

Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal

Marcela Tiburcio Sainz,¹ Guillermina Natera Rey,² Shoshana Berenzon Gorn¹

Artículo original

SUMMARY

Violence against women is one of the main problems that affect life quality around the world due to severe injuries, serious mental health problems, as well as reproductive and sexual difficulties.

Different studies show that the majority of abused women present an immediate reaction of distress which, if not treated, might turn into more severe emotional conditions such as post-traumatic stress disorder, major depression, psychosomatic symptoms, anxiety disorder, alcohol and/or drug abuse.

The information about service utilization by abused women is controversial. Some studies estimate that health care services utilization is more frequent among abused women. For instance, a study carried out in the United States suggests that the likelihood of using health care services is twice as high among women who had suffered violence as compared to women who had not been abused.

In contrast, other studies point that abused women deal with several difficulties to receive attention. This information is consistent with the idea that mental health problems prevent abused women from acknowledging the severity of their situation and, thus, they have more difficulties to protect themselves, to seek help, and to identify the institutions they can resort to.

The majority of studies reporting service utilization by violence victims focus on injury care at emergency rooms, while the information about the attention of violence-related mental health problems and the expenditure it represents is scarcer.

There are data suggesting that formal sources of health care are not the first choice due to a number of barriers which can be cultural (beliefs and values) or structural (limited availability and accessibility). Moreover, when women finally reach formal services, their demands are not totally fulfilled.

Only a few studies have been carried out in Mexico. For example, a national survey with a representative sample of women who attended public health care services showed that 21.5% had suffered some form of violence from an intimate partner and 25% of them had never talked about that problem with a service provider, mainly because they lacked trust, they were ashamed or because they considered it as a private problem.

The objective of this study is to determine the prevalence of mental health problems among a sample of female victims of intimate partner violence, to analyze the characteristics of mental health services utilization, and the reasons to seek help in this group.

The data reported herein are part of a household survey which included four low income communities in the Southern area of Mexico City. The survey required multistage sampling: blocks were selected in

the first stage, dwelling segments at stage two, and the final stage consisted in the random selection of one person aged 15 or older, living in the selected household, Spanish speaking, and without major mental diseases that would prevent him/her to answer the questionnaire.

This procedure yielded a final sample of 1156 individuals, 49% males and 51% females. This study considers only a sub-sample of women who reported having an abusive male partner by the time of the survey (n=135).

The questionnaire used includes several sections: 1. sociodemographic data and dwelling characteristics, 2. mental health services utilization, 3. a few sections of the CIDDI v.1.1, 4. the Spanish version of the Danger Assessment Scale adapted to Mexican population.

The interviewees agreed to participate voluntarily after the objectives and terms of confidentiality were explained; the questionnaire was administered through individual interviews by trained personnel. The section on intimate partner violence was completed only by women who had a male partner at the moment.

The services considered in this study include *Medical services*: physician, family practitioner or other specialist (gynecologist, cardiologist, etc.), nurse, first level clinic. *Mental health specialist*: psychiatrist, psychologist, nurse specialized in mental health care. *Alternative services*: curanderos (folk practitioners), herbalist, spiritists, acupuncture, Bach's flowers, Reiki therapists, masseuses, bone and muscle therapists. *Religious ministers*: priest, spiritual counselors, rabbi, etc.

The final sample includes 135 women who had suffered some form of violence; 30% were aged between 35 and 44 years and 26% were 25 to 34 years old. Most of them were housewives and 65% attained elementary school.

As to the presence of psychiatric symptoms, 8.8% met the criteria for depressive disorder and 21.7% met criteria for anxiety disorder. When women who suffered physical violence are considered separately, the proportion of individuals with a depressive disorder is significantly higher (16%) than the proportion of women who had not suffered physical violence.

Women diagnosed with depressive disorder reported physical violence (66.7%), being forced into sexual intercourse (50%), and threatens of death (33.3%). On the other hand, control over daily activities was the most frequent form of violence reported by women with anxiety disorder (55.2%).

