México de acuerdo a inseguridad financiera, estatus social subjetivo y apoyo social**

	Total	Hombres	Mujeres	
	%	%	%	<i>p</i>
	(N)	(N)	(N)	
Inseguridad financiera				
No	60.1	63.7	56.9	0.027
Sí	39.9	36.3	43.1	
	(2347)	(1117)	(1230)	
ESS en función del país				
≤ mediana (6)	54.7	56.6	53.0	0.255
> mediana (7)	45.3	43.4	47.0	
	(2341)	(1117)	(1224)	
ESS en función de comunidad				
≤ mediana (7)	68.8	71.5	66.4	0.075
> mediana (8)	31.2	28.5	33.6	
	(2339)	(1118)	(1222)	
AS para problemas				
No	19.4	19.9	18.9	0.713
Sí	80.6	80.1	81.1	
	(2336)	(1114)	(1222)	
AS en aspectos emocionales				
No	25.1	27.7	22.6	0.058
Sí	74.9	72.3	77.4	
	(2335)	(1120)	(1224)	

Abreviaturas: ESS, estatus social subjetivo; AS, apoyo social.

La distribución de los mediadores de acuerdo a la posición socioeconómica en la niñez y la adultez se presenta en los cuadros 29 y 30, respectivamente. La situación laboral del jefe de familia en la niñez no se relacionó con los mediadores. La baja escolaridad del varón jefe de familia en la niñez se asoció con mayor probabilidad de experimentar inseguridad financiera, de percibir que se tiene bajo estatus social (tanto tomando como referente a otras personas del país como de la comunidad) y de no contar con apoyo social para problemas y en cuestiones emocionales. Las mismas tendencias se observaron con la escolaridad de la mujer jefe de familia en la niñez.

**Cuadro 29. Distribución de mediadores de acuerdo a la posición socioeconómica en la niñez**

	Situación laboral del jefe de familia			Escolaridad del varón jefe de familia				Escolaridad de la mujer jefe de familia			
	DE	EM	<i>p</i>	SE	PR	≥S	<i>p</i>	SE	PR	≥S	<i>p</i>
	%	%		%	%	%		%	%	%	
<b>Inseguridad financiera</b>											
No	60.5	60.1	0.954	47.1	60.6	80.9	0.000	46.3	62.0	83.3	0.000
Si	39.5	39.9		52.9	39.4	19.1		53.7	38.0	16.7	
<b>ESS – país</b>											
≤ mediana (6)	53.0	54.8	0.753	64.4	53.2	40.3	0.000	67.2	51.9	37.3	0.000
> mediana (7)	47.0	45.2		35.6	46.8	59.7		32.8	48.1	62.7	
<b>ESS – comunidad</b>											
≤ mediana (7)	65.5	69.1	0.484	79.5	66.1	54.0	0.000	80.0	68.6	45.4	0.000
> mediana (8)	34.5	30.9		20.5	33.9	46.0		20.0	31.4	54.6	
<b>AS para problemas</b>											
Sin	23.2	19.0	0.460	26.6	15.4	8.6	0.000	28.2	16.6	7.3	0.000
Con	76.8	81.0		73.4	84.6	91.4		71.8	83.4	92.7	
<b>AS emocional</b>											
Sin	31.4	24.6	0.219	33.1	21.4	15.3	0.000	35.0	22.6	12.4	0.000
Con	68.6	75.4		66.9	78.6	84.7		65.0	77.4	87.6	

Abreviaturas: DE, desempleados; EM, empleados; SE, sin escolaridad; PR, primaria; ≥S, secundaria o más; ESS, estatus social subjetivo; AS, apoyo social.

Respecto a los indicadores de la posición socioeconómica en la adultez, los sujetos que residían en hogares en los que el jefe de familia estaba desempleado fueron los que experimentaron con mayor frecuencia inseguridad financiera y percibían que tenía bajo estatus social. La falta de apoyo social, tanto para problemas como en aspectos emocionales, fue más frecuente entre las personas que vivían en hogares en los que el jefe de familia era auto-empleado. Conforme la escolaridad de los entrevistados fue menor fue más probable que reportaran inseguridad financiera, percibieran que tenían bajo estatus social y que carecieran de apoyo social para problemas y cuestiones emocionales. El ingreso familiar se relacionó negativamente con la experiencia de inseguridad financiera, con percibirse con bajo estatus social y con la carencia de apoyo social tanto para problemas como en cuestiones emocionales. El gradiente socioeconómico en la distribución de los mediadores es mayor con la escolaridad que con el ingreso familiar. Por ejemplo, las diferencias en el bajo estatus social tomando como referente a otras personas de la comunidad fueron claras entre los tres grupos de escolaridad (de 47.9% en profesional o más a 82.1% en primaria o menos); mientras que fueron mínimas las diferencias entre los

tres cuartiles inferiores de ingreso (77.8%, 75.3% y 72.6%). En el caso de la falta de apoyo social, el gradiente socioeconómico en función del ingreso familiar no fue lineal ya que en comparación con los sujetos del cuartil III, en los del cuartil II existió menor proporción de carencia de apoyo para problemas (20.9% y 16.9%, respectivamente) y en aspectos emocionales (24.7% y 19.9%).

**Cuadro 30. Distribución de mediadores de acuerdo a la posición socioeconómica en adultez**

	Situación laboral jefe de familia				Escolaridad				Ingreso familiar (cuantiles)				
	EM %	AE %	DE %	p	≤P %	S/B %	≥P %	p	I %	II %	III %	IV %	P
<b>Inseguridad financiera</b>													
No	61.7	60.1	29.9	0.005	41.3	64.2	84.2	0.000	42.3	52.5	62.1	83.6	0.000
Si	38.3	39.9	70.8		58.7	35.8	15.8		57.7	47.5	37.9	16.4	
<b>ESS – país</b>													
≤ mediana (6)	51.7	62.0	81.2	0.000	68.2	54.5	31.1	0.000	69.9	60.7	53.5	34.9	0.000
> mediana (7)	48.3	38.0	18.8		31.8	45.5	68.9		30.1	39.3	46.5	65.1	
<b>ESS – comunidad</b>													
≤ mediana (7)	68.0	71.8	90.5	0.003	82.1	67.5	47.9	0.000	77.8	75.3	72.6	49.8	0.000
> mediana (8)	32.0	28.2	9.5		17.9	32.5	52.1		22.2	24.7	27.4	50.2	
<b>AS para problemas</b>													
Sin	17.8	30.0	22.4	0.019	27.8	16.1	11.8	0.000	26.9	16.9	20.9	12.9	0.020
Con	82.2	70.0	77.6		72.2	83.9	88.2		73.1	83.1	79.1	87.1	
<b>AS emocional</b>													
Sin	24.8	32.9	23.2	0.204	33.2	22.3	16.7	0.000	34.2	19.9	24.7	21.6	0.009
Con	75.2	67.1	76.8		66.8	77.7	83.3		65.8	80.1	75.3	78.4	

Abreviaturas: EM, empleados; AE, auto-empleado; DE, desempleados; ≤P, primaria o menos; S/B, secundaria y bachillerato; ≥P, profesional o más; ESS, estatus social subjetivo; AS, apoyo social.



En el cuadro 31 se presenta la relación de las variables mediadoras con los trastornos mentales en los últimos 12 meses. Las personas que experimentaban inseguridad financiera tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos afectivos, de ansiedad, por sustancias y de haber presentado algún trastorno. Las personas que se ubicaron en posiciones inferiores de la escala social respecto a otras personas del país presentaron mayor probabilidad de padecer trastornos de ansiedad, por sustancias y algún trastorno. Los trastornos afectivos y por sustancias fueron más frecuentes en las personas que se percibían en posición bajas de la estratificación en comparación a su comunidad. La ausencia de apoyo social para problemas incrementó el riesgo de padecer los tres tipos de trastornos.

**Cuadro 31. Asociación de trastornos mentales en los últimos 12 meses con la inseguridad financiera, estatus social subjetivo y apoyo social**

	Afectivos		Ansiedad		Sustancias		Algún trastorno	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Inseguridad financiera								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	<b>1.87</b>	<b>1.34-2.60</b>	<b>1.51</b>	<b>1.14-2.01</b>	<b>2.83</b>	<b>1.77-4.51</b>	<b>1.77</b>	<b>1.43-2.19</b>
ESS – país								
≤ mediana (6)	1.34	0.97-1.87	<b>1.41</b>	<b>1.05-1.90</b>	<b>3.52</b>	<b>1.79-6.94</b>	<b>1.58</b>	<b>1.24-2.02</b>
> mediana (7)	1.00		1.00		1.00		1.00	
ESS – comunidad								
≤ mediana (7)	<b>1.39</b>	<b>1.01-1.93</b>	1.12	0.84-1.51	<b>2.35</b>	<b>1.23-4.50</b>	1.21	0.95-1.55
> mediana (8)	1.00		1.00		1.00		1.00	
AS para problemas								
Sin	<b>1.62</b>	<b>1.05-2.49</b>	<b>1.41</b>	<b>0.99-2.05</b>	<b>2.41</b>	<b>1.29-4.53</b>	<b>1.62</b>	<b>1.11-2.30</b>
Con	1.00		1.00		1.00		1.00	
AS emocional								
Sin	1.23	0.83-1.83	1.20	0.87-1.67	1.34	0.65-2.74	1.23	0.89-1.70
Con	1.00		1.00		1.00		1.00	

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Abreviaturas: ESS, estatus social subjetivo; AS, apoyo social.

La asociación de la comorbilidad con las variables mediadoras se presenta en el cuadro 32. La probabilidad de presentar uno o dos trastornos fue mayor en los sujetos que presentaron inseguridad financiera o que se ubicaron en posiciones bajas de la escala social respecto al país. El riesgo de presentar tres o más trastornos fue mayor en los que se ubicaron en bajo estatus social subjetivo respecto a la comunidad. Las personas que no contaban con apoyo social para problemas tuvieron mayor riesgo de presentar dos trastornos.

**Cuadro 32. Asociación de la comorbilidad en los últimos 12 meses con la inseguridad financiera, estatus social subjetivo y apoyo social**

	1		2		≥3	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Inseguridad financiera</b>						
No	1.00		1.00		1.00	
Sí	<b>1.60</b>	<b>1.18-2.16</b>	<b>2.27</b>	<b>1.45-3.56</b>	1.57	0.91-2.72
<b>ESS – país</b>						
≤ mediana (6)	<b>1.42</b>	<b>1.07-1.88</b>	<b>2.08</b>	<b>1.35-3.22</b>	1.57	0.78-3.14
> mediana (7)	1.00		1.00		1.00	
<b>ESS – comunidad</b>						
≤ mediana (7)	1.07	0.81-1.42	1.46	0.84-2.57	<b>3.48</b>	<b>1.69-7.19</b>
> mediana (8)	1.00		1.00		1.00	
<b>AS para problemas</b>						
Sin	1.47	0.94-2.29	<b>2.05</b>	<b>1.26-3.34</b>	1.46	0.77-2.79
Con	1.00		1.00		1.00	
<b>AS emocional</b>						
Sin	1.17	0.81-1.70	1.60	0.96-2.68	0.84	0.43-1.62
Con	1.00		1.00		1.00	

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad. Abreviaturas: ESS, estatus social subjetivo; AS, apoyo social.

En el cuadro 33 se presenta la asociación de la severidad de los trastornos con los mediadores. Los trastornos moderados y severos fueron más frecuentes entre las personas que presentaron inseguridad financiera y en los que percibían que se ubicaban en posiciones inferiores de la escala social. El riesgo de presentar trastornos severos fue mayor en los que percibían que se ubicaban en posiciones inferiores de la estratificación, que contaban con apoyo social para problemas y los que no tenían apoyo emocional.

**Cuadro 33. Asociación de la severidad de los trastornos en los últimos 12 meses con la inseguridad financiera, estatus social subjetivo y apoyo social**

	Leves		Moderados		Severos	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Inseguridad financiera						
No	1.00		1.00		1.00	
SI	1.35	0.98-1.85	2.13	1.52-2.98	2.29	1.43-3.67
ESS – país						
≤ mediana (6)	1.37	0.95-1.96	1.41	1.01-1.95	2.34	1.49-3.68
> mediana (7)	1.00		1.00		1.00	
ESS – comunidad						
≤ mediana (7)	0.79	0.60-1.05	1.20	0.82-1.75	3.09	1.83-5.19
> mediana (8)	1.00		1.00		1.00	
AS para problemas						
Sin	1.46	0.80-2.68	1.05	0.66-1.67	2.50	1.53-4.08
Con	1.00		1.00		1.00	
AS emocional						
Sin	1.13	0.72-1.79	1.25	0.81-1.91	1.78	1.08-2.92
Con	1.00		1.00		1.00	

OR ajustados por sexo, religión, edad, estado civil, región y tamaño de la ciudad.

