

Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios

Ma. Asunción Lara*
Ma. Elena Medina-Mora**
V. Nelly Salgado de Snyder***
Maricarmen Acevedo***
Ma. de Jesús Díaz-Pérez***
Jorge A. Villatoro Velázquez***

Summary

This paper reports the results of three studies on the use of mental health services. The first one includes an urban sample in which the use of services by men and women is compared; the other two include only female subjects (one rural and the other, urban).

A great shortage of mental health services is observed in urban settings, however, when we come to rural areas they are practically null. In spite of this difference, both groups report that when they suffer from emotional symptoms they seek help from relatives and friends; they use home remedies or advice from priests and religious ministers.

Compared to men, women with *high depression* seek less often help from friends and relatives while men seek professional help more frequently. Men reported that the main reasons for not seeking help was that they didn't want to lose money by not working and that they thought that other people could help them. In the case of *mild depression*, men attend private consultation and specialized mental health centers more often than women, while the latter attend social security services. Some of the reasons women give for not looking for help are: shame, because they think nobody can understand their problem nor help them, because they think that someone else can help them, because the service is not available or because of difficulties in finding alternative care for their children.

Very few people receive treatment, still, women receive twice as much pharmacological treatment than men. This situation is more common in women with low educational level.

In contrast to the low frequency with which women seek formal help when they present emotional problems, when their children are the ones presenting these problems they do seek formal help for them.

Resumen

Se presentan los resultados de tres estudios sobre la utilización de servicios de salud mental. El primero incluye una

muestra urbana en la que se compara el uso de servicios de las mujeres en relación con el de los hombres, mientras que en los otros dos se incluyen sólo grupos de mujeres, en un caso rurales y en el otro urbanas.

Entre las diferencias importantes en el uso de servicios de las mujeres y de los hombres se encontró que en los casos de *depresión severa*, las mujeres acuden menos con amigos o familiares y solicitan más la ayuda profesional, mientras que los hombres indican que no solicitan ayuda porque piensan que otra persona los puede ayudar y porque no desean dejar de trabajar por las consecuencias económicas que esto puede ocasionar. Las diferencias encontradas en las personas con *depresión moderada* se refieren al tipo de ayuda formal a la que acuden: los varones a especialistas privados y a centros de salud mental especializados, mientras que las mujeres a algún servicio de salud mental de seguridad social; por otro lado, las razones más frecuentes de las mujeres para no solicitar ayuda son: por vergüenza, porque nadie podría entender su problema ni podría ayudarla, por pensar que otra persona puede ayudarlas, por falta de disponibilidad del servicio y por no tener quién les cuide a los niños.

En el segundo estudio se observó que son pocas las mujeres que solicitan ayuda cuando padecen síntomas depresivos mientras que cuando el problema lo presenta alguno de sus hijos acuden más a instancias formales de atención que cuando son ellas quienes lo padecen.

En el área rural se encontró que las comunidades carecen de servicios especializados, lo que limita las posibilidades de obtener un tratamiento adecuado. El uso generalizado de servicios alternativos, como la ayuda de amigos, el apoyo de sacerdotes y la utilización de remedios caseros, se presentan como soluciones viables a sus problemas.

Introducción

Es un hecho conocido que en nuestro país los servicios de salud mental presentan grandes limitaciones. Como parte del sistema general de salud, se insertan en una red estratificada (IMSS, ISSSTE y SA*) en la que persiste una gran desigualdad en cuanto a sus recursos y la calidad de sus servicios (Frenk, 1992). Por lo general, la población no derechohabiente es relegada a servicios de menor calidad. Es por

* Jefe del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

** Jefe de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

*** Investigador de tiempo completo, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México D.F.

* Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Mexicano al Servicio de los Trabajadores del Estado, Salubridad y Asistencia.