Out of all women who reported at least one form of violence, only 16.2% sought help to treat mental health problems. Nearly 42% of women with depressive disorders sought help with mental health specialists and 25% with a general practitioner. As to anxiety disorders, no significant differences were found as to service utilization.

¹ Investigadoras de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

² Directora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Mtra. Guillermina Natera Rey INPRFM. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México DF. E-mail: naterar@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 11 de agosto de 2009. Segunda versión: 2 de febrero de 2010. Aceptado: 7 de abril de 2010.

The main reason to seek help for those who presented any disorder was to think they really needed help, followed by feeling very nervous and crying all the time. Reasons for not seeking help include not knowing what to do and being ashamed.

In general, these findings are consistent with previous studies reporting low utilization of mental health care services by victims of violence. The proportion increases when depressive or anxiety symptoms are present; however, the number of women seeking help remains low.

These results are relevant since research on service utilization by abused women has focused on emergency rooms, while little attention has been placed on mental health services.

Data must be considered with caution since this is a cross-sectional study and it is not possible to establish the temporal sequence of events; nevertheless, they provide evidence of a clear relation among mental disorders and violence.

Key words: Intimate partner violence, mental health, service utilization.

RESUMEN

Existe controversia en cuanto al uso de servicios por parte de las mujeres víctimas de violencia. Algunos estudios estiman que, debido al gran número de padecimientos que se asocian con la violencia de pareja, el uso de servicios de atención a la salud es más frecuente entre las mujeres que sufren maltrato. En contraste, otras investigaciones señalan que las mujeres sometidas a abusos enfrentan más dificultades para recibir atención a la salud. Este último dato coincide con la idea de que los problemas de salud mental que padecen las mujeres maltratadas les impiden reconocer la gravedad de su situación y, en consecuencia, tienen mayores dificultades para protegerse, buscar ayuda e identificar las instituciones a las que pueden recurrir. La mayoría de los reportes sobre la utilización de servicios por mujeres víctimas de violencia se centra en la atención de lesiones físicas en salas de urgencias, mientras que es más escasa la información sobre la atención de problemas de salud mental asociados a la violencia y los costos que ésta genera.

El objetivo del presente trabajo es analizar la prevalencia de trastornos mentales, las características del uso de servicios de salud mental y las razones para buscar ayuda en un grupo de mujeres víctimas de violencia.

Los datos forman parte de una encuesta de hogares realizada en cuatro comunidades de bajos ingresos del sur de la Ciudad de México. Se realizó un muestreo multietápico: en la primera etapa se eligieron las manzanas, en la segunda se escogieron segmentos de viviendas y en la etapa final se seleccionó de manera aleatoria a una persona mayor de 15 años que viviera de manera habitual en el hogar seleccionado, que hablara español y cuyas facultades mentales no presentaran problemas serios que impidieran realizar la entrevista.

Se obtuvo una muestra de 1156 individuos; este trabajo considera únicamente una submuestra de mujeres que tenían pareja del sexo opuesto al momento de realizar la entrevista y que reportaron haber sufrido por lo menos alguna forma de violencia (n=135).

El cuestionario comprende las siguientes secciones: 1. datos sociodemográficos; 2. utilización de servicios de atención a la salud mental, donde las modalidades consideradas son: *servicio médico, especialista en salud mental, servicios alternativos, ministro religioso*; 3. algunos módulos del CIDI versión 1.1; 4. una versión en español de la Escala de Evaluación del Peligro adaptada a la población mexicana.

Del total de la muestra, 8.9% cubrieron los criterios de trastorno depresivo y 21.7% los criterios de trastorno de ansiedad. Las mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo reportaron con mayor frecuencia violencia física (66.7%), relaciones sexuales forzadas (50%) y amenazas de muerte (33.3%). Por otra parte, el control de las actividades diarias fue la forma de violencia más reportada por las entrevistadas con trastorno de ansiedad (55.2%).