Abreviaturas: ESS, estatus social subjetivo; AS, apoyo social.

La mediación sólo fue evaluada cuando los estratos bajos presentaron los riesgos más altos de los trastornos mentales (ver cuadros 5 a 15). En el cuadro 10, puede apreciarse que al comparar todos los indicadores de la posición socioeconómica, el ingreso familiar fue el que se relacionó más claramente con los trastornos afectivos en los últimos 12 meses. Por ello, en el cuadro 34 se muestran los cambios que ocurrieron en dicha asociación cuando se incorporaron en los modelos de regresión las variables mediadoras. En el modelo B, la relación entre el ingreso y los trastornos afectivos perdió significancia estadística cuando se ajustó por la inseguridad

financiera; pero se mantuvo cuando se incorporaron los indicadores de estatus social subjetivo (modelo C) y apoyo social (modelo D).

**Cuadro 34. Asociación de trastornos afectivos en los últimos 12 meses con el ingreso familiar \* ajustada por mediadores**

	OR	IC 95%
<b>Modelo A</b>		
Cuartil I	1.95	1.06-3.61
Cuartil II	2.03	1.12-3.67
Cuartil III	1.31	0.56-3.04
<b>Modelo B</b>		
Cuartil I	1.58	0.85-2.94
Cuartil II	1.77	0.96-3.26
Cuartil III	1.16	0.50-2.69
<b>Modelo C</b>		
Cuartil I	1.72	0.88-3.36
Cuartil II	1.97	1.02-3.78
Cuartil III	1.25	0.50-3.12
<b>Modelo D</b>		
Cuartil I	1.88	1.00-3.53
Cuartil II	1.99	1.11-3.56
Cuartil III	1.25	0.52-3.01

Modelos: A: ajustado por sexo, religión, edad, estado civil, región, tamaño de la ciudad, situación laboral y escolaridad de los tutores, y situación laboral y escolaridad del entrevistado. B: variables del modelo A más inseguridad financiera. C: variables del modelo A más estatus social subjetivo. D: variables del modelo A más apoyo social. \* Grupo de referencia: cuartil IV de ingreso.

En el cuadro 11 se muestra que, después de ajustar por otros indicadores de la posición socioeconómica, en comparación con las personas de mayor ingreso, las del cuartil II tuvieron 1.77 mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad. En el cuadro 35 se observa que esa relación desaparece al ajustar por la inseguridad financiera (modelo B) o el estatus social subjetivo (modelo C), pero se mantiene al ajustar por los indicadores de apoyo social (modelo D).

**Cuadro 35. Asociación de trastornos de ansiedad los últimos 12 meses con el ingreso familiar \* ajustada por mediadores**

	OR	IC 95%
<b>Modelo A</b>		
Cuartil I	1.27	0.77-2.11
Cuartil II	<b>1.77</b>	<b>1.04-3.01</b>
Cuartil III	1.20	0.68-2.10
<b>Modelo B</b>		
Cuartil I	1.10	0.66-1.84
Cuartil II	1.59	0.95-2.66
Cuartil III	1.09	0.63-1.89
<b>Modelo C</b>		
Cuartil I	1.14	0.68-1.92
Cuartil II	1.68	0.97-2.93
Cuartil III	1.13	0.63-2.02
<b>Modelo D</b>		
Cuartil I	1.25	0.75-2.09
Cuartil II	<b>1.77</b>	<b>1.03-3.05</b>
Cuartil III	1.19	0.64-2.94

Modelos: A: ajustado por sexo, religión, edad, estado civil, región, tamaño de la ciudad, situación laboral y escolaridad de los tutores, y situación laboral y escolaridad del entrevistado. B: variables del modelo A más inseguridad financiera. C: variables del modelo A más estatus social subjetivo. D: variables del modelo A más apoyo social. \* Grupo de referencia: cuartil IV.

En el cuadro 12 se mostró que el riesgo de presentar trastornos por sustancias fue mayor en las personas de baja escolaridad. En el cuadro 36 observa que la relación se atenúa al incorporar la inseguridad financiera (modelo B), pero las diferencias se mantienen al ajustar por estatus social subjetivo (modelo C) y apoyo social (modelo D).

**Cuadro 36. Asociación de trastornos por sustancias en los últimos 12 meses con la escolaridad \* ajustada por mediadores**

	OR	IC 95%
<b>Modelo A</b>		
Primaria y menos	8.41	1.36-51.81
Secundaria y bachillerato	4.47	0.81-24.75
<b>Modelo B</b>		
Primaria y menos	6.17	1.00-38.24
Secundaria y bachillerato	3.90	0.72-21.05
<b>Modelo C</b>		
Primaria y menos	6.81	1.11-42.01
Secundaria y bachillerato	4.00	0.73-21.85
<b>Modelo D</b>		
Primaria y menos	8.76	1.39-55.29
Secundaria y bachillerato	4.98	0.86-28.96

Modelos: **A:** ajustado por sexo, religión, edad, estado civil, región, tamaño de la ciudad, situación laboral y escolaridad de los tutores, y situación laboral y escolaridad del entrevistado. **B:** variables del modelo A más inseguridad financiera. **C:** variables del modelo A más estatus social subjetivo. **D:** variables del modelo A más apoyo social. \* Grupo de referencia: Profesional y más.

Después de ajustar por otros indicadores de la posición socioeconómica, la comorbilidad fue más frecuente en las personas cuya tutora no contaba con escolaridad y que residían en hogares del cuartil II de ingreso familiar; mientras que las personas de baja escolaridad tuvieron mayor riesgo de presentar un trastorno en el año previo a la encuesta (ver cuadro 14). En el cuadro 37 puede apreciarse que el mayor riesgo de presentar dos trastornos observado en los sujetos cuyas tutoras tenían baja escolaridad se mantuvo después de ajustar por inseguridad financiera (modelo B), estatus social subjetivo (modelo C) y apoyo social (modelo D). Los sujetos de menor escolaridad presentaron mayor probabilidad de presentar un trastorno, estas diferencias se atenuaron al considerar la inseguridad financiera (modelo B), pero permanecieron al ajustar por estatus social subjetivo (modelo C) y apoyo social (modelo D). El mayor riesgo de experimentar tres o más trastornos observado en los sujetos de baja escolaridad desapareció al considerar la inseguridad financiera (modelo B), el estatus social subjetivo (modelo C) o el apoyo social (modelo D).

**Cuadro 37. Asociación de la comorbilidad en los últimos 12 meses con la escolaridad \*  
ajustada por mediadores**

		1		2		≥ 3	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Modelo A	Escolaridad de la tutora <sup>1</sup>						
	Sin escolaridad	1.10	0.44-2.72	<b>6.60</b>	<b>1.25-34.96</b>	0.34	0.08-1.45
	Primaria	0.87	0.40-1.90	3.04	0.86-10.83	0.29	0.06-1.35
	Escolaridad del sujeto <sup>2</sup>						
	Primaria y menos	<b>2.00</b>	<b>1.12-3.56</b>	0.70	0.24-1.99	2.50	0.52-11.99
	Secundaria y bachillerato	1.31	0.83-2.07	1.20	0.44-3.26	1.64	0.41-6.49
	Ingreso familiar <sup>3</sup>						
	Cuartil I	1.45	0.85-2.48	1.56	0.61-3.98	0.95	0.19-4.67
	Cuartil II	1.36	0.83-2.24	1.23	0.48-3.14	<b>3.94</b>	<b>1.01-15.28</b>
Cuartil III	0.88	0.49-1.56	0.81	0.27-2.50	3.91	0.87-17.64	
Modelo B	Escolaridad de la tutora <sup>1</sup>						
	Sin escolaridad	1.05	0.42-2.60	<b>6.36</b>	<b>1.19-33.92</b>	0.32	0.07-1.46
	Primaria	0.85	0.39-1.85	3.06	0.88-10.68	0.29	0.06-1.32
	Escolaridad del sujeto <sup>2</sup>						
	Primaria y menos	1.73	0.96-3.12	0.61	0.21-1.86	2.31	0.48-10.90
	Secundaria y bachillerato	1.26	0.80-1.97	1.12	0.40-3.10	1.62	0.41-6.40
	Ingreso familiar <sup>3</sup>						
	Cuartil I	1.20	0.67-2.15	1.24	0.50-3.03	0.82	0.15-4.38
	Cuartil II	1.16	0.70-1.91	1.06	0.41-2.76	3.60	0.89-14.49
Cuartil III	0.77	0.43-1.38	0.70	0.23-2.11	3.67	0.81-16.74	
Modelo C	Escolaridad de la tutora <sup>1</sup>						
	Sin escolaridad	1.05	0.42-2.63	<b>6.49</b>	<b>1.14-36.84</b>	0.32	0.08-1.33
	Primaria	0.86	0.40-1.88	3.11	0.84-11.55	0.28	0.06-1.19
	Escolaridad del sujeto <sup>2</sup>						
	Primaria y menos	<b>1.86</b>	<b>1.02-3.41</b>	0.62	0.21-1.86	2.36	0.51-10.95
	Secundaria y bachillerato	1.28	0.80-2.04	1.17	0.42-3.27	1.62	0.41-6.34
	Ingreso familiar <sup>3</sup>						
	Cuartil I	1.29	0.73-2.27	1.33	0.49-3.58	0.82	0.15-4.59
	Cuartil II	1.29	0.77-2.16	1.23	0.44-3.44	3.47	0.90-13.36
Cuartil III	0.82	0.44-1.50	0.81	0.25-2.67	3.37	0.73-15.48	
Modelo D	Escolaridad de la tutora <sup>1</sup>						
	Sin escolaridad	1.08	0.44-2.71	<b>5.98</b>	<b>1.15-31.25</b>	0.34	0.08-1.46
	Primaria	0.87	0.40-1.90	2.92	0.81-10.49	0.30	0.07-1.38
	Escolaridad del sujeto <sup>2</sup>						
	Primaria y menos	<b>1.97</b>	<b>1.10-3.52</b>	0.61	0.22-1.73	2.62	0.55-12.43
	Secundaria y bachillerato	1.32	0.84-2.08	1.19	0.44-3.23	1.65	0.41-6.66
	Ingreso familiar <sup>3</sup>						
	Cuartil I	1.42	0.83-2.43	1.50	0.57-3.91	0.92	0.17-4.92
	Cuartil II	1.36	0.83-2.24	1.29	0.52-3.23	3.63	0.91-14.44
Cuartil III	0.86	0.48-1.56	0.79	0.26-2.43	3.75	0.80-17.66	

Modelos: A: ajustado por sexo, religión, edad, estado civil, región, tamaño de la ciudad, situación laboral y escolaridad de los tutores, y situación laboral y escolaridad del entrevistado. B: variables del modelo A más inseguridad financiera. C: variables del modelo A más estatus social subjetivo. D: variables del modelo A más apoyo social. Grupos de referencia: <sup>1</sup> Secundaria y más; <sup>2</sup> Profesional y más; <sup>3</sup> cuartil IV.

Las personas de menor ingreso tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos moderados, mientras que las personas de menor escolaridad tuvieron mayor riesgo de experimentar trastornos severos (ver cuadro 15).