CUADRO 1
Tipo de ayuda solicitada para los problemas de salud mental

	<i>Depresión severa</i>		<i>Depresión moderada</i>		<i>Intento de suicidio</i>	
	Sexo		Sexo		Sexo	
	<i>H</i> (77) %	<i>M</i> (176) %	<i>H</i> (180) %	<i>M</i> (266) %	<i>H</i> (8) %	<i>M</i> (22) %
Informales						
Familiar/amigo	67.2	53.5*	64.2	61.1	71.9	62.7
Sacerdote /ministro	19.6	15.9	10.4	13.3	21.0	7.6
Agente comunitario	3.5	.7	1.2	.5	7.2	0.8
Curandero/yerbero	5.0	3.5	3.7	3.3		3.2
Automedicación/remedios caseros	20.2	21.5	20.0	17.4	2.9	9.6
Formales						
Institución pública	2.0	8.6	4.2	2.6		18.3
Institución de seguridad	5.6	9.5	3.5	10.0*	3.7	6.3
Especialista privado	9.2	8.3	9.9	4.5*		13.8
Centro de salud	.6	16.1*	4.3	7.5		9.5
Dispensario médico	4.4	6.1	3.6	7.8		4.3
Centro de salud mental especializado	1.5	2.6	5.7	.07*		1.4

* X², p < 0.05

esto que a la desigualdad en la distribución social de la enfermedad, hay que agregar una desigualdad en materia de servicios.

Se hace hincapié en que los problemas de salud mental más frecuentes en la actualidad son aquellos que podríamos englobar como del desarrollo, neuróticos y de adaptación, y no lo constituyen las personas severamente perturbadas, como ocurría en el pasado (De la Fuente, 1991).

Los datos nacionales (Padilla y Peláez, 1985; Caraveo, González, Ramos y Mendoza, 1986) e internacionales (Hankin, 1990) muestran que las mujeres acuden con mayor frecuencia que los hombres a los servicios de salud del primer nivel de atención, ya sea por problemas de salud general o por problemas de índole emocional. También se han observado de manera muy consistente diferencias en la distribución de las patologías por sexo: en las mujeres es más frecuente la depresión (Hankin, 1990; Medina-Mora, Padilla, Mas, Ezbán, Caraveo, Campillo y Corona, 1985) y los intentos de suicidio (Saltijeral y Terroba, 1987), mientras que entre los hombres es más común la dependencia a sustancias (ENA*, 1990).

Tomando en cuenta estos tres aspectos —la deficiencia en los servicios de salud mental, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva entre las mujeres, y su mayor demanda de ayuda— el interés de este trabajo fue profundizar en la utilización de los servicios de salud mental por la población femenina. Con este fin, se revisaron los resultados de tres estudios: el primero se llevó a cabo en una muestra urbana en la que se compara el uso que las mujeres hacen de los servicios en relación con los hombres; el

segundo incluye un grupo de mujeres de zona urbana, y el último a un grupo de mujeres de zona rural.

Estudio 1*

En este trabajo se obtuvo información sobre los síntomas emocionales y el uso de los servicios a partir de una submuestra de la ENA, de 2022 sujetos, entre 18 y 65 años, de zonas urbanas. Se presentan los resultados de las comparaciones por género y se busca su relación con el nivel de escolaridad.

El uso de los servicios de salud y el intento de suicidio se evaluaron por medio de escalas propositivamente diseñadas para el estudio, mientras que la sintomatología depresiva se evaluó con el CES-D (Radloff, 1977).** Los sujetos seleccionados fueron entrevistados directamente por encuestadores previamente capacitados.***

Resultados

Las mujeres mostraron niveles más altos de sintomatología depresiva (hombres: X = 23.4; mujeres: X = 25.2), así como una mayor frecuencia de intentos de suicidio (72.9 % las mujeres; 27.1 % los hombres).

La ayuda más frecuentemente solicitada, tanto en los casos de depresión como en los de intento de suicidio, fue la de los familiares y amigos, seguida por la automedicación y por los remedios caseros; en ter-

* Los resultados provienen de la base de datos de ME Medina-Mora, de la Encuesta Nacional de Salud Mental, 1992.

** Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

*** Datos globales han sido reportados con anterioridad por Medina-Mora y cols. (1992).

* Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (Drogas). Dirección General de Epidemiología e Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Salud, 1990.