Del total de mujeres que reportaron maltrato, 16.2% buscaron ayuda para atender sus problemas de salud mental. El 41.7% de las que cubrieron los criterios de trastorno depresivo recurrieron a especialistas en salud mental y 25% a médicos generales. En cuanto a los trastornos de ansiedad, no se observaron diferencias significativas respecto al uso de servicios.

En general, los resultados son congruentes con estudios previos en que se reporta una escasa utilización de servicios de atención por mujeres que sufren violencia. Si bien es cierto que esta proporción aumenta ante la presencia de trastornos depresivos o de ansiedad, el número de mujeres que solicitan ayuda profesional es bajo.

Estos hallazgos son relevantes en tanto que la investigación sobre el uso de servicios por parte de mujeres maltratadas se ha concentrado en la asistencia a salas de urgencia, dejando de lado las necesidades de atención especializada en salud mental.

Palabras clave: Violencia de pareja, salud mental, uso de servicios.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la violencia contra la mujer por parte de la pareja es uno de los principales problemas que afectan la calidad de vida debido a lesiones serias y otros problemas concomitantes graves de salud mental, sexual y reproductiva, que pueden perdurar mucho tiempo después de que ha terminado el maltrato.^{1,2}

La mayoría de las mujeres presenta una reacción inmediata de malestar al ser víctima de violencia. Diversos estudios han demostrado que si las mujeres no reciben atención, en muchos casos pueden desarrollar diferentes trastornos emocionales como estrés posttraumático, depresión, problemas psicosomáticos, trastornos de ansiedad, alcoholismo o drogadicción.^{2,3}

En estudios realizados con mujeres víctimas de violencia y usuarias de los servicios del sector salud en México, se

observó que 15.3% de las entrevistadas presentaban malestar emocional. Los predictores más importantes fueron la gravedad de la violencia ejercida por la pareja y haber sufrido violencia en la niñez.^{4,5}

Medina-Mora, Berenzon y Natera⁶ reportan que las mujeres que han sufrido alguna forma de violencia por parte de su cónyuge corren un riesgo cuatro veces mayor de sufrir depresión que aquellas que no han sido victimizadas; cuando el maltrato ocurre durante el embarazo, el riesgo es ocho veces mayor.

Se ha visto que las mujeres diagnosticadas con depresión tienen frecuentemente historias de abuso físico y sexual por parte de su pareja,⁷ así como problemas de salud en general como dolores de cabeza, dolor crónico y trastornos del sueño, entre otros malestares.⁸

Sin embargo, no es posible afirmar que la relación entre depresión y victimización sea unidireccional. En este senti-

do, Campbell⁹ señala que la violencia puede precipitar la aparición del primer episodio depresivo, pero también hay casos donde las mujeres presentan síntomas depresivos crónicos que pueden exacerbarse con el maltrato.

Existe controversia sobre las características del uso de servicios en este grupo. Algunos estudios plantean que, debido al gran número de padecimientos que se asocian con la violencia de pareja, el uso de servicios de atención a la salud es más frecuente entre las mujeres que sufren maltrato.¹⁰ A este respecto, Koss, Koss y Woodruff¹¹ reportan que, en los Estados Unidos, las mujeres que han sufrido violencia tienen una probabilidad dos veces mayor de hacer uso de los servicios de atención en comparación con las mujeres que no la han padecido.