**Cuadro 38. Asociación de la severidad de los trastornos en los últimos 12 meses con la escolaridad \* ajustada por mediadores**

		Leve		Moderado		Severo	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Modelo A	Escolaridad del sujeto <sup>1</sup>						
	Primaria y menos	1.00	0.51-1.97	1.80	0.88-3.71	<b>4.15</b>	<b>1.34-12.86</b>
	Secundaria y bachillerato	1.14	0.56-2.35	1.43	0.71-2.87	2.36	0.94-5.91
	Ingreso familiar <sup>2</sup>						
	Cuartil I	1.33	0.66-2.65	<b>2.19</b>	<b>1.01-4.76</b>	1.11	0.45-2.74
	Cuartil II	1.30	0.69-2.46	1.70	0.86-3.33	1.20	0.51-2.81
	Cuartil III	1.02	0.51-2.07	1.12	0.55-2.30	0.70	0.29-1.70
Modelo B	Escolaridad del sujeto <sup>1</sup>						
	Primaria y menos	0.95	0.47-1.90	1.44	0.68-3.03	<b>3.52</b>	<b>1.09-11.40</b>
	Secundaria y bachillerato	1.13	0.55-2.34	1.32	0.66-2.65	2.20	0.86-5.61
	Ingreso familiar <sup>2</sup>						
	Cuartil I	1.25	0.62-2.52	1.53	0.66-3.55	0.85	0.33-2.12
	Cuartil II	1.23	0.66-2.30	1.29	0.63-2.63	0.96	0.40-2.33
	Cuartil III	0.98	0.48-2.00	0.89	0.42-1.92	0.58	0.23-1.47
Modelo C	Escolaridad del sujeto <sup>1</sup>						
	Primaria y menos	0.90	0.45-1.83	1.72	0.86-3.46	<b>3.67</b>	<b>1.13-11.86</b>
	Secundaria y bachillerato	1.08	0.52-2.23	1.40	0.71-2.79	2.28	0.87-5.99
	Ingreso familiar <sup>2</sup>						
	Cuartil I	1.15	0.57-2.31	2.01	0.91-4.41	0.90	0.38-2.16
	Cuartil II	1.28	0.65-2.54	1.68	0.83-3.41	1.02	0.45-2.29
	Cuartil III	1.00	0.48-2.09	1.10	0.53-2.31	0.58	0.23-1.48
Modelo D	Escolaridad del sujeto <sup>1</sup>						
	Primaria y menos	0.98	0.50-1.94	1.80	0.87-3.70	<b>4.03</b>	<b>1.29-12.59</b>
	Secundaria y bachillerato	1.15	0.56-2.35	1.41	0.69-2.84	2.41	0.96-6.03
	Ingreso familiar <sup>2</sup>						
	Cuartil I	1.31	0.65-2.66	<b>2.26</b>	<b>1.01-5.04</b>	1.00	0.40-2.52
	Cuartil II	1.30	0.69-2.45	1.72	0.88-3.39	1.17	0.49-2.81
	Cuartil III	1.01	0.49-2.09	1.15	0.57-2.36	0.65	0.27-1.57

Modelos: A: ajustado por sexo, religión, edad, estado civil, región, tamaño de la ciudad, situación laboral y escolaridad de los tutores, y situación laboral y escolaridad del entrevistado. B: variables del modelo A más inseguridad financiera. C: variables del modelo A más estatus social subjetivo. D: variables del modelo A más apoyo social. Grupos de referencia: <sup>1</sup> profesional y más; <sup>2</sup> cuartil IV.

En el cuadro 38 puede apreciarse que la mayor probabilidad de presentar trastornos moderados en las personas de menor ingreso permaneció después de ajustar por



inseguridad financiera (modelo B), estatus social subjetivo (modelo C) y apoyo social (modelo D). El riesgo incrementado para experimentar trastornos severos que presentaron los sujetos de menor ingreso desapareció al ajustar por inseguridad financiera (modelo B) y estatus social subjetivo (modelo C), pero al incorporar el apoyo social (modelo D) la relación no se modificó.

## VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### VII.1. Posición socioeconómica y prevalencias en el último año y en la vida

Un primer hallazgo que se puede comentar es que la relación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales fue distinta si se trataba de la prevalencia en la vida o en los últimos 12 meses. Con la prevalencia en la vida en algunos casos la posición socioeconómica no se relacionó con los trastornos (e.g. trastornos afectivos y algún trastorno), o bien, la asociación desapareció al ajustar entre indicadores socioeconómicos (e.g. trastornos de ansiedad y dos trastornos). Sólo la prevalencia en la vida de trastornos por sustancias se relacionó negativamente con la escolaridad de los entrevistados. En contraste, el ingreso familiar se asoció con el riesgo de trastornos afectivos y de ansiedad en el último año; al tiempo que la escolaridad se asoció con los trastornos por sustancias.

De estos resultados se desprende la siguiente cuestión: ¿por qué la relación con la posición socioeconómica es más clara con la prevalencia de los trastornos de ansiedad y afectivos en el último año que con la prevalencia en la vida?. Estos resultados pueden indicar que es probable que no existan diferencias socioeconómicas en la incidencia de estos trastornos mentales, pero sí en la cronicidad de los mismos, lo que produce que no haya diferencias socioeconómicas en la prevalencia en la vida, pero sí en la prevalencia en los últimos 12 meses. Lo anterior implica que se deben buscar explicaciones de por qué pueden existir diferencias entre estratos socioeconómicos en la cronicidad de los trastornos mentales. Una primera posibilidad es que los estresores más frecuentes en los estratos bajos que generan los trastornos mentales son constantes o crónicos; mientras que en los estratos altos son comunes estresores que se experimentan de manera aguda o por lapsos. Como se discutirá más adelante, la inseguridad financiera, la carencia de apoyo social y el percibirse en posiciones inferiores de la escala social son estresores que pueden experimentarse de manera crónica y que son más comunes entre las personas de estrato socioeconómico bajo.

Otra posible explicación a las diferencias en la cronicidad entre estratos socioeconómicos es el acceso diferencial a los servicios de salud mental. El uso de los servicios de salud mental puede prevenir el desarrollo de trastornos mentales como la depresión, además de que reduce la probabilidad de recaídas una vez que se han presentado estas enfermedades (Wiley-Exley, 2007; Ward et al., 2000). En la *World Health Mental Survey* se observó que en las poblaciones de Japón, Holanda y Nueva Zelanda, las personas con mayor escolaridad tuvieron probabilidades más altas de utilizar a los servicios de salud mental (Wang et al., 2007). Lo anterior puede producir que, aunque no haya diferencias socioeconómicas en la incidencia de trastornos mentales, al tener menor tasa de recuperación, la cronicidad de los trastornos sea mayor en los sujetos de estratos bajos. Sin embargo, en la ENEP no se encontraron diferencias en el uso de servicios de salud mental de acuerdo al ingreso (Wang et al., 2007), incluso las personas de menor escolaridad tuvieron mayor probabilidad de recibir tratamiento en los últimos 12 meses (Medina-Mora et al., 2005). Cabe señalar que los indicadores de uso de servicios de salud mental analizados en la *World Health Mental Survey* (en la cual la ENEP está incluida) no dan información sobre la eficacia del tratamiento recibido (Borges et al., 2006); por lo cual no se puede excluir la posibilidad de que, aún cuando no existan diferencias socioeconómicas en el uso de servicios, el impacto de éstos sea mayor en las personas de estratos superiores. Por ejemplo, en ancianos de los Estados Unidos de Norteamérica la mejoría en sintomatología depresiva después de fármaco y psicoterapia fue mayor en aquellos que residían en áreas con un promedio de ingreso más alto (Cohen et al., 2006).

La relación negativa de la posición socioeconómica con la prevalencia en el último año de los trastornos afectivos y de ansiedad observada con los datos de la ENEP también ha sido reportada en otros estudios con población adulta de Latinoamérica (Ortiz-Hernández et al., 2007). Aunque existen excepciones (Penayo et al., 1992; Vicente et al., 2000; Das et al., 2007); se ha reportado que la escolaridad (Canino et al., 1987; Vicente et al., 2002, 2004) y el ingreso se relacionan negativamente con indicadores de salud mental como sintomatología depresiva o escalas de tamizaje para trastornos mentales (Jadresic y Araya, 1995). En países de altos ingresos

también se ha observado consistentemente asociación negativa de la posición socioeconómica con los trastornos mentales (Dohrenwend y Dohrenwend; 1982; Dohrenwend, 1990; Dohrenwend y Schwartz, 1995; Fryers et al., 2003; Muntaner et al., 2004; Kessler et al., 1994; Blazer et al., 1994).

Una segunda cuestión que emerge de los resultados es que –a diferencia de los trastornos de ansiedad y afectivos– los trastornos por sustancias son más frecuentes en los estratos bajos tanto al considerar la prevalencia en la vida como en los últimos 12 meses. Este hallazgo puede atribuirse a diferencias en la naturaleza de los trastornos. En el campo de la epidemiología psiquiátrica se reconoce que es frecuente la existencia de comorbilidad entre la depresión y la ansiedad (Murphy et al., 1991; Tyrer, 2001), lo que muestra que estos dos trastornos, en ocasiones, tienen una base biológica similar. Estudios en gemelos muestran que los mismos genes son responsables del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno por depresión mayor; además, los tratamientos farmacológicos para un trastorno con frecuencia también son efectivos para el otro (Tyrer, 2001). Al respecto, Blazer et al. (1994) reportaron que la depresión mayor sin comorbilidad no se relacionó con el nivel educativo ni con la situación en el empleo, mientras que la depresión mayor con comorbilidad sí se relacionó consistentemente con indicadores socioeconómicos. Al respecto, el análisis de la ENEP mostró que al igual que con los trastornos de ansiedad y afectivos, la posición socioeconómica no se relacionó con la comorbilidad en la vida pero sí con la comorbilidad en los últimos 12 meses.

En el grupo de trastornos por uso de sustancias construido en la ENEP están incluidos dos tipos de trastornos: el consumo perjudicial y la dependencia al alcohol y el consumo perjudicial y la dependencia a las drogas; siendo los primeros los que contribuyen con un mayor número de casos (Medina-Mora et al., 2003). La mayor parte de la evidencia producida en América Latina indica que en adultos el consumo de alcohol es mayor entre las personas con mejor posición socioeconómica (Almeida y Coutinho, 1993; Bejarano y Caravajal, 1994; Fuentealba et al., 2000; Almeida et al., 2004); mientras que con el abuso y dependencia al alcohol la tendencia es contraria (Bejarano y Caravajal, 1994; Villatoro et al., 1996; Medina et al., 1996; Moreira et al., 1995, 1996; Bejarano et al., 1997; Míguez, 2000; Mendoza-Sassi y

Béria, 2003; Rosovsky et al., 1991; Bejarano et al., 1993; Benassi y Guzmán, 1994). Sin embargo, la evidencia para las últimas condiciones es menos contundente pues existen estudios en los que no se ha observado tal relación (Almeida y Coutinho, 1993; Canino et al., 1987; Almeida et al., 2004b; Vicente et al., 2000, 2002, 2004). En Estados Unidos de Norteamérica también la escolaridad y el ingreso se relacionan negativamente con el abuso y la dependencia al alcohol (Kessler et al., 1994). El costo del alcohol, las normas socioculturales y el nivel de estresores pueden ser factores que modifiquen la relación de la posición socioeconómica con el consumo, el abuso y la dependencia al alcohol. Es posible que el consumo de alcohol sea más frecuente entre los estratos altos debido a que es una norma sociocultural dentro de esos grupos, además de que cuentan con los recursos para adquirirlo; mientras que el abuso y la dependencia al alcohol son más frecuentes entre los estratos bajos debido a que se enfrentan con mayor frecuencia a diferentes estresores.

Al igual que en adultos de países de altos ingresos (Kessler et al., 1994; Galea et al., 2004), en los de América Latina el consumo de drogas ilegales en general (Cravioto et al., 2001), cocaína (Unikel et al., 1998; Míguez, 2000) y marihuana (Míguez, 2000) es más frecuente entre las personas de baja posición socioeconómica, aunque existen experiencias en las que no se ha observado ningún patrón (Fuentealba et al., 2000). En el caso de las drogas médicas, en general tienden a ser más consumidas por personas con mejor posición socioeconómica (Lima et al., 1999; Míguez, 2000), aunque existen estudios que no encontraron variación en función de variables sociales (Fuentealba et al., 2000). En países industrializados el consumo de medicamentos psicotrópicos es más frecuente en los sujetos de mayor escolaridad, pero la dependencia se comporta en forma opuesta (Warner et al., 1995).

## **VII.2. Posición socioeconómica en la niñez versus en la vida adulta**

En el caso de la prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses, se verificó una clara relación con los indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta; lo cual no ocurrió de manera consistente con los de la posición socioeconómica en la niñez. Los últimos no se relacionaron con los trastornos afectivos, de ansiedad, por sustancias y algún trastorno en los últimos 12 meses. De

los indicadores de la posición socioeconómica en la niñez, únicamente la baja escolaridad de la tutora se relacionó con mayor riesgo de presentar dos trastornos en el último año.

¿Por qué la relación con los trastornos mentales en el último año se da con la posición socioeconómica en la vida adulta, pero no con la posición socioeconómica en la niñez?. Considerando la perspectiva del ciclo de vida, es previsible que la posición socioeconómica en la niñez puede influir en la salud en la vida adulta mediante dos mecanismos (Gilman, 2002): (1) la posición socioeconómica en la infancia puede influir en la salud mental en la vida adulta a través de la determinación de la posición socioeconómica en etapas posteriores de la vida, y/o (2) la posición socioeconómica en la niñez tiene efecto directo –o independiente de la posición socioeconómica en la vida adulta– en el riesgo de desarrollar trastornos mentales al incrementar la susceptibilidad para desarrollar estas patologías. Los resultados del análisis de la ENEP sugieren que es más probable que sólo opere la primera explicación.