CUADRO 2
Razones por las que no solicitó ayuda

	<i>Depresión severa</i>		<i>Depresión moderada</i>		<i>Intento de suicidio</i>	
	SEXO		SEXO		SEXO	
	<i>H</i> (77) %	<i>M</i> (176) %	<i>H</i> (180) %	<i>M</i> (266) %	<i>H</i> (8) %	<i>M</i> (22) %
Personales						
Pensó que otra persona podría ayudarlo	46.4	27.7*	24.7	39.8*	21.8	30.5
Pensó que nadie podría ayudarlo	9.0	13.9	6.7	16.6*		31.3
Podrían no entender su problema	13.0	20.4	6.7	17.1*	10.5	61.8*
Por vergüenza	15.1	21.9	4.8	23.6*		45.5*
Relacionadas con el servicio						
No estaba disponible	17.1	8.6	2.8	9.7*		6.9
El horario no era conveniente	10.5	11.5	4.9	5.3	8.2	3.5
Tenía que esperar mucho	10.1	14.4	8.0	9.8	13.9	3.5
Tenía que llenar muchas formas	15.8	10.9	10.2	7.1		3.5
Relacionadas con la accesibilidad						
No sabía a donde ir	12.5	16.5	17.2	11.6	15.3	41.5
Costaba mucho	10.8	10.3	9.5	5.4	5.2	4.9
Necesitaba que le cuidaran a los niños	11.5	5.0	4	7.2*		2.4
Perdería dinero en su trabajo	16.3	2.0*	5.1	4.2		8.0
No tenía modo de llegar	11.6	6.6	1.6	2.7		9.2

* χ^2 , $P < 0.05$

cer lugar, se solicitó ayuda de sacerdotes y ministros religiosos (cuadro 1). Esta forma de responder fue muy similar en las mujeres y en los hombres, con excepción de los siguientes casos: las mujeres con *depresión severa* solicitan con menor frecuencia ayuda de familiares y amigos y acuden más a las instituciones de salud que los hombres con el mismo diagnóstico. Por otro lado, las mujeres con *depresión moderada* acuden más que los hombres a los servicios de salud mental de la seguridad social, y menos a los especialistas privados o a los servicios especializados de salud mental. Por lo que se refiere al *intento de suicidio*, aunque las comparaciones están limitadas por el pequeño número de hombres que lo reportaron, se observa que ellos acuden más a familiares y amigos, a sacerdotes y agentes comunitarios, y que las mujeres recurren más a la automedicación y a las instituciones de seguridad social.

La principal razón personal por la que no solicitaron ayuda fue la creencia de que otra persona podría ayudarlas (cuadro 2). Esto fue menos común entre las mujeres con *depresión severa* que entre los hombres con este trastorno. Las mujeres con *depresión moderada* solicitaron ayuda con menos frecuencia por pensar que otra persona podría ayudarles, porque nadie podría ayudarles, porque nadie podría entender su problema o por vergüenza. Por lo que respecta a solicitar ayuda formal, las mujeres con *depresión moderada* indicaron como principal razón para no acudir a los servicios, la no disponibilidad de éstos.

En relación con la accesibilidad, las mujeres con *depresión moderada* no acuden a los servicios por no tener quién les cuide a los niños; la razón que dan los

hombres con *depresión severa* para no acudir a los servicios es el temor de perder dinero por faltar al trabajo. Por lo que respecta al *intento de suicidio*, debido al reducido número de casos masculinos sigue siendo difícil evaluar las razones por las que no se pide ayuda. Sin embargo, es importante observar que muchas mujeres no asisten porque piensan que no las van a entender, por vergüenza y por no saber a dónde ir.

Como puede observarse en el cuadro 3, son pocas las personas que acuden a tratamiento, lo que hace difícil estimar las diferencias entre hombres y mujeres. Pese a esto, es importante observar que en los tres casos —*depresión severa*, *depresión moderada* e *intento de suicidio*— más del doble de mujeres que de hombres recibieron tratamiento farmacológico.

La influencia de la escolaridad se investigó por separado en cada sexo, con categorías muy globales: 1) primaria o menos de primaria (escolaridad baja: EB) y 2) secundaria o más de secundaria (escolaridad alta: EA). Debido al reducido número de sujetos en cada casilla hubo pocas comparaciones que llegaron a un nivel de significancia.* Entre éstas encontramos que, tanto los hombres como las mujeres con menos escolaridad y con *depresión moderada*, acuden menos con familiares o amigos que los que tienen más educación escolar (hombres EB: 28 % vs EA: 72 %; mujeres EB: 40 % vs EA: 60 %). Por otro lado, las mujeres de baja escolaridad con *depresión severa* acuden más a centros de salud (EB: 85 % vs EA: 15 %) pero acuden menos a estos centros cuando tienen *depresión mo-*

* Se realizaron pruebas de χ^2 , para una $P > .05$.