En contraste, otro grupo de investigaciones sugiere que las mujeres sometidas a abusos enfrentan más dificultades para recibir atención a la salud.¹²⁻¹⁴ Este dato coincide con la idea de que los problemas de salud mental que padecen las mujeres maltratadas les impiden reconocer la gravedad de su situación y, en consecuencia, tienen mayores dificultades para protegerse, buscar ayuda e identificar las instituciones a las que pueden recurrir.¹⁵ En México existen algunos datos epidemiológicos que permiten estimar la proporción de mujeres que hacen uso de servicios como consecuencia de las agresiones recibidas. Por ejemplo, en las unidades de urgencia médica se identificó la violencia intrafamiliar como el tercer tipo de violencia más frecuente después de la riña y el asalto.^{16,17}

Los hallazgos de una investigación realizada en salas de urgencias en Pachuca, Hidalgo, indican que por cada tres hombres atendidos por lesiones debidas a violencia interpersonal ingresa una mujer. En la mayoría de los casos, las lesiones en las mujeres son infligidas por conocidos o por la pareja.¹⁸

En un estudio similar realizado en la Ciudad de México se observó que 16% de las personas atendidas por lesiones intencionales eran víctimas de violencia doméstica; de estos casos 76% eran mujeres que en su mayoría fueron agredidas por el cónyuge o novio.¹⁶

Muchos de los estudios que reportan la utilización de servicios por mujeres maltratadas hacen énfasis en el cuidado de las lesiones físicas en salas de urgencias, mientras que es más escasa la información sobre la atención de problemas de salud mental y los costos que ésta genera.^{12,19}

Algunos estudios sugieren que las fuentes formales de atención no son necesariamente la primera opción en la búsqueda de ayuda. Lo anterior puede deberse a diferentes barreras tanto de tipo estructural (disponibilidad y accesibilidad de los servicios) como de naturaleza cultural (creencias y valores asociados a los roles de género).¹ Aunado a ello, cuando las mujeres logran acceder a los servicios formales de atención, perciben poco interés por parte de los prestadores de servicios y consideran que sus demandas no son satisfechas.¹²

En una encuesta realizada con mujeres usuarias de los servicios públicos de salud en todo el país, se encontró que 21.5% habían sufrido violencia por parte de su pareja; 25% de ellas nunca lo habían comentado con el personal de salud, principalmente porque no sentían confianza, por vergüenza o por considerar que era algo privado.²⁰ En este mismo sentido, mujeres víctimas de cuatro Estados de la República, entrevistadas por Agoff, Rajsbaum y Herrera,²¹ informaron no acudir a los servicios de salud para evitar hacerse «visibles», por vergüenza o desconfianza o porque percibían indiferencia por parte de los prestadores de servicios. Sin embargo manifestaron tener más confianza en las psicólogas y trabajadoras sociales que en otros prestadores de servicios, porque éstas mostraban un mayor interés en su problemática o mayor voluntad de ayudar.

Los datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres²² revelan que las víctimas buscan ayuda principalmente en sus redes sociales cercanas (amigos, familiares, vecinas, etc.), con sacerdotes o líderes religiosos y en organizaciones no gubernamentales. La asistencia con personal de salud es menor y es aún menos frecuente acercarse con un especialista en salud mental.

En esta misma encuesta se observó que la búsqueda de ayuda para resolver un problema de violencia solamente se pone en marcha cuando hay cambios en la intensidad o en el tipo de violencia, y cuando la red de apoyo más cercana alienta a la mujer a hacer la denuncia. También se observó que, en su búsqueda de apoyo, las mujeres recurrían a una combinación de fuentes, como familiares o amigos, servicios informales y diversas instancias formales de atención.

Dados estos antecedentes, el objetivo del presente trabajo es analizar la prevalencia de trastornos mentales, las características del uso de servicios de salud mental y las razones para buscar ayuda en un grupo de mujeres víctimas de violencia.

MÉTODO

Los datos reportados en este trabajo forman parte de una encuesta de hogares realizada en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México.²³

Muestra

La elección de las comunidades incluidas en el estudio se basó en el marco de muestreo del censo de población realizado en 1990. Como punto de partida se tomaron las áreas geoestadísticas básicas (AGEB) y se seleccionaron aquellas donde la mayoría de la población tenía ingresos menores a dos salarios mínimos. Se realizó un muestreo multietápico: en la primera etapa se eligieron las manzanas, en la segunda se escogieron segmentos de viviendas y en la etapa final se seleccionó de manera aleatoria a una persona mayor de

15 años por vivienda para realizar la entrevista de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: a) ser mayor de 15 años, b) vivir de manera habitual en el hogar, c) hablar español y d) no presentar problemas serios de las facultades mentales que impidieran realizar la entrevista.