En los adultos de zonas urbanas de México se observó que la posición socioeconómica en la niñez se relacionó con la posición socioeconómica en la vida adulta, es decir, las personas cuyos tutores tuvieron baja escolaridad o estuvieron desempleados tuvieron mayor probabilidad de tener baja escolaridad e ingreso familiar. Este resultado apoya el argumento de que la posición social en la vida adulta es producto de las condiciones sociales en la infancia.

Sin embargo, en la población mexicana no se observó efecto de la posición socioeconómica en la niñez sobre los trastornos mentales en la vida adulta, independiente de la posición socioeconómica en la vida adulta. A continuación se enlistan las asociaciones de los trastornos mentales con indicadores de la posición socioeconómica en la niñez que desaparecieron al incluir los indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta: (1) la baja escolaridad de los tutores con el mayor riesgo de trastornos por sustancias, (2) el menor riesgo de presentar trastornos afectivos en el último año observado en entrevistados cuyos tutores eran desempleados, (3) la baja escolaridad de la tutora con el mayor riesgo de trastornos por sustancias en el último año, (4) el mayor riesgo de presentar trastornos

moderados en los sujetos cuyos tutores fueron desempleados y (5) el mayor riesgo de tener trastornos severos de los sujetos cuyos tutores o tutoras tenían baja escolaridad.

La mayoría de la evidencia sobre el efecto de la posición socioeconómica en la niñez sobre la salud o enfermedad mentales proviene de países industrializados. En un estudio de cohorte en Nueva Zelanda se observó que, después de ajustar la posición socioeconómica en la vida adulta, la posición socioeconómica en la niñez y la adolescencia se relacionó con dependencia al alcohol, pero no con episodios de depresión mayor (Poulton et al., 2002). Aunque en algunos (Power y Matthews, 1997; Sadowski et al., 1999; Ritscher et al., 2001) estudios de cohorte se ha observado asociación entre la posición socioeconómica en la niñez con síntomas depresivos, una de las limitaciones de estas investigaciones es que no se ajustó la relación por indicadores de la posición socioeconómica en la vida adulta. En otro estudio no se observó relación de la posición socioeconómica en la infancia con salud mental (Miech et al., 1999). Además, en una encuesta transversal con población adulta de Finlandia la sintomatología depresiva se relacionó con el ingreso y la ocupación de los entrevistados; pero no con la escolaridad y la ocupación de los padres (Harper et al., 2002).

Una explicación a la falta de asociación en la población adulta de México es que la relación existe, pero no es detectada con los datos de la ENEP, lo cual puede ser producto de uno o más sesgos. Puede existir sesgo de memoria al reportar la información de las variables relacionadas con la posición socioeconómica en la niñez, es decir, las personas reportan de manera imprecisa la información sobre su situación socioeconómica en la niñez. Sin embargo, existe evidencia (Krieger et al., 1998) de que los reportes retrospectivos sobre las condiciones socioeconómicas en la niñez son precisos. También es posible que el efecto de la posición socioeconómica en la niñez pueda ser captado con otros indicadores diferentes a los utilizados en la ENEP. Por ejemplo, en población adulta de Finlandia no se encontró relación -independiente de la posición socioeconómica en la vida adulta- de los trastornos mentales comunes con la escolaridad de los padres -como se encontró con los datos de la ENEP-, pero sí con dificultades económicas en la niñez (Lahelma

et al., 2006). Asimismo, en población sueca las dificultades económicas en la niñez y la adolescencia se asociaron con el estrés psicológico en la vida adulta; esta relación fue independiente de la clase social ocupacional en la adultez (Lundberg, 1997).

Otra posibilidad es que no existe relación de la posición socioeconómica en la niñez con los trastornos mentales en la vida adulta –independiente a posición socioeconómica en la vida adulta. Aunque existen variaciones socioeconómicas en la calidad de vida durante la infancia (McLeod y Shanahan, 1993); ésta última no afecta de manera permanente la percepción que tienen los sujetos sobre sí mismos, por lo cual la primera no influye en la salud mental en etapas posteriores de la vida. Al respecto, en un estudio (Rosenberg y Pearlin, 1978) no se encontraron diferencias socioeconómicas en autoestima en niños, pero sí en adultos. Para explicar estos resultados los autores sugieren que existen diferencias entre niños y adultos respecto a la forma en que la posición socioeconómica organiza las experiencias interpersonales y la manera en que interpretan la estratificación social. En primer lugar, los adultos experimentan comparación social de los recursos, habilidades y prestigio que tienen debido a su posición socioeconómica; en dicha comparación los sujetos de estratos bajos tienen mayor probabilidad de percibirse inferiores a los de estratos altos (sobretudo en el trabajo); y esta situación puede minar la autoestima de los primeros. En los niños, dado que sus relaciones interpersonales se ciñen a familiares y vecinos, existe menos probabilidad de que dicho proceso de comparación social se presente pues es común que en los vecindarios exista homogeneidad socioeconómica de las personas que los habitan. En segundo lugar, otro proceso que puede estar involucrado es la apreciación refleja (*reflected appraisals*), en la cual las personas llegan a evaluarse a sí mismas en función de cómo creen que los otros las perciben. En este caso, los niños pueden percibir que son evaluados por los demás en aspectos que no se relacionan con su situación socioeconómica (e.g. su desempeño escolar o deportivo); mientras que los adultos pueden percibir que las personas con las que interactúan los evalúan en función del ingreso que obtienen o del prestigio de la ocupación que desempeñan, lo cual puede minar su autoestima. En tercer lugar, para los adultos la posición socioeconómica



puede tener mayor relevancia en la construcción de su auto-concepto, además de que son conscientes de la existencia de la estratificación socioeconómica (i.e. están más preocupados por la existencia de diferencias sociales, con más probabilidad perciben el mundo en términos de la estratificación, y prestan atención y responden en función de su estatus social propio y el de los demás); mientras que en los niños la posición socioeconómica puede tener un papel residual en la construcción de su autoestima ya que no perciben la existencia de la estratificación social.

### VII.3. Indicadores de posición socioeconómica

Algunos autores han señalado que los indicadores tradicionales de la posición socioeconómica (escolaridad, ingreso y ocupación) utilizados en países de ingreso alto pueden no ser útiles en países de ingreso medio o bajo ya que entre ellos existen diferencias sociales. Por ejemplo, las clasificaciones basadas en la ocupación (tipologías de clase social de Golthorpe o la del *General Register* de Inglaterra) pueden no ser pertinentes -en el sentido de que no reflejan adecuadamente la estratificación social existente en una sociedad- en países donde una proporción importante de la población no está insertada en una relación asalariada.<sup>10</sup> Asimismo, en las dos últimas décadas se ha incrementado la proporción de la población ocupada en el sector informal de la economía, con la consecuente reducción en el sector formal; con lo cual la escolaridad puede dejar de tener su valor como predictor del tipo de ocupación y consecuentemente del ingreso que se tendrá (Infante y Schlaepfer, 1994).

Además, se han hecho señalamientos sobre las limitaciones que pueden ocurrir al indagar la información sobre escolaridad y salario (Liberatos et al., 1988); las cuales pueden producir que no sean útiles para el estudio de las inequidades en salud. Un problema observado es que las personas tienden a sobrestimar su escolaridad. El uso aislado del ingreso como variable socioeconómica se ve limitado debido a que: (a) el ingreso varía considerablemente al interior de las ocupaciones, (b) no es consistente con los requerimientos del nivel educativo para cada ocupación, (c) en el

---

<sup>10</sup> En el caso de México, de acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000 de la población ocupada, el 21.9% se ubicó en la categoría "trabajadores por su cuenta".

curso de la vida de un individuo el ingreso es relativamente inestable, por ejemplo, cuando un adulto decide volver a estudiar o cuando toma un empleo con menor salario en espera de una promoción a otro con mejor salario, (d) el nivel del ingreso es dependiente de la edad ya que aumenta conforme avanza la vida productiva, pero disminuye después de la jubilación, (e) no es válido comparar el ingreso de familias de distintos tamaños, (f) una dificultad adicional se relaciona con los distintos "costos de la vida" entre regiones, lo que hace que un mismo ingreso tenga distinta capacidad de adquisición dependiendo de la región y (g) el ingreso es una variable difícil de indagar por que depende de la memoria de los sujetos y pueden existir motivaciones para que los sujetos intencionalmente sub- o sobre-reporten su ingreso. Sin embargo, los hallazgos del análisis de la ENEP no apoyan estos cuestionamientos hechos a la escolaridad y el ingreso. En la población adulta urbana de México, los mejores indicadores de la posición socioeconómica –en términos del número de asociaciones observadas- fueron el ingreso familiar (que se asoció negativamente con la prevalencia en los últimos 12 meses de trastornos afectivos, de ansiedad, con presentar tres o más trastornos y de trastornos moderados) y la escolaridad del entrevistado (que se relacionó negativamente con la prevalencia en el último año de trastornos por sustancias, con presentar un trastorno y de trastornos severos).

En algunos estudios realizados en América Latina se reportó que el ingreso no se relacionaba con indicadores de salud mental (Caraveo-Anduaga et al. 1999; Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000; Araya et al. 2000, 2001, 2003; Blue, 2000; Vorcaro et al. 2001, 2004; Andrade et al., 2002; Illanes et al., 2002); aunque en otros sí se observó tal asociación (Jadresic y Araya, 1995; Lima et al., 1999; Ludermir y Lewis 2001; Ludermir y Melo, 2002; Vicente et al., 2002, 2004; Maia et al., 2004; Botega et al., 2005). Es probable que la falta de asociación con el ingreso observado en algunos estudios se deba a que ésta es una variable difícil de evaluar debido a las exigencias de cálculo y de memoria que implica para los entrevistados, así como a los sesgos en su reporte por ser un tema sensible. Asimismo, es posible que estas diferencias se deban a la forma en que se indaga el ingreso: puede ser más preciso indagar por separado los diferentes rubros que componen el ingreso familiar, en

lugar de hacer una pregunta general sobre el mismo. En el caso del ingreso, en la ENEP fue indagado de manera desglosada (i.e. en lugar de indagar el monto global del ingreso familiar, se preguntó por separado diferentes fuentes de ingreso), lo cual puede redundar en que las personas reporten con mayor precisión la información.

En América Latina, la escolaridad se ha asociado con síntomas de depresión (Almeida et al. 2004a; Illanes et al., 2002), intento de suicidio (Medina-Mora et al. 1992; Gazalle et al., 2004) y trastornos mentales del estado de ánimo y ansiedad (Andrade et al., 2002; Caraveo-Anduaga et al. 1999; Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000;) y trastornos en general (Canino et al., 1987; Araya et al. 2000, 2001, 2003; Blue, 2000; Ludermir y Lewis 2001; Ludermir y Melo, 2002; Lima et al., 1999; Vicente et al., 2002, 2004). En otros tres estudios, aunque observaron la misma tendencia, no encontraron diferencias significativas (Maia et al., 2004; Villanueva et al. 2000; Kac et al., 2006); en dos estudios más dicho indicador no se relacionó con síntomas de depresión (Vorcaro et al. 2001, 2004; Penayo et al., 1992). Como puede apreciarse en la mayoría de los estudios la escolaridad se relaciona con sintomatología indicativa de trastornos mentales, lo cual puede atribuirse a que dicho indicador refleja adecuadamente la estratificación socioeconómica al definir las posibilidades de inserción ocupacional e ingreso, y a diferencia de estas dos últimas variables tiene la ventaja de que las personas la pueden reportar con mayor precisión (Liberatos et al., 1988). Para algunos autores (Patel y Kleinman, 2003: 611; Marmot et al., 1997), la escolaridad es un mejor indicador del nivel socioeconómico en comparación con el ingreso o la ocupación ya que las relaciones entre escolaridad y trastornos mentales tienen menos posibilidades de deberse a la selección social ya que la educación formal finaliza en la adultez temprana. Además, la escolaridad del jefe de familia tiene la ventaja de que, en comparación con otras variables socioeconómicas (e.g. condiciones de la vivienda o el tamaño de la localidad de residencia), se relaciona mejor con índices compuestos o mediciones de pobreza (Infante y Schlaepfer, 1994; Bronfman et al., 1988).