CUADRO 3
Tipo de tratamiento recibido

	<i>Depresión severa</i>		<i>Depresión moderada</i>		<i>Intento de suicidio</i>	
	Sexo		Sexo		Sexo	
	H (77) %	M (176) %	H (180) %	M (266) %	H (8) %	M (22) %
Psicoterapia	3.0	7.4	4.6	2.0		9.7
Consejo	11.2	15.6	6.3	9.6		31.3
Psicofármacos	7.2	18.4*	5.9	11.8*	3.7	8.9
Internamiento hospitalario	1.0	.5	.4			.7

* χ^2 , $p < 005$

derada (EB: 27 % vs EA: 73 %). Las mujeres con baja escolaridad y *depresión moderada* acuden en busca de ayuda a las instituciones de seguridad social (EB: 77 % vs EA: 23 %) y a los dispensarios médicos (EB: 79 % vs EA: 21 %).

Las mujeres con baja escolaridad y *depresión moderada*, indican con mayor frecuencia las siguientes razones para no solicitar ayuda: nadie las puede ayudar (EB: 62 % vs EA: 38 %), no hay servicios disponibles (EB: 80 % vs EA: 20 %), tienen que esperar mucho (EB: 56 % vs EA: 44 %), y necesitan que les cuiden a los niños (EB: 77 % vs EA: 23 %). Los varones de estas categorías indican no saber a dónde ir (EB: 68 % vs EA: 31 %) y que cuesta mucho (EB: 72 % vs EA: 28 %).

En relación con el tipo de tratamiento, las mujeres con los dos tipos de depresión y baja escolaridad recibieron con mayor frecuencia psicofármacos que las mujeres con más escolaridad (*depresión alta*, EB: 83 % vs EA: 17 %; *depresión moderada*, EB: 67 % vs EA: 31 %).

Estudio 2*

En el seguimiento de un estudio sobre salud emocional y empleo femenino, en el que se encontró una elevada presencia de síntomas depresivos,** se entrevistó a una submuestra de 48 mujeres sobre su utilización de los servicios de salud mental (Lara y Acevedo, 1994).

Las características de las mujeres fueron las siguientes: media de 31 años de edad, la mitad estaba empleada como enfermera y la otra mitad se dedicaba al hogar; su escolaridad era igual, superior o equivalente a preparatoria; todas tenían una relación de pareja y por lo menos un hijo o una hija entre los 6 y los 7 años. Vivían en zonas conurbadas de la Ciudad de México, en viviendas de tres cuartos en promedio y

con un ingreso promedio de 4.1 salarios mínimos.

Por medio de un cuestionario abierto, aplicado por una encuestadora, se evaluaron sus síntomas depresivos (¿alguna vez se ha sentido deprimida, triste, sin

CUADRO 4
Instancia a la que solicitó ayuda

¿A quién acudió a pedir ayuda?	% n = 48
Institución de salud (ISSSTE, DIF)	11.76
Institución especializada (Fray Bernardino Inst. de Higiene Mental)	17.64
Especialista (psicólogo/psiquiatra)	11.76
Familiar	47.05
Amiga	5.88
Organización no gubernamental	5.88

ganas de hacer nada?) y la ayuda solicitada para esos casos (¿solicitó ayuda? ¿a quién? ¿le sirvió? ¿tuvo problemas al solicitarla?). También se les preguntó sobre los problemas emocionales de sus hijos e hijas, ya que sobre ellas recae la responsabilidad de llevarlos a tratamiento (¿siente que en algún momento alguno de sus hijos o hijas ha necesitado ayuda por problemas de comportamiento o de aprendizaje? ¿solicitó ayuda? ¿a quién? ¿le sirvió? ¿tuvo problemas al solicitarla?).

Resultados

Con respecto a los síntomas depresivos, el 77 % dijo que se habían sentido deprimidas alguna vez pero sólo el 37.8 % había solicitado ayuda.* Por lo general, la ayuda se solicitó a un familiar (cuadro 4), con

* Este estudio es parte de un proyecto más amplio sobre "trabajo materno y salud infantil"; del que Lara, M.A., es la investigadora responsable.

** CES-D X = 32, un año antes del presente estudio.

* No se encontraron diferencias en las respuestas entre mujeres empleadas y no empleadas, por lo que los datos se presentan juntos.