Mediante este proceso se obtuvo una muestra de 1156 individuos, 49% de sexo masculino y 51% mujeres. Este trabajo considera únicamente una submuestra de mujeres que tenían pareja de sexo masculino al momento de realizar la entrevista y que reportaron haber sufrido por lo menos alguna forma de violencia (n=135).

Instrumentos

Aunque el cuestionario que se empleó en la encuesta comprende varias secciones, para cubrir los objetivos del presente trabajo se reporta sólo la información recopilada en las siguientes:

1. Datos sociodemográficos y características de la vivienda.
2. Utilización de servicios: Incluye preguntas relacionadas con el tipo de persona o profesional consultado, razones para la búsqueda de atención y nivel de satisfacción percibida.
3. Algunos módulos de la entrevista diagnóstica *Composite International Diagnostic Interview*²⁴ (CIDI) versión 1.1, la cual permite evaluar los trastornos mentales de acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades ICD-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. La entrevista consta de 15 secciones, pero para este estudio se utilizaron sólo los trastornos fóbicos y de ansiedad y el trastorno depresivo mayor. EL CIDI fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la Salud Mental y el Abuso de Drogas y Alcohol -WHO-ADAMHA- para ser utilizada en una variedad de culturas, contextos e idiomas.
4. La versión en español de la Escala de Evaluación del Peligro (Danger Assessment Scale)²⁵ adaptada a la población mexicana por Natera, Tiburcio y Villatoro.²⁶ Consta de doce reactivos que exploran la ocurrencia de diferentes actos de violencia, así como conductas de riesgo asociadas, como el consumo de sustancias por parte del agresor. El coeficiente de confiabilidad para la escala total fue de .7598.

Procedimiento

Las entrevistadas participaron voluntariamente una vez que se explicaron los objetivos de la investigación y se aseguró la confidencialidad de la información. El consentimiento informado se obtuvo de manera verbal. Personal previamente capacitado aplicó el cuestionario en entrevistas individuales.

La sección sobre violencia de pareja se aplicó únicamente a mujeres que en ese momento tenían un compañero senti-

mental; se hizo particular énfasis en la necesidad de que nadie, aparte de la entrevistada, estuviera presente al momento de completar esta sección. Al finalizar se ofreció información sobre agencias especializadas en la atención a víctimas de violencia a los casos que así lo requirieran.

El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente aprobó el protocolo de investigación «Prevalencia y curso de trastornos psiquiátricos, sus determinantes y la utilización de servicios de salud mental en una zona del sur de la Ciudad de México», proyecto del cual provienen los resultados que aquí se reportan.

Los diagnósticos del trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad se establecieron de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.²⁷ Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 10 del paquete SPSS.²⁸

Para este trabajo, los servicios utilizados por las mujeres entrevistadas se clasificaron de la siguiente forma: *Servicio Médico*: médico general, médico familiar, otros médicos (ginecólogo, cardiólogo, etc.), enfermera, clínica de primer nivel de atención. *Especialista en salud mental*: psiquiatra, psicólogo, enfermera especializada en salud mental. *Servicios alternativos*: curanderos, yerberos, espiritista, acupuntura, flores de Bach, reiki, masajes, etc. *Ministro religioso*: sacerdote, consejero espiritual, rabino, etc.).

RESULTADOS

Características generales de la muestra de mujeres

De las 135 mujeres que informaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de la pareja, 74% reportaron estar casadas y 26% vivir en unión libre. El rango de edad de 30% de la muestra fue de 35 a 44 años, 26% de 25 a 34 años y 18% de 18 a 24 años. Más de 65% de las mujeres entrevistadas se dedicaban a labores del hogar y 10% trabajaba en el sector informal. En cuanto al nivel de estudios, más de 65% estudiaron solamente la primaria y aproximadamente 15% reportaron no contar con estudios formales (cuadro 1).