Un aspecto que debe ser comentado se refiere a la correlación que mantienen entre sí los diferentes indicadores de la posición socioeconómica, lo cual puede ser especialmente problemático en los modelos de regresión en los que se incorpora

simultáneamente más de un indicador de posición socioeconómica debido a que puede existir colinealidad y, por tanto, sobreajuste de los modelos. Sin embargo, desde el punto de vista conceptual y empírico existen argumentos para analizar por separado cada indicador. Desde el punto de vista empírico, se ha observado que las correlaciones entre escolaridad e ingreso son moderadas, por lo cual no se justifica que se utilice uno como sustituto del otro; además que implica que en modelos de regresión múltiple pueden incluirse diferentes indicadores de la posición socioeconómica sin problemas de colinealidad (Braveman et al., 2005; Lahelma et al., 2006). Mas aún, dentro de un grupo de escolaridad, existen diferencias en los niveles de ingreso, lo cual es congruente con el hecho de que el ingreso puede correlacionarse con eventos de salud independiente de la escolaridad (Braveman et al., 2005). Desde el punto de vista teórico, es frecuente que se plantee que la posición socioeconómica es un fenómeno con diferentes facetas o dimensiones y cada una de ellas puede influir de distinta manera en la salud (Liberatos et al., 1988). Así, el ingreso refleja los recursos materiales con que los sujetos cuentan; mientras que la escolaridad puede ser indicador de características sociales no relacionadas con aspectos económicos, como conocimientos en general y en salud en específico, habilidades para resolver problemas, prestigio, actitudes y valores que forman conductas relacionadas con la salud, influencia sobre la vida de otros y sobre la de uno mismo (Liberatos et al., 1988; Braveman et al., 2005).

#### **VII.4. Mediadores de la relación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales**

Un mediador debe cumplir con ciertas características: ser más frecuentes en el grupo en desventaja, estar asociado con los eventos de salud estudiados y al ser incorporado en los modelos de regresión debe resultar en disminución de las estimaciones de las asociaciones entre la exposición y el evento. Como se esperaba, la distribución de las variables mediadoras tuvieron un gradiente socioeconómico: con la mayoría de los indicadores las personas de estrato socioeconómico bajo tuvieron mayor probabilidad de experimentar inseguridad financiera, percibir que se tiene bajo estatus social y carencia de apoyo social. Además, la inseguridad

financiera, el bajo estatus social subjetivo y la falta de apoyo social para la solución de problemas se relacionaron con los tres tipos de trastornos (afectivos, de ansiedad y por sustancias), con presentar dos trastornos y con trastornos severos en los últimos 12 meses.

En los modelos de regresión logística múltiple se observó que la inseguridad financiera explicó las relaciones del bajo ingreso con los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos moderados y las asociaciones de la baja escolaridad con los trastornos por sustancias y con el riesgo de presentar un trastorno. La relación del bajo ingreso con los trastornos de ansiedad y los trastornos moderados también fueron explicadas por el estatus social subjetivo. La asociación del bajo ingreso con presentar tres o más trastornos fue explicada por los tres mediadores (inseguridad financiera, estatus social subjetivo y apoyo social).

¿Por qué la inseguridad financiera es la variable mediadora más importante, seguida por el estatus social subjetivo?; además, ¿por qué el apoyo social fue la variable que menos efecto tuvo sobre la asociación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales?. En los países de altos ingresos se ha hecho notar que las desigualdades de salud es un fenómeno independiente a la pobreza absoluta, es decir, las diferencias o gradientes socioeconómicos se presentan incluso entre personas que no son pobres pero que se ubican en diferentes posiciones de la escala social (Marmot et al, 1997; Acheson, 2000; Marmot, 2006). Lo anterior ha hecho que se centre la atención en los efectos negativos que puede tener la existencia de jerarquías sociales en la salud de las poblaciones (Marmot, 2006). En países de ingresos altos el estudio de la existencia y los efectos de las jerarquías es relevante ya que los niveles de pobreza son relativamente bajos respecto a los de países de ingreso medio o bajo. Los datos de la ENEP muestran que la falta de recursos para satisfacer las necesidades es un mediador más importante de la relación entre posición socioeconómica y trastornos mentales. Es decir, en sociedades como la mexicana el pertenecer a estratos bajos es prácticamente sinónimo de pobreza (lo cual no siempre ocurre en los países de altos ingresos), por lo cual las personas de estratos bajos se enfrentan a la carencia de recursos para satisfacer sus necesidades. La incertidumbre frecuente debido a que no se cuenta

con satisfactores puede ser experimentada como un estresor crónico. Aneshensel (1992) y Turner et al., (1995) han señalado la importancia de los estresores crónicos –en oposición a los agudos, como cambios bruscos en las relaciones interpersonales– en el estudio de las disparidades socioeconómicas en salud mental ya que son lo que con mayor probabilidad se distribuyen de manera sistemática en función de la posición social, además que tienen mayor probabilidad de asociarse con el distrés psicológico. Cabe señalar que en varones burócratas de Inglaterra las diferencias socioeconómicas en funcionamiento mental (evaluado con la escala SF36) fueron explicadas por la capacidad de decisión en el trabajo y los problemas materiales (i.e. falta de dinero para comida, vestido o pago de deudas), mientras que el apoyo social tuvo un papel residual (Martikainen et al., 1999); en la misma muestra de varones, se observó que las disparidades socioeconómicas en los síntomas depresivos (evaluados con el Cuestionario General de Salud) se podían atribuir principalmente a las características del trabajo, seguidas por los problemas materiales y el apoyo social (Stansfeld et al. 1998).

El hecho de que el estatus social subjetivo no haya sido un mediador tan importante como la inseguridad financiera es posible que se deba –como ya se señaló– a que en México existe segregación geográfica de acuerdo a la posición socioeconómica, lo que hace que, aunque se esté consciente de la existencia de la estratificación social, no se conviva cotidianamente con personas de diferentes estratos sociales, lo que evita que existan procesos de comparación social en los que los sujetos de bajo estrato social se vean perjudicados. También es posible que la mayoría de la población mexicana esté habituada a las desigualdades y las perciba como un aspecto normal, y por tanto, no las evalúa como algo injusto o que va en contra de su dignidad.

El apoyo social sólo medió una de las asociaciones observadas, lo que puede indicar que aunque las personas de estratos altos tienen más probabilidad gozar de vínculos sociales, éstos no contribuyen a las diferencias socioeconómicas en trastornos mentales. Una explicación de este hallazgo es que es posible que las personas de estratos bajos disponen de formas de apoyo social que no fueron adecuadamente medidos y que son protectores de su salud mental. Otra posibilidad es que pueden

emitir diferencias entre estratos en la sensibilidad que tienen hacia el apoyo social: en las personas de estratos altos la falta de apoyo social puede tener más efecto que en las personas de estratos bajos. En este sentido, se ha documentado que las familias en extrema pobreza se caracterizan por su aislamiento social; sin embargo, despliegan otras estrategias de sobrevivencia, en las cuales se recurre a los miembros de la familia que residen en la misma vivienda (González de la Rocha, 2005).

Desafortunadamente, dado el carácter transversal del estudio, también es posible que la inseguridad financiera, el apoyo social y el estatus social subjetivo pueden ser producto –y no determinantes– de los trastornos mentales. Es decir, es probable que los sujetos con trastornos mentales tengan mayor posibilidad de presentar inseguridad financiera debido a que su ingreso es menor ya que por estar enfermos tienen más dificultades para conseguir o mantener el empleo. También es probable que los trastornos mentales produzcan conflictos interpersonales, lo que genera aislamiento social y, por tanto, decremento de las redes de apoyo social. Finalmente, parte de la sintomatología de los trastornos mentales puede incluir afectividad negativa, lo que condiciona que se reporte que la situación personal es peor a lo que en realidad es, por lo cual se tiende a reportar que se tiene bajo estatus social subjetivo. Sin embargo, existe evidencia de que es poco probable esta causalidad inversa: en un estudio de cohorte (Power y Matthews, 1997) se verificó que las condiciones de vivienda, las características del lugar de residencia, el deficiente apoyo o estímulo por los padres y las circunstancias económicas en la vida adulta están determinadas por las condiciones socioeconómicas en la niñez. En una cohorte inglesa la estatura (que es considerada un indicador de las condiciones socioeconómicas) en la infancia se relacionó negativamente con las características del trabajo y la calidad de la alimentación en la vida adulta (Holland et al., 2000).

Como en otros estudios (Lundberg, 1997), en la ENEP se utilizó una pregunta general para evaluar la existencia de inseguridad financiera, en la cuál se indagaba si los entrevistados consideraban que sus recursos eran suficientes para sus necesidades. Un problema con este indicador es que una respuesta positiva a la pregunta puede reflejar aspiraciones o deseos de acceder a “lujos”, y no la carencia

de recursos para satisfacer necesidades básicas. En este caso, la pregunta reflejaría la insatisfacción de los sujetos por tener acceso a lo que la mayoría de las personas otorga cierto prestigio.

### **VII.5 Diferencias entre sexos**

De acuerdo con una de las hipótesis planteadas, se esperaba que en los hombres, pero no en las mujeres, el riesgo de trastornos de sustancias fue mayor en las personas de estrato bajo; mientras que en las mujeres se esperaba mayor riesgo de trastornos afectivos y de ansiedad en aquellas que se ubicaran en posiciones socioeconómicas inferiores. Esta hipótesis se planteó, en parte, por que existen diferencias entre sexos en las prevalencias de trastornos mentales: en las mujeres son más frecuentes los trastornos afectivos y de ansiedad; mientras que los hombres tiene mayor probabilidad de presentar trastornos relacionados con el uso de sustancias (Medina-Mora et al., 2005, 2006, 2007; Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2002; Kessler et al., 1994; Granados y Ortiz, 2003). Este patrón también fue observado con los datos de la ENEP.

Además, existe evidencia de que en población latinoamericana existen diferencias entre sexos respecto a las inequidades socioeconómicas en salud mental. En un estudio brasileño con población adulta se observó que los trastornos depresivos eran más comunes en mujeres de clase baja; mientras que en los hombres no se observaron diferencias (Almeida et al., 2004a); por el contrario, sólo en los primeros se encontraron diferencias en el consumo elevado de alcohol, aunque en este caso los estratos altos fueron los que presentaron mayor prevalencia (Almeida et al., 2004b). En un estudio en Chile (Araya et al. 2000, 2001, 2003), en los hombres, pero no en las mujeres, la ocupación mantuvo relación con los trastornos mentales, mientras que lo contrario ocurrió con el ingreso y la escolaridad de los padres. En una muestra de población del Distrito Federal la escolaridad no se relacionó claramente con la depresión y la distimia (Caraveo-Anduaga et al., 1999), pero al hacer el análisis de hombres y mujeres por separado, en los primeros la escolaridad sólo se relacionó con la agorafobia, mientras que en las mujeres se asoció con agorafobia, agorafobia simple, fobia específica y fobia social (Caraveo-Anduaga y



Colmenares, 2000); desafortunadamente en la primera publicación (Caraveo-Anduaga et al., 1999) no se realizó el análisis de cada sexo por separado.

Sin embargo, con los datos de la ENEP no se encontraron patrones consistentes en el análisis estratificado por sexo de la asociación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales. Las siguientes tendencias apoyan la hipótesis planteada: en los hombres –pero no en las mujeres– cuyos tutores no tenían escolaridad tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos por sustancias en la vida; por el contrario, en las mujeres –pero no en los hombres– las que eran desempleadas tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos afectivos en el último año, aquellas que eran desempleadas tuvieron mayor riesgo de trastornos afectivos, y las que sus tutoras tenían baja escolaridad tuvieron menor riesgo de presentar trastornos de ansiedad y algún trastorno en la vida.

Contrario a lo esperado, en algunos casos no se observaron diferencias entre hombres y mujeres, o bien, las diferencias fueron opuestas a lo definido en la hipótesis. En los siguientes casos no se observaron diferencias entre sexos: la baja escolaridad de la tutora se relacionó con mayor riesgo de trastornos de sustancias en los últimos 12 meses (sin embargo, en los últimos las estimaciones fueron imprecisas, i.e.  $OR > 98$ ) y la baja escolaridad se relacionó con mayor riesgo de presentar trastornos por sustancias y algún trastorno en el último año. Los resultados que siguen son incluso opuestos a la hipótesis: en las mujeres –pero no en los hombres– se observó mayor riesgo de trastornos por sustancias en la vida en las que sus tutores fueron desempleados, además de que aquellas del cuartil I presentaron mayor riesgo de trastornos por sustancias en los últimos 12 meses ( $OR = 542$ ).