CUADRO 5
Instancia a la que recurre la madre para que atiendan a su hijo

¿A quién acudió a pedir ayuda?	% N = 48
Institución especializada (IMP, Inst. Nacional de Salud Mental, Hospital de Niños Lisiados, Inst. de Higiene Mental)	36.36
Especialista (pedagogo, psicólogo, psiquiatra)	36.36
Institución de salud (DIF)	9.09
Maestro	9.09
Está buscando	9.09

menos frecuencia a una institución especializada y menos aún a una institución de salud.

En cuanto a su satisfacción con la ayuda recibida, de las 14 mujeres que la solicitaron, 12 (85.7 %) indicaron que dicha ayuda "les sirvió", mientras que 2 (14.2 %) respondieron en forma negativa. En ambos casos, las mujeres acudieron a instituciones de salud (DIF e ISSSTE) en las que encontraron un trato poco cortés y una ayuda poco eficaz.

Algunos de los problemas con los que se encontraron cuando buscaron ayuda fueron: no saber a donde acudir (7.1 %), la lejanía del servicio (7.1 %), el miedo a asistir al servicio (7.1 %) y el mal trato (7.1 %).

En cuanto a si los hijos habían presentado problemas, 26 madres (54 %) respondieron de manera afirmativa. De ellas, 10 (el 38.4 %) solicitaron ayuda y una (3.8 %) seguía buscando a dónde acudir. En el cuadro 5, se muestran las frecuencias y porcentajes de las instancias a las que acudieron.

Como puede observarse, la mayoría de las mujeres acudió a una institución especializada o a un especialista. De ellas, 8 (30.7 %) indicaron que si las habían ayudado y sólo una (3.8 %) dijo que no. La queja en este caso provino de una mujer que acudió a una institución de salud en la que la culparon del problema de su hijo; la intervención no fue eficaz. En el otro caso, la mujer dijo no saber si le había servido, ya que abandonó el tratamiento por no poder cumplir con el requisito de que asistiera su esposo.

En relación con los problemas a los que se enfrentaron al solicitar ayuda para sus hijos, mencionaron la lejanía del servicio (27.2 %), no saber a dónde ir (19.8 %), la falta de tiempo (45.4 %) y no tener con quién dejar a sus hijos (9.9 %).

Estudio 3*

En las comunidades rurales se observó que carecen de servicios especializados en salud mental, lo que obliga a las personas que los necesitan a buscar servicios alternativos. Este estudio tuvo como objetivo

* Los datos que aquí se presentan fueron seleccionados del proyecto de investigación "La relación entre indicadores de salud mental y prácticas sexuales de alto riesgo para la infección por VIH en esposas de migrantes a los Estados Unidos". V. Nelly Saigado de Snyder, investigador responsable. Esta investigación fue financiada por CONACYT (proyecto núm. 0224-H9107).

explorar e identificar las fuentes de ayuda y los medios utilizados para resolver los problemas relacionados con la salud mental en varias comunidades rurales.

Se entrevistaron 200 mujeres, cuyas características eran: ser católicas, casadas, con hijos y en edad reproductiva (X = 34 años). Todas vivían en comunidades rurales o semirurales del estado de Jalisco, localizadas a por lo menos 50 kilómetros del centro urbano más cercano.

Se preguntó acerca de la utilización de servicios de salud mental por medio de un cuestionario abierto, aplicado por encuestadoras especialmente entrenadas. Concretamente se preguntó: ¿Qué hace cuando tiene algún problema emocional o de "nervios"? ¿A quién acude? ¿Qué tipo de ayuda ha recibido? ¿Ha habido alguna ocasión en la que a pesar de haber pedido ayuda se la hayan negado? ¿Cuál?

Se evaluaron los niveles de sintomatología depresiva utilizando el CES-D, con el que se obtuvo un promedio grupal de 14.2.* Se identificaron los síntomas de mayor prevalencia y persistencia. La prevalencia se refiere al porcentaje de mujeres que indicó haber experimentado el síntoma durante la semana anterior a la aplicación del instrumento, y la persistencia, al número de días en que lo experimentó. Los síntomas con mayor prevalencia y persistencia correspondieron al componente de ánimo depresivo que incluye: sentirse sola, sentirse triste, no poder quitarse de encima la tristeza y sentirse deprimida. Esto nos indica que los conflictos reportados por las entrevistadas como "nervios" o problemas emocionales, se refieren a estados de ánimo caracterizados por la depresión, la tristeza y la soledad. **

El análisis de las respuestas sobre la utilización de los servicios se resume en el cuadro 6. Como se puede observar, la mayoría (105) de las entrevistadas indicó que cuando tiene algún problema emocional o padece de "nervios" acude en busca de ayuda a un amigo o familiar, quien generalmente le proporciona consejos. Sólo una persona indicó que además de los consejos, el amigo le proporcionó remedios y medicamentos para solucionar su problema.