Prevalencia de trastornos mentales

El 8.9% cubrió los criterios de trastorno depresivo y 21.7% los criterios de trastorno de ansiedad. Al considerar únicamente a quienes sufrieron violencia física, la proporción que presentaba un trastorno depresivo era significativamente mayor (16%) que el observado en aquellas mujeres que no sufrieron este tipo de violencia. Se observa también que 22% de quienes habían sido golpeadas presentaban un trastorno de ansiedad (cuadro 2).

En el cuadro 3 se muestra un análisis de la relación entre la presencia de trastornos depresivos o de ansiedad y

Cuadro 1. Características sociodemográficas de mujeres víctimas de violencia de pareja (n=135)

Edad	
18 a 24 años	17.9%
25 a 34 años	26.2%
35 a 44 años	29.9%
45 a 54 años	15.0%
55 años o más	11.0%
Estado civil	
Casada	74.0%
Unión libre	26.0%
Ocupación	
Tienen un empleo	16.4%
Trabajo informal	10.2%
Labores del hogar	65.9%
Desempleado	1.5%
Escolaridad	
Ninguna	16.1%
Menor a secundaria	40.7%
Secundaria	26.0%
Preparatoria	8.9%
Licenciatura o más	8.3%
Ingresos	
Menos de un salario a dos	63.6%
Más de dos salarios mínimos	36.4%

Porcentajes obtenidos del total de mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja.

el tipo de violencia recibida. Las mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo reportaron con mayor frecuencia violencia física (66.7%), relaciones sexuales forzadas (50%) y amenazas de muerte (33.3%). Por otra parte, el control de las actividades diarias fue la forma de violencia más reportada por las entrevistadas con trastorno de ansiedad (55.2%).

Utilización de servicios de salud mental

Del total de mujeres que reportaron al menos una forma de maltrato, 16.2% buscaron algún tipo de ayuda para atender sus problemas de salud mental.

El uso de servicios se analizó de acuerdo con el trastorno que presentaban las participantes. Así, se observa que 41.7% de las que cubrieron los criterios de trastorno depresivo recurrieron a especialistas en salud mental y 25% buscaron ayuda con médicos generales. En cuanto a los trastornos de ansiedad, no se observaron diferencias significativas respecto al uso de servicios (cuadro 4).

Cuadro 2. Presencia de trastornos mentales en mujeres víctimas de violencia de pareja

	Mujeres que sufrieron	
	Cualquier forma de violencia (n=135)	Violencia física (n=50)
Cualquier trastorno	30.6%	38.0%
Trastorno depresivo	8.9%	16.0%*
Trastorno de ansiedad	21.7%	22.0%
Sin trastorno	69.4%	62.0%

*p ≤0.05

Cuadro 3. Presencia de trastornos mentales por tipo de violencia

	Trastorno	
	Depresivo (n=12)	De ansiedad (n=29)
La ha forzado a tener rel. sexuales	50.0%*	20.7%
La ha amenazado con matarla	33.3%*	13.8%
Él se emborracha casi diario	25.0%	10.3%
Controla sus actividades diarias	41.7%	55.2%
La ha golpeado embarazada	33.3%	24.1%
Es celoso de manera violenta	33.3%	33.3%
Él ha amenazado con suicidarse	16.7%	3.3%
Es violento con sus hijos	33.3%	34.5%
Es violento fuera del hogar	25.0%	31.0%
La ha golpeado	66.7%*	37.9%

*p ≤0.05.