Otro resultado no esperado es que al realizar el análisis estratificado se observó que los estratos bajos presentaban menor riesgo de los trastornos estudiados, es el caso de las siguientes asociaciones: en las mujeres –pero no en los hombres– el auto-empleo y el desempleo se relacionaron con menor riesgo de presentar trastornos por sustancias; el ser auto-empleada o desempleada se relacionó con menor riesgo de trastorno por uso de sustancias en el último año ( $OR < 0.001$ ); las que eran auto-empleadas tuvieron menor riesgo de experimentar trastornos de la ansiedad; el auto-empleo se relacionó con menor riesgo de presentar trastornos de ansiedad en el

último año; la escolaridad de la tutora se relacionó con menor riesgo de presentar un trastorno en la vida. Además, en los hombres -pero no en las mujeres- del cuartil II de ingreso tuvieron menor riesgo de presentar trastornos de ansiedad en el último año; aquellos cuyos tutores eran desempleados tuvieron menor riesgo de experimentar dos trastornos en la vida y en los que su tutor fue desempleado tuvieron menor riesgo de presentar tres o más trastornos en los últimos meses ( $OR < 0.00$ ).

Como puede apreciarse, uno de los problemas que se observaron al realizar el análisis estratificado por sexo de la ENEP fue que algunas estimaciones fueron inestables ya que las estimaciones tuvieron valores extremos y/o los intervalos de confianza fueron muy amplios. Es probable que esto haya producido que no se observaran las diferencias esperadas.

#### **VII.6. Limitaciones del estudio**

Una de las principales restricciones del estudio es su naturaleza transversal, lo cual no permite conocer la secuencia temporal entre lo que se planteó como exposición (posición socioeconómica) y evento (trastornos mentales), lo cual impide establecer conclusiones contundentes en materia de causalidad. Desde la primera generación de estudios en epidemiología psiquiátrica surgió el debate respecto a si la relación inversa entre la posición socioeconómica y los trastornos mentales era explicada por la hipótesis de la causalidad social o por la de selección social (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982; Dohrenwend, 1990; Dohrenwend y Schwartz, 1995; Muntaner et al., 2004). En la hipótesis de causalidad social se establece que la mayor prevalencia de trastornos mentales en los sujetos de estratos bajos se debe a que ellos se enfrentan a más eventos estresantes y cuentan con menos recursos para afrontarlos, mientras que la hipótesis de selección social define que los trastornos mentales provocan que los sujetos que los padecen no se integren de forma exitosa al mercado laboral por lo cual tienden a concentrarse en los estratos bajos. En estudios de cohorte (Dohrenwend et al., 1992; Link et al., 1993; Miech et al., 1999; Ritcher et al., 2001) realizados en países industrializados se ha mostrado que la selección social explica la relación negativa de la condición socioeconómica con esquizofrenia,

trastornos de conducta y por déficit de atención; pero para la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias es más posible que opere la causalidad social.

Además, algunos de los resultados de la ENEP son congruentes con la causalidad social. La selección social podría resultar en asociación más clara con los trastornos en la vida; mientras que la selección social puede tener menos importancia en las prevalencias en los últimos 12 meses, sobretodo por que la posición socioeconómica es un atributo relativamente estable. Con los datos de la ENEP se observó que las asociaciones fueron más claras y en la dirección en que se esperaba con la prevalencia en los últimos 12 meses que con la prevalencia en la vida. Más aún, si operara la selección social, la relación sería más clara con la movilidad social descendente, y no con la persistencia de la posición socioeconómica baja. Por el contrario, la relación con baja posición socioeconómica daría más apoyo a la explicación de la causalidad social.

Otra restricción de la investigación es que, a pesar de la riqueza de las variables indagadas en la ENEP, ésta no fue diseñada para evaluar las diferencias socioeconómicas en los trastornos mentales. Si bien se incluyeron diferentes indicadores socioeconómicos, hubiera sido ideal indagar otras variables. Por ejemplo, la riqueza acumulada podría ser un factor asociado a la morbilidad psiquiátrica independiente a otros aspectos de la posición socioeconómica. Desde un enfoque conceptual, la riqueza, a diferencia de la escolaridad o la situación laboral, da cuenta de los recursos con los que cuenta la unidad doméstica; mientras que la escolaridad es un reflejo de las posibilidades de situarse en el mercado laboral. Es posible que las personas que tienen alguna propiedad tengan mayor posibilidad de acumular riqueza y la posesión de bienes, a su vez, puede ser un signo de bienestar material, control y predictibilidad sobre la vida. Así, la riqueza es una variable que no puede equipararse al ingreso. A un mismo nivel de ingreso puede haber variaciones importantes del nivel de riqueza; además, la riqueza puede disminuir el efecto negativo en la salud de situaciones que reduzcan ingreso (i.e. desempleo o enfermedad) (Braveman et al., 2005). Además, a diferencia de los sujetos que reciben un salario por su trabajo y que por tanto están sometidos a incertidumbre por su variación, las personas que reciben ingreso por bienes acumulados o riqueza

están sometidas a menor grado de incertidumbre. En este sentido, hubiera sido conveniente indagar información de la riqueza de los hogares a través de indicadores como la posesión de ciertos bienes (automóvil) o la existencia de ahorros en cuentas bancarias.

Los indicadores socioeconómicos de residencia geográfica también pueden ser predictores importantes de trastornos mentales; sin embargo, en la ENEP no fueron incluidos. Cabe señalar que en América Latina existen pocas experiencias en las que se haya estudiado la relación de índices socioeconómicos basados en áreas geográficas con trastornos mentales (Blue, 2000; Maia et al., 2004). El lugar de residencia puede tener impacto en el tipo de relaciones interpersonales que se establezcan: las zonas donde predominan personas pobres tienen mayor conflictividad y menos posibilidad de esparcimiento y cohesión social. También es posible que la heterogeneidad socioeconómica dentro de las áreas residenciales pueda hacer compleja la relación entre estratificación socioeconómica y salud mental. El hecho que dentro de una misma área vivan personas de bajos, medios y altos ingresos puede condicionar que disminuyan o incrementen las diferencias en las prevalencias de trastornos mentales. Por un lado, cuando una persona de bajos ingresos reside en un área donde predominan las personas de estratos medios y altos disfrutará de los beneficios que acarrea vivir en esas áreas, por lo cual las diferencias entre estratos disminuirán. Por ejemplo, en un estudio de la ciudad de México la tasa de diarrea en niños menores de cinco años era menor en las familias de clase proletariado que residían en áreas geográficas donde había más sujetos de la burguesía respecto a las familias de clase proletariado que residían en áreas geográficas donde predominaba el proletariado (Blanco y Sáenz, 1994). Un efecto opuesto puede suceder cuando una persona de estratos altos vive en un área donde predominan los estratos bajos.

Otras limitaciones de la ENEP (Medina-Mora et al., 2005, 2006, 2007) son: la precisión de los diagnósticos puede ser afectada por el hecho de que se obtuvieron mediante una entrevista –y no por entrevista clínica–; aunque se dispone de información sobre la validez y confiabilidad de la entrevista psiquiátrica utilizada (CIDI), no se validó la versión aplicada en México; los datos pueden estar sesgados

debido a que dependen de la memoria de las personas entrevistadas y de la disposición de éstas para proporcionar información veraz; y en la muestra no fueron incluidas personas institucionalizadas y de áreas rurales.

### VII.7. Conclusiones

El análisis de la ENEP mostró que conforme se baja en la escala social existe mayor riesgo de presentar trastornos mentales en los últimos 12 meses. Estos hallazgos tienen relevancia ya que diversas fuentes muestran que en México los problemas relacionados con la salud mental deben ser motivo de atención por su frecuencia y la discapacidad a la que se asocian. Cabe señalar que los trastornos analizados aquí son los de mayor frecuencia en la población mexicana (i.e. afectivos, de ansiedad y por uso de sustancias) (Medina-Mora et al., 2005, 2006). Además, México –como otros países de América Latina – se caracteriza por la polarización socioeconómica, es decir, donde la riqueza está más concentrada en una menor proporción de la población. A lo que se agrega que la inequidad socioeconómica se incrementó en los últimos años, lo que ha sido paralelo al aumento de la población en situación de pobreza.

Una de las formas en que la posición socioeconómica en la niñez puede afectar la salud mental en la vida adulta es influyendo en la posición socioeconómica que se alcanza en la vida adulta, esto último tiene apoyo con el análisis de los datos de la ENEP ya que los sujetos que en la niñez pertenecieron a estratos bajos tuvieron mayor probabilidad de permanecer en el mismo estrato en la vida adulta. Sin embargo, en los adultos mexicanos de zonas urbanas no existió relación de la posición socioeconómica en la niñez con los trastornos mentales en la vida adulta. Aunque la ausencia de asociación también ha sido observado en otras poblaciones, es necesario antes de descartar esta hipótesis realizar estudios de cohorte en los que se midan diferentes aspectos de la posición socioeconómica de la infancia (i.e. problemas materiales).

En los análisis de los procesos que pueden mediar la relación entre posición socioeconómica y salud se ha propuesto dos explicaciones que, en principio, no se excluyen: por un lado, los estratos bajos presentarían mayor riesgo de trastornos

mentales debido a la privación material asociada con la pobreza; o bien, existe un gradiente en las desigualdades en salud que se presenta en todos los estratos socioeconómicos y que se debe a factores psicosociales derivados de la existencia de jerarquías sociales (Ford et al., 1994; Marmot et al., 1997). En población adulta de México, la inseguridad financiera fue el principal mediador (por el número de asociaciones que modificó) de la asociación de la posición socioeconómica con los trastornos mentales, por lo cual la explicación de la privación material tuvo mayor relevancia sobre la experiencia de las jerarquías.

Aunque la ENEP presenta limitaciones, entre sus fortalezas se encuentra que sus resultados son representativos de la población adulta de zonas urbanas de México, los diagnósticos psiquiátricos fueron derivados mediante un instrumento estandarizado y definidos con criterios clínicos ampliamente aceptados (DSM-IV) y se obtuvo información detallada sobre diferentes características socioeconómicas de los sujetos entrevistados.

Los resultados aquí presentados pueden ser retomados para la formulación de políticas y programas encaminados a reducir las disparidades en salud. El análisis de la ENEP mostró que en las personas de estratos bajos son más frecuentes los trastornos mentales, lo cual, en parte se debe a que perciben que los recursos con los que cuentan son insuficientes para satisfacer sus necesidades. Estos hallazgos pueden implicar que las políticas y programas que contribuyan a reducir la pobreza pueden tener efectos positivos en la salud mental. En este sentido, cabe señalar que en las políticas gubernamentales de combate a la pobreza (SEDESOL, 2006) se hace énfasis en la dimensión física de la salud, mientras que la salud mental tiene un papel residual. Por ejemplo, el programa OPORTUNIDADES —que es el eje articulador de los programas de combate a la pobreza del gobierno mexicano— no se incluye explícitamente algún componente de salud mental; además las evaluaciones de las acciones en salud están enfocadas en aspectos como el estado nutricional de los niños o la mortalidad materna e infantil; sólo recientemente se incluyó el impacto de la intervención sobre consumo de sustancias en adolescentes. Por lo tanto, se requiere que en este tipo de programas se incluya un componente de salud mental. Más aún, además de estos programas focalizados, pueden contemplarse otras

medidas —que van más allá del sector salud— como el ingreso mínimo que permita costear todas las satisfactores necesarios para mantener conductas saludables. Se ha propuesto que la concreción del ingreso mínimo se puede realizar a través de políticas laborales y económicas como programas de capacitación para el empleo, estímulos fiscales para empleadores para que contraten personas de estratos bajos, transferencias monetarias para personas cuyo ingreso son menores al mínimo, seguros de desempleo, regulación de precios de bienes básicos, entre otros (Heymann, 2000; Boltvinik, 1996). Estos cambios implican modificaciones sustanciales de las instituciones gubernamentales, los cuales se logran a través de la movilización política (Heymann, 2000).

De igual modo, los hallazgos del análisis de la ENEP pueden ser retomados en el diseño y planeación de servicios de salud mental. Dado que la población de estratos bajos tienen mayor probabilidad de presentar trastornos mentales, se requieren eliminar las barreras que esta población puede tener para acceder a los servicios de salud mental. Lo anterior es importante ya que en México el 18.6% de las personas con algún trastorno en el último año reportó haber utilizado algún tipo de servicio de salud mental; y de las personas que buscaron algún tipo de tratamiento el 49.8% recibió alguno mínimamente adecuado (Borges et al., 2006); más aún es considerable el tiempo que transcurre entre el inicio del trastorno y la recepción de algún tipo de tratamiento: 10 años para trastornos por sustancias, 14 años para trastornos afectivos y 30 años para trastornos de ansiedad (Borges et al., 2007).