* A la escala se le dieron diferentes valores que en los otros dos estudios, razón por la que la media resulta mucho menor a las otras dos.

** Saigado de Snyder, B.N., Díaz-Pérez, M.J. y Maldonado, M. (1995). Los "nervios" de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo de búsqueda de ayuda. *Salud Mental*, 18(1):50-55, 1995.

CUADRO 6
Utilización de servicios de salud mental

Ante un problema emocional o de "nervios" ¿Con quién acude o qué hace? ¿Qué tipo de ayuda le da?	N*
Amigo/familiar	105
Consejo	100
Todas (consejo, remedios medicamentos).	1
Sacerdote	5
Consejo	4
Yerbera	1
Remedios	1
Centro de salud/dispensario	6
Consejo	2
Remedios	1
Medicamentos	3
Templo	1
Con nadie	27
Remedios caseros	16

* Número de veces que se mencionó

Los remedios caseros ocuparon el segundo lugar. Este tipo de remedios incluía té e infusiones de plantas medicinales tales como: azahar, tila, diente de león, pasiflora y valeriana. También dijeron ingerir leche caliente con hojas de naranjo, whisky y café con chocolate.

Pese a que la consulta a yerberas y curanderas son una práctica muy generalizada en estas comunidades, solamente una persona mencionó haber acudido a la yerbera o curandera para solucionar sus problemas de "nervios".

El centro de salud o dispensario médico de la comunidad ocupó el tercer lugar. Seis de las entrevistadas que habían utilizado estos servicios indicaron que fueron atendidas por un médico, quien les proporcionó medicamentos, consejos y remedios caseros. Entre los medicamentos prescritos se mencionaron tranquilizantes como el Ativan, Tafil, Valium y Motival.

Los sacerdotes, como figuras de asistencia y autoridad moral, son la cuarta instancia a la que la gente acude en busca de ayuda. El tipo de ayuda que ofrecen consiste generalmente en consejos. Solamente una persona reportó acudir a la iglesia para rezar en busca de consuelo para sus problemas, pero sin llegar a pedir la ayuda directa del sacerdote.

Finalmente, 27 personas indicaron que a pesar de sufrir problemas emocionales y/o de "nervios" no buscaron ayuda debido: 1) a no contar con una persona en la cual pudieran confiar, 2) al temor de que nadie pudiera ayudarlas realmente con sus problemas y 3) por pensar que sus problemas no ameritan consultarse con otra persona.

Por otro lado, 19 mujeres señalaron que a pesar de haber pedido ayuda para los problemas relacionados con su salud mental, ésta les había sido negada; tres

indicaron que al solicitar consejo a una amiga, ésta se burló de ellas y de sus problemas; cuatro más reportaron que su problema emocional se debía a carencias económicas, y al solicitar un préstamo se lo habían negado. Una persona mencionó que una amiga se negó a cuidar a su hijo, lo cual era el origen de sus "nervios", y otras once indicaron que por el problema que sufrían habían buscado ayuda en diferentes fuentes, pero se la habían negado. Estas fuentes fueron identificadas como el DIF municipal, los médicos, los centros espirituales y los miembros de la familia.

Discusión

El primer estudio confirma los datos previamente reportados respecto a la mayor frecuencia con que se presentan los síntomas depresivos y los intentos de suicidio entre las mujeres.