Razones para la búsqueda de ayuda

Independientemente del tipo de trastorno, la principal razón para solicitar atención fue pensar que necesitaban ayuda (28.67%), seguida de sentirse muy nerviosa (26.8%), llorar todo el tiempo (24.4%), sentir que no podía más (22%) y porque alguien se lo sugirió o temía que algo pasara (17.1% en ambos casos). En todas estas razones se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, las razones para no buscar ayuda en que se encontraron diferencias significativas fueron: no saber qué hacer (35%), sentir vergüenza (27.5%) y no poder concertar una cita (15%).

CONCLUSIONES

El presente estudio explora la relación entre la violencia de pareja, la presencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, y el uso de servicios de salud mental. El análisis muestra que una tercera parte de las mujeres que han experimentado cualquier forma de violencia sufre un trastorno de ansiedad o depresión; la proporción es mayor (38%) cuando se considera exclusivamente la violencia física.

La mayor prevalencia del trastorno depresivo se encontró entre las mujeres que han experimentado formas graves de violencia (violencia física, relaciones sexuales forzadas, amenazas de muerte). Otros investigadores han reportado antes esta misma relación.⁷

Cuadro 4. Uso de servicios por mujeres víctimas de violencia de pareja

	Trastorno	
	Depresivo (n=12)	De ansiedad (n=29)
Servicio médico	25.0%**	3.3%
Especialista en salud mental	41.7%**	13.8%
Servicios alternativos	1.7%**	13.8%
Ministro religioso	25.0%	6.0%

**p ≤0.01.

En general, los resultados son congruentes con estudios previos en que se reporta una escasa utilización de servicios de atención por mujeres que sufren violencia.¹² Si bien es cierto que esta proporción aumenta ante la presencia de trastornos depresivos o de ansiedad, el número de mujeres que solicitan ayuda profesional sigue siendo bajo.²⁹

Las principales razones mencionadas para no buscar ayuda se relacionan con la falta de información y la vergüenza. Esto confirma que la ignorancia y el estigma son importantes barreras para el proceso de búsqueda de ayuda.

Estos hallazgos son relevantes en tanto que la investigación sobre el uso de servicios por parte de mujeres maltratadas se ha concentrado en la asistencia a salas de urgencia, dejando de lado las necesidades de atención especializada en salud mental.

Es necesario profundizar en este tema ya que en la bibliografía existe un debate sobre las características de la asistencia a los servicios de salud. Algunas investigaciones apuntan que las mujeres que no buscan ayuda perciben que la violencia no afecta el desempeño de sus roles cotidianos o que sus necesidades no son tan urgentes. Otras hipótesis plantean lo contrario, es decir, que las mujeres maltratadas presentan serias dificultades en el funcionamiento psicosocial diario y esto les impide trazar un plan de acción.¹³

Los resultados deben interpretarse con cautela en tanto que se trata de un diseño transversal que no permite establecer la secuencia temporal de los hechos, es decir, no es posible determinar si la violencia precede la aparición de la sintomatología psiquiátrica o viceversa. No obstante, los resultados contribuyen a reforzar la idea de que existe una clara asociación entre ambos.

A fin de proporcionar una mejor atención, es necesario que los prestadores de servicios se capaciten para identificar con mayor precisión a las víctimas de violencia, entender su problemática y evitar el estigma.

AGRADECIMIENTOS

El proyecto que sirvió de base para el análisis de los resultados presentados en este artículo se llevó a cabo con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, clave N° 212095-5-5266H.

REFERENCIAS

1. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore MD: Johns Hopkins University, School of Public Health. Center for Communications Programs, Population Information Program; 1999.
2. World Health Organization. World report on violence and health. Ginebra, Suiza: 2002.
3. Koss MP. The Women's Mental Health Research Agenda. Violence against women. *American Psychologist* 1990;45(3):374-380.
4. Díaz-Olavarieta C, Ellerston C, Paz F, Ponce de León S, Alarcón-Segovia D. Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico. *Social Science Medicine* 2002;55(9):1589-1602.

5. Valdez-Santiago R, Juárez C