Otra implicación de los resultados del análisis de la ENEP se relaciona con el vigilancia de las desigualdades en salud. La asociación entre posición social y trastornos mentales ha sido documentada a través de diferentes indicadores de estratificación. Los indicadores que mejor discriminaron las diferencias socioeconómicas fueron el ingreso familiar y la escolaridad. La inclusión de estas variables en encuestas nacionales puede permitir medir y monitorear las desigualdades socioeconómicas en salud. En países europeos ha sido común el uso de clases ocupacionales para monitorear la desigualdad, sin embargo, en la ENEP se observó un problema de carácter logístico que impide un uso: para una proporción muy baja de encuestados se registró esta información. El uso de indicadores de la

posición socioeconómica basadas en la ocupación representa un reto. Por un lado, en México no existe la tradición que existe en muchos países de Europa en los que existen clasificaciones de las ocupaciones respecto al ingreso o al estatus, además de que la información. Por otro lado, el análisis de la ENEP mostró que es frecuente que no se registre adecuadamente la información sobre la ocupación. En este sentido, en el futuro convendría explorar la utilidad de diferentes propuestas conceptuales y metodológicas de tipologías de clase basadas en la ocupación, algunas de ellas fundamentadas en perspectivas funcionalistas (Prandy, 1999) y otras desarrolladas desde enfoques marxistas (Bronfman y Tuirán, 1988).

Cabe señalar algunos temas que convendría abordar en el futuro. En primer término, en próximas investigaciones se podrían estudiar muestras de mayor tamaño, lo que permitirá seguir explorando el papel modificador del sexo en la relación entre posición socioeconómica y trastornos mentales. En segundo lugar, en la mayoría de los estudios se ha analizado la prevalencia de trastornos mentales en periodos de referencia de un año o menos tiempo (e.g. seis meses o un mes). En futuros estudios se podría analizar diferencias en incidencia, prevalencia y cronicidad de los trastornos de acuerdo a la posición socioeconómica. En tercer lugar, convendría explorar el papel del acceso diferencial a los servicios y tratamientos de salud mental en las inequidades socioeconómicas en la distribución de los trastornos mentales. En cuarto lugar, se hace necesario que en el futuro se incluyan otros indicadores que reflejen la estratificación como lugar o área geográfica de residencia, condiciones de vivienda (e.g. material del techo o número de focos) o de ciertos bienes (automóvil o teléfono). Finalmente, en futuros estudios también se podría explorar la contribución de condiciones de trabajo a las diferencias socioeconómicas en salud mental.



## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. London: The Stationery Office, 1998.
- Acheson D. Health inequalities impact assessment. Bull WHO 2000; 78 (1): 75-6.
- Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic, and psychosocial development. Pediatrics 2001; 108: 44-53.
- Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA. Family food insufficiency, but not low income family income, is positively associated with dysthymia and suicide symptoms in adolescents. J Nutr 2002; 132: 719-25.
- Almeida LM, Coutinho ESF. Prevalencia de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. Rev Saúde Pública 1993; 27:23-9
- Almeida FN. Social epidemiology of mental disorders. A review of Latin-American studies. Acta Psychiatr Scand 1987; 75: 1-10.
- Almeida FN, Mari JJ, Coutinho ESF. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. Rev Psiq Clin 1999; 26: 236-45.
- Almeida FN, Kawachi I, Pellegrini F, Dachs N. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). Am J Public Health 2003; 93: 2037-43.
- Almeida FN, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. Rev Saúde Pública 2004a; 38: 45-54.
- Almeida FN, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Sherman A, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. Soc Sci Med 2004b; 59: 1339-53.
- Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 2002; 37: 316-25.
- Aneshensel CS, Rutter CM, Lachenbruch PA. Social structure, stress, and mental health: competing conceptual and analytic models. Am Sociol Rev 1991; 56: 166-78.
- Aneshensel CS. Social stress. Annu Rev Sociol 1992; 18: 15-38.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R. Depresión y género en Santiago de Chile. Acta psiquiat psicol Am Lat 2000; 46: 325-35.

- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Santiago Mental Disorders Survey: prevalence and risk factors. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
- Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 501-5.
- Bastide R. *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo Veintiuno Editores, 1979.
- Bejarano J, Carvajal H. Abuso de drogas y conducta delictiva. *Cienc Soc* 1993; 60: 51-62.
- Bejarano J, Carvajal H. Consumo de drogas en la mujer costarricense. *Cienc Soc* 1994; 65: 43-55.
- Bejarano J, Carvajal H, Lee LS. Alcohol y alcoholismo en la sociedad costarricense. *Cienc Soc* 1997; 77: 9-20.
- Benassini O, Guzmán AC. Patrones de abuso en consumidores de drogas; reporte comparativo a 6 años. *Psiquiatr* 1994; 10(2): 42-7.
- Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life-course approach to chronic disease epidemiology. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 285-293.
- Berenson S, Medina-Mora ME, López EK, González J. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Rev Mex Psicol* 1998; 15: 177-85.
- Berenson S, González-Forteza C, Medina-Mora ME. Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. *Rev Mex Psicol* 2000; 17: 55-63.
- Blazer D, Kessler RC, McGonagle KA, Swart MS. The prevalence and distribution of major depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151:979-986.
- Blanco J, Sáenz O. *Espacio urbano y salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. 1994.
- Blue I. Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22: 116-23.
- Boltvinik J. *Pobreza y Estratificación Social en México*. México: Colegio de México-INEGI-IIS-UNAM. 1995.
- Boltvinik J. Algunas tesis y reflexiones sobre la pobreza en México. En: *Hacia una política social alternativa* (Laurell AC, coord.), México: Instituto de Estudios de la Revolución Democrática – Fundación Friedrich Ebert Stiftung. 1996: 97-129.
- Boltvinik J, Hernández E. *Pobreza y distribución del ingreso en México*. México: Siglo XXI editores, 1999.
- Boltvinik J. *Fábrica de pobres*. La Jornada, 14 de julio, 2000.
- Boltvinik J. *Pobreza en la Ciudad de México*. La Jornada, 25 de enero, 2002a.

- Boltvinik J. Dimensiones de la pobreza en México. La Jornada, 1 de noviembre, 2002b.
- Boltvinik J. La pobreza en México. La Jornada, 13 de junio, 2003a.
- Boltvinik J. Incredulidad justificada. La Jornada, 27 de junio, 2003b.
- Boltvinik J. No pobres salen del sombrero. La Jornada, 4 de julio, 2003c.
- Borges G, Rosovsky H, Gil A, Pelcastre B, López JL. Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia. *An Inst Mex Psiquiatr, Reseña de la VIII Reunión de Investigación 1993*; 4: 198-203.
- Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex* 1996; 38: 197-206.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1371-1378.
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007; 97(9): 1638-1643.
- Bosma H, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *BMJ* 1999; 318: 18-22.
- Bourdieu P. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto". MC Ruíz (trad). Madrid: Editorial Taurus, 1988.
- Bourdieu P. "La dominación masculina". *La Ventana, Revista de Estudios de Género (Universidad de Guadalajara)* 1996 (3), pp. 7-95.
- Botega NJ, Berti M, Bosco H, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behaviour in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1):45-53.
- Braveman PA, Cubbin C, Egerte S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, Posner S. Socioeconomic status in health research. One size does not fit all. *JAMA* 2005; 294: 2879-88.
- Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- Bronfman M, Tuiran R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuad Med Soc* 1984, 29-30: 53-75.
- Bronfman M, H Guiscafre, V Castro, R Castro. II. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Arch Invest Med* 1988; 19: 351-360.
- Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child* 1997; 7 (2):55-71.

- Brunner E. The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. Health and social organization. London: Routledge, 1996: 272-297.
- Brunner E. Socioeconomic determinants of health: stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997; 314 (7092): 1472-1476.
- Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 727-35.
- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E, Saldívar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Ment* 1999 (número especial): 62-67.
- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Ment* 2000; 23: 10-9.
- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: panorama epidemiológico. *Salud Ment* 2002; 25 (2): 9-15.
- Castellanos PL. Perfil de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das américas. En: *Eqüidad e saúde. Contribuciones da epidemiologia*. Barradas R, Lima M, Almeida NF, Peixoto R (org.). Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997: 137-160.
- Cockerham WC. *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
- Cohen A, Houck PR, Szanto K, Dew MA, Gilman SE, Reynolds CF 3rd. Social inequalities in response to antidepressant treatment in older adults. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Jan; 63: 50-6.
- Coutinho<sup>es</sup> ESF, Ferri CP, Formigoni MLOS. Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. *J Brás Psiq* 1995; 44: 311-15.
- Coutinho ESF, de Almeida-Filho N, Mari JJ, Rodrigues L. Minor psychiatric morbidity and internal migration in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 173-9.
- Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq clín* 1999; 26: 246-56.
- Cravioto P, de la Rosa B, Tapia-Conyer R. Riesgo de consumo de drogas ilegales en población económicamente activa en México. *Psiquis* 2001; 10(1):17-26.
- Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behavior in School-aged Children Survey. *Health Educ Res* 1997 Sep; 12(3): 385-97.
- Das J, Do Q, Friedman J, McKenzie D, Scott K. Mental health and poverty in developing countries: revisiting the relationship. *Soc Sci Med* 2007; 65: 467-80.

- Dewilde C. A life-course perspective on social exclusion and poverty. *Br J Sociol* 2003; 54: 109-128.
- Di Marco G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta Psiquiatr Amer Lat* 1982;28:93-102.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *Am J Public Health* 1982; 72: 1271-9.
- Dohrenwend BP. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 41-7.
- Dohrenwend BP, Levav I, Patrick S, Schwartz S, Naveh G, Link B, Skodol A, Stueve S. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992; 255: 946-52.
- Dohrenwend BP, Schwartz S. Socioeconomic status and psychiatric disorders. *Current Opinion Psychiatr* 1995; 8: 138-41.
- Doyal L, Gough I. A theory of human need. Londres: Ed. MacMillan, 1992.
- Fonagy P. Patterns of attachment, interpersonal relationships and health. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. Health and social organization. London: Routledge, 1996: 125-51.
- Ford G, Ecob R, Hunt K, Macintyre S, West P. Patterns of class inequality in health through the lifespan: class gradients at 15, 35 and 55 years in the west of Scotland. *Soc Sci Med* 1994; 39: 1037-50.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 229-37.
- Fuchs E, Flügge G. Chronic social stress: effects on limbic brain structures. *Physiol Behav* 2003; 79: 417-27.
- Fuentealba R, Cumsille F, Araneda AC, Molina C. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Rev Panam Publica* 2000; 7: 79-87.
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. *Epidemiol Rev* 2004; 26: 36-52.
- Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. *Epidemiol Rev* 2004; 26: 7-21.
- Gazalle FK, de Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38: 365-71.
- Gianaros PJ, Horenstein JA, Cohen S, Mathews KA, Brown SM, Flory JD, et al. Perigenual anterior cingulate morphology covaries with perceived social standing. *SCAN* 2007; 2: 161-173.
- Gilman SE. Childhood socioeconomic status, life course pathways and adult mental health. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 403-404.

- Goldberg M. Este oscuro objeto da epidemiologia. En: Czeresnia D (coord.). *Epidemiología. Teoría y Método*. Brasil: HUCITEC y ABRASCO, 1990: 87-136.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez-Malagón N, Bohórquez A, Díazgranados N, Ospina ME, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr* 2002; 31(4):271-86.
- Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto D, Gil JFA, Rondon M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(6): 378-386.
- González de la Rocha M. Los límites de las estrategias de sobrevivencia: viejos y nuevos enfoques para el análisis de las respuestas familiares y domésticas. *Estudios del Hombre* 2005, (13/14): 219-238
- González-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, et al. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Ment* 2002; 25(6): 1-12.
- Granados JA, Ortiz L. Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Ment* 2003; 26 (1): 42-50.
- Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do?. *Bull WHO* 2000; 78 (1): 3-12.
- Harper S, Lynch J, Hsu WL, Everson SA, Hillemeier MM, Raghunathan TE et al. Life course socioeconomic conditions and adult psychological functioning. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 395-403.
- Holland P, Berney L, Blane D, Smith GD, Gunnell DJ, Montgomery SM. Life course accumulation of disadvantage: childhood health and hazard exposure during adulthood. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1285-1295.
- Heymann SJ. Health and social policy. En: Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. Oxford University Press, 2000: 368-82.
- House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Ann Rev Sociol* 1988; 14: 293-318.
- Illanes E, Bustos L, Lagos X, Navarro N, Muñoz S. Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco. *Rev Med Chile* 2002;130:885-91.
- Infante C, Schlaepfer L. Las variables socioeconómicas en la investigación en salud en México. *Salud Publica Mex* 1994; 36: 364-73.
- Infante C. El enfoque sociológico en el estudio de la prevención de los problemas de salud. *Acta Sociol* 1994; 11: 203-226.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 1984 a 2002*.
- Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 1995; 123: 694-99.