En cuanto a la solicitud de ayuda, hombres y mujeres (*con depresión severa y moderada*) tuvieron muchos comportamientos similares, caracterizados por no acudir a las instancias formales de ayuda, sino a familiares y amigos, recurrir a la automedicación y a los sacerdotes, en ese orden. Entre las diferencias importantes entre hombres y mujeres, en los casos de *depresión severa* encontramos que las mujeres buscan más la ayuda formal y menos la de amigos o familiares que los hombres. En algunos trabajos se ha planteado que a los hombres les cuesta más trabajo reconocer sus problemas de salud y solicitar ayuda que a las mujeres (Hankin, 1990). En los casos de *depresión moderada*, las mujeres acuden a algún servicio de salud mental de la seguridad social mientras que los varones acuden a los especialistas privados y

a los centros de salud mental especializados. Es posible que los hombres acudan a las instancias que dan mejor servicio por tener un mejor estatus (económico y ocupacional) que las mujeres, lo que les facilita acceder a ellas.

También hubo diferencias en las razones que dieron para no solicitar ayuda: a los hombres (*con depresión severa*) les preocupa perder dinero por dejar de trabajar y piensan que alguna otra persona los puede ayudar. Es claro que su papel principal de proveedor se ve amenazado y, por otro lado no les resulta fácil acercarse a pedir ayuda formal. Las mujeres (*con depresión moderada*) manifiestan que no solicitan ayuda por vergüenza, porque nadie podría ayudarlas ni nadie entendería sus problemas. Estos datos sugieren que cuando la depresión no es severa, las mujeres la viven como un defecto personal y temen no ser comprendidas por los demás o ser juzgadas.* Otras de las razones que dan las mujeres para no solicitar ayuda son las siguientes: por pensar que otra persona puede ayudarlas, por no disponer de los servicios y por no tener quién les cuide a los niños. Estos dos últimos aspectos tocan el problema medular de la carencia de servicios de salud mental, pero a la vez hacen patente que, aun en el caso de existir, las mujeres necesitan de ayuda adicional para que les cuiden a sus hijos, a fin de poder acudir a estos servicios.

En cuanto al *intento de suicidio*, aunque el número de casos es pequeño, se observa una mayor tendencia en los varones a buscar ayuda informal, y en las mujeres a automedicarse o a asistir a instituciones de seguridad. En las mujeres encontramos de nuevo la vergüenza y la duda de que alguien pueda comprender su problema, y no saber a dónde ir, como razones para no solicitar ayuda.

El número de personas que recibe tratamiento es muy pequeño pero es importante hacer notar que a las mujeres se les prescribe más fármacos ya sea por *depresión severa o moderada*. El problema del excesivo uso de medicamentos para tratar la depresión en las mujeres ha sido abordado en muchos trabajos (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990, entre otros), por lo que no nos detendremos en él. Sólo queremos hacer notar que este proceder refleja una visión biologicista sobre la enfermedad mental de las mujeres, muy prevaleciente en el ámbito médico.

Las comparaciones por nivel de escolaridad permitieron detectar que las mujeres con *depresión moderada* y poca escolaridad se pueden considerar como de alto riesgo, ya que sus circunstancias y comportamientos hacen poco probable que reciban atención adecuada. Estas mujeres solicitan menos ayuda de familiares y amigos, acuden más a los servicios no especializados, como los dispensarios, perciben más a menudo que los servicios no están disponibles y

temen esperar mucho; sienten que nadie puede ayudarles, cuentan con menos ayuda para el cuidado de sus hijos, y la ayuda formal que reciben es casi siempre farmacológica. Los varones que entran en esta categoría diagnóstica y tienen baja escolaridad no solicitan ayuda por no saber a dónde acudir y porque creen que cuesta mucho.

El segundo estudio, sobre el uso de los servicios de las mujeres de zona urbana para ellas y para sus hijos, mostró que, pese a que un número importante de ellas había experimentado síntomas de depresión, poco más de la tercera parte solicitó ayuda, y de éstas casi la mitad recurrió a sus familiares. Es interesante que ninguna haya mencionado haber acudido a sacerdotes o utilizar remedios caseros, como en los casos anteriores; esto puede deberse a que en este caso se usó un cuestionario abierto y a que las mujeres del estudio tenían un nivel más alto de escolaridad. En segundo lugar se solicitó la ayuda de una institución especializada, lo que se puede deber a que la mitad de las mujeres de la muestra son enfermeras, lo que les permite tener más información sobre las instituciones de salud. Un alto porcentaje de ellas sintió que esta ayuda les había servido y sólo el 14 % indicó que el trato recibido de la institución de salud no había sido satisfactorio.

Alrededor de la mitad de las mujeres indicó que alguno de sus hijos había presentado problemas, y un poco más de la tercera parte había solicitado ayuda. Ninguna mencionó haber solicitado algún tipo de ayuda informal, como cuando ellas tenían problemas, sino que recurrieron a instituciones especializadas y a especialistas. Esto es congruente con lo que la sociedad espera de las madres y el papel que ellas mismas asumen; preocuparse más por la salud de sus hijos que por la de ellas mismas. En otro rubro, sólo una de las mujeres menciona insatisfacción con la ayuda recibida. Las razones para no solicitarla son similares a las mencionadas en el caso anterior: la lejanía del servicio, no saber a dónde ir y no tener con quién dejar a los hijos.

Respecto a las mujeres de la población rural se observó la presencia de malestar emocional como sintomatología depresiva. Sin embargo, la carencia de servicios especializados en sus comunidades fue un factor importante que limitó sus posibilidades de obtener un tratamiento adecuado. El uso generalizado de servicios alternativos, como la ayuda de amigos, el apoyo del sacerdote y la utilización de remedios caseros, aparecieron como las únicas soluciones posibles a sus problemas.

Una característica muy particular del grupo de mujeres rurales es que la interpretación cultural de su padecimiento emocional, que atribuye a causas no relacionadas con el problema real a que se enfrentan, las lleva a buscar ayuda por medio de métodos alternativos. Llama la atención el gran número de mujeres que habiendo solicitado ayuda, de alguna manera les fue negada; esto es, no fue satisfactoria, sobre todo en el caso de las que acudieron al DIF y a los centros médicos.

En conjunto, estos estudios nos llevan a palpar las consecuencias de las limitaciones de los servicios de

* Lara, M.A., Fernández, M., Acevedo, M. y López, E.K. (sin publicar). *Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: un estudio proyectivo con enfoque de género. Encontraron que las mujeres de su muestra interpretan las limitaciones sociales como incapacidades personales lo que las llevaba a deprimirse y a autodevaluarse. Algo similar, respecto a sus síntomas, podría estar ocurriendo en este caso.*

salud mental y de la falta de información sobre ellos. Se requiere de grandes esfuerzos para multiplicarlos, mejorarlos e informar al público sobre estos servicios. De manera más específica, los resultados muestran que hay poblaciones en las que estas necesidades son más imperiosas, como en la de mujeres de zonas rurales y en la de mujeres de zonas urbanas con baja escolaridad, y de éstas últimas, las que presentan sintomatología depresiva moderada.

Para planear los servicios de salud habrá que tomar en cuenta los roles sociales del hombre y de la mujer, que los limitan para asistir a tratamiento, ya que se

observó que los varones no acuden a tratamiento por no poner en riesgo su rol de proveedor mientras que las mujeres, por su rol de cuidadoras, toman más en cuenta los problemas y las necesidades de los demás que las de ellas mismas, y necesitan que alguien les cuide a los niños para que puedan asistir a consulta.

Por último, se requiere del diseño de estrategias terapéuticas psicosociales de bajo costo que permitan un uso más racional de los psicofármacos en el tratamiento de la depresión de las mujeres.

REFERENCIAS

1. BURIN M, MONCARZ E, VELAZQUEZ S: *El Malestar de las Mujeres*.: Paidós Buenos Aires, 1990.
2. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LL, MENDOZA P: Diferencias en la sintomatología psíquica de uno y otro sexo, en una muestra de pacientes de la consulta médica general. *Salud Mental*. 9(2):85-90, 1986.
3. HANKIN J: Gender and mental illness. En: Greenley, J (Ed). *Research in Community and Mental Health*; 6:183-201, 1990.
4. LARA MA, ACEVEDO M: Mujer, trabajo y salud mental: evaluación de la retroalimentación de los resultados de una investigación a los sujetos participantes. *Salud Problema*, 24:45-50, 1994.
5. MEDINA-MORA ME, PADILLA P, MAS C, EZBAN B, CARAVEO J, CAMPILLO S: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31(1):53-61, 1985.
6. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA P, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, (3):48-55, 1992.
7. PADILLA G, PELAEZ H: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*; 8(3):66-72, 1985.
8. RADLOFF LS: The CES-D Scale: A self report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*. 1(3):385-401, 1977.
9. SALTIJERAL MT, TERROBA G: Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971-1980 en México. *Salud Pública de México*, 29:345-360, 1987.