- Kac G, Silveira EA, Costa L, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 999-1007.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, inc. Publishers, 1990.
- Kawachi I. Social epidemiology. Editorial. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1739-41.
- Kessler RC. Stress, social status, and psychological distress. *J Health Social Behav* 1979; 20: 259-72.
- Kessler RC, Cleary PD. Social class and psychological distress. *Am Sociol Rev* 1980; 45: 463-478.
- Kessler RC. A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress. *Am Sociol Rev* 1982; 47(6): 752-764.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- Kohn ML, Naio A, Schoenbach C, Schooler C, Slomczynski KM. Position in the class structure and psychological functioning in the United States, Japan, and Poland. *Am J Sociol* 1990; 95: 964-1008.
- Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider. *Soc Sci Med* 1994; 39: 887-903.
- Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research. *Annu Rev Public Health* 1997; 18: 341-78.
- Krieger N, Williams DR, Moss NE. Adult female twins' recall of childhood social class and father's education: a validation study for public health research. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 704-8.
- Krieger N. Embody inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Serv* 1999; 29: 295-52.
- Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 668-77.
- Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11 (5/6): 480-90.
- Kroeff LK, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto ALF, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2004; 38: 261-7.
- Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2006; 63: 1383-1399.

- Laurell AC. La salud enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud* 1982 (2): 7-25.
- Laurell AC. Social analysis of collective health in Latin America. *Soc Sci Med* 1989a; 28:1183-91
- Laurell AC. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. En: Laurell AC, Noriega M. *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México: editorial ERA, 1989b: 65-92.
- Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MI (coord.). *Lo biológico y lo social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No. 101*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994: 1-19.
- Laurell, A.C. 1999. Social Policy in Latin America. En: *Globalizations and Modernities* (Therborn, G., editor), pp. 221-241. Estocolmo: FRN
- León DA. Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries. En: Leon DA, Walt G (eds.). *Poverty, inequality and health*. New York: Oxford University Press, 2001.
- Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, Meltzer H. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet* 1998 Aug 22; 352(9128): 605-9.
- Liberatos P, GL Bruce, JL Kelsey. The measure of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 87-121.
- Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clin* 1999; 26: 225-35.
- Link BG, Clare M, Dohrenwend BP. Socioeconomic status and depression: the role of occupations involving direction, control and planning. *Am J Sociol* 1993; 98(6): 1351-87.
- Lolio CAD, Souza JMPD, Santo AH, Buchalla CM. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 1993;27:262-265.
- López-Arellano O, Blanco-Gil J. Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Publica Mex* 1994; 36: 374-84.
- Lozano R, Infante C, Schlaepfer L, Frenk J (1993): *Desigualdad, Pobreza y Salud en México*. Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad – El Nacional.
- Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiol* 2001; 36: 101-7.
- Ludermir AB, Melo DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36:213-21.



- Lundberg O. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Soc Sci Med* 1997; 44: 821-831.
- Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. En: Berkman L, Kawachi I (eds.). *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000: 13-35.
- Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004;38:650-6.
- Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 357-63.
- Marmot M. The social pattern of health and disease. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. *Health and social organization*. London: Routledge, 1996: 42-70.
- Marmot M, Feeney A. Work and health. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. *Health and social organization*. London: Routledge, 1996: 237-54.
- Marmot M, Ryff C, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: next questions and covering evidence. *Soc Sci Med* 1997; 44(6): 901-910.
- Marmot M. Status syndrome. A challenge to medicine. *JAMA* 2006; 295(11): 1304-07.
- Martikainen P, Stansfeld S, Hemingway H, Marmot M. Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning. *Soc Sci Med* 1999; 49: 499-507.
- McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, parenting and children's mental health. *Am Sociol Rev* 1993; 58: 351-66.
- Medina E, Kaempffer AM, Cornejo E, Hernández E. El beber problema en la población de Santiago. *Rev Psiquiatr (Chile)*; 1996; 12: 67-73.
- Medina-Mora ME, Rascón M, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J, et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3: 48-55.
- Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Galván F, Fleiz C, Rojas E, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México, 2002.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003; 26: 1-16.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005; 35: 1773-83.

- Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19(4): 265-76.
- Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *B J Psychiatr* 2007; 190: 521-528.
- Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorder and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction* 2003; 98: 799-804.
- Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Entner BR, Silva Phil. Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *Am J Sociol* 1999; 104(4): 1096-1131.
- Míguez M. Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina. *Acta psiquiat psicol Am lat* 2000; 46(3): 247-54.
- Mondragón L, Saltijeral AT, Bimbela A, Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Ment* 1998; 21: 20-7.
- Mondragón L, Monroy Z, Medina-Mora ME, Borges G. Eventos de la vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestral de servicios de urgencias: un enfoque de género. *Rev Mex Psicol*. 2003; 20: 225-235.
- Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1995; 29: 46-51.
- Moreira JB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC et al. Alcoholic beverages consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian City: a population based survey. *J Stud Alcohol* 1996; 57: 253-9.
- Muntaner C, Eaton WW, Diala C, Kessler RC, Sorlie PD. Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Soc Sci Med* 1998; 47: 2043-53.
- Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernan E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 950-958.
- Muntaner C, Eaton WE, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev* 2004; 26: 36-52.
- Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 223-29.
- Myers JK, Lindenthal JL, Pepper MP. Live events, social integration and psychiatric symptomatology. *J Health Soc Behav* 1975; 16: 421-7.
- SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social). Oportunidades. Un programa de resultados. Edición 2006. SEDESOL, 2006.

- Ortiz-Hernández L. Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones. *Salud Probl* 2003; 8 (14-15):17-26.
- Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental. Una revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Públ* 2007; 23 (6): 1255-72
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1461-71.
- Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 2003; 81(8): 609-615.
- Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Bol Of Sanit Panam* 1992; 113: 137-48.
- Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, Moffitt TE. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet* 2002; 360(9346): 1640-5.
- Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 1997; 350: 1584-89.
- Prandy K. Class, stratification and inequalities in health: a comparison of the registrar-general's social classes and the Cambridge scale. *Sociol Health Illn* 1999; 21: 466-484.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994: 1-61.
- Ritsher JEB, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP. Intergenerational study of social class and depression: a test of social causation and social selections models. *Br J Psychiatr* 2001; 178: s84-s90.
- Rogler LL. Increasing socioeconomic inequalities and the mental health of the poor. *J Nervous Mental Dis* 1996; 184: 719-722.
- Rose D, O'Reilly K. The ESRC review of government social classifications. London: Office for National Statistics, 1998.
- Rosenberg M, Pearlin LI. Social class and self-esteem among children and adults. *Am J Sociol* 1978; 84: 53-77.
- Rosovsky H, Casanova L, Pérez C. Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos. *An Inst Mex Psiquiatr, Reseña de la VI Reunión de Investigación* 1991; 2: 138-42.
- Sadowski H, Ugarte B, Kolvin I, Kaplan C, Barnes J. Early life family disadvantages and major depression in adulthood. *Br J Psychiatr* 1999; 174: 112-20.
- Santos PJ. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cad Saúde Públ, Rio de Janeiro* 1996a. 12(2): 207-216.

- Santos PJ. Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. *Cad Saúde Públ*, Rio de Janeiro 1996b.12(3): 329-337.
- Santos JAF. A teoria e a tipologia de classe neomarxista de Erik Olin Right. *Dados* 1998; 41 (2).
- Sapolsky RM. The influence of social hierarchy on primate health. *Science* 2005; 308: 648-52.
- Secretaría de Salud. *Salud: México*, 2002. México: Secretaría de Salud, 2003.
- Sesma-Vázquez S, Campuzano JC, Carreón-Rodríguez VG, Knaul F, López-Antuñano FJ, Hernández-Ávila M. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992-1998. *Salud Publica Mex* 2002;44 supl 1:S82-S92.
- Siefert K,<sup>5</sup> Heflin CM, Corcoran ME, Williams DR. Food insufficiency and physical and mental health in a longitudinal survey of welfare recipients. *J Health Soc Behav* 2004; 45: 171-186.
- Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. Subjective social status: its determinants and its associations with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1321-1333.
- Skinner EA, Zimmer-Gembeck M. The development of coping. *Annu Rev* 2007; 58: 119-144.
- Sood R. Neurotic disorder in India. *Lancet* 1998; 352: 1786.
- Spilerman S. Wealth and stratification processes. *Annu Rev Sociol* 2000; 26: 497-524.
- Stansfeld SA, Head J, Marmot MG. Explaining social class differences in depression and wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:1-9.
- Subramanian SV, Belli P, Kawachi I. The macroeconomic determinants of health. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 287-302.
- Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86: 674-77.
- Szreter SRS. The genesis of Registrar-General's social classifications of occupations. *Br J Sociol* 1984; 35(4): 522-46.
- Tarlov AR. Social determinants of health. The sociobiological translation. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. *Health and social organization*. London: Routledge, 1996: 72-93.
- Turner R, Wheaton B, Lloyd D. The epidemiology of social stress. *Am Sociol Rev* 1995; 60: 104-25.
- Turner RJ, Lloyd DA. The stress process and the social distribution of depression. *J Health Soc Behav*. 1999 Dec; 40(4): 374-404.
- Tyrer P. The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *Br J Psychiatr* 2001; 179: 191-3.

- Unikel C, Galván J, Soriano A, Villatoro J, Ortiz A, Rodríguez E. Evolución del consumo de cocaína en México y su presencia entre las clases menos favorecidas. *Salud Ment* 1998; 21: 29-34.
- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatr* 2004; 184: 386-92.
- Vargas L. La distribución del ingreso, la composición del gasto y las perspectivas del ahorro monetario familiar. En: Calva JL (coord.). *Distribución del ingreso y políticas sociales*. Tomo II. México: Equipo Pueblo, ENLACE, Foro de Apoyo Mutuo, Juan Pablos Editor, 1995: 34-43.
- Vázquez-Segovia LA, Sesma-Vázquez S, Hernández-Ávila M. El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984-2000. *Salud Publica Mex* 2002;44 supl 1:S76-S81.
- Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Boggiano G, Silva L, Saldivia S. El nivel socio-económico como factor de riesgo del enfermar psiquiátrico. *Rev Psiquiatr (Chile)* 2000; 17(2): 98-108.
- Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders. *Rev Med Chile* 2002; 130: 527-536.
- Vicente V, Kohn R, Rioseco P, Valdivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatr* 2004; 184: 299-305.
- Villanueva LA, Pérez-Fajardo MM, Iglesias LF. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* 2000; 68(4): 143-7.
- Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, López-Lugo EK, Juárez FL, Rivera E, Fleiz C. La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Ment* 1996; 19: 1-6.
- Villatoro JA, Medina-Mora ME, Cardiel H, Fleiz C, Alcántar E, Hernández S et al. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. *Salud Ment* 1999; 22 (2): 18-30.
- Vorcaro CMR, Lima-Costa MFF, Barreto MS, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 257-63.
- Vorcaro CMR, Rocha FL, Ochoa E, Lima-Costa MF. The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambuí Study. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 216-26.
- Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector salud. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11 (5/6): 316-26.

- Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet* 2001 Jul 28; 358(9278): 315-23
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370(9590): 841-50.
- Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. *BMJ* 2000; 321: 1383-8.
- Warner LA, Kessler RC, Hughes M, Anthony JC, Nelson CB. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52: 219-29.
- Weich S, Lewis G, Jenkins P. Income inequality and the prevalence of common mental disorder in Britain. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 222-7.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22 (3): 429-45.
- WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-2590.
- Wiley-Eskley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Soc Sci Med* 2007; 64 (6): 1231-41.
- Wohlfarth T, van den Brink W. Social class and substance use disorders: the value of social class as distinct from socioeconomic status. *Soc Sci Med* 1998; 47:51-58.
- Wohlfarth T. Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable? *Soc Sci Med* 1997; 45: 399-410.
- Wright EO, Hachen D, Costello C, Sprague J. The American class structure. *Am Sociol Rev* 1982; 47: 709-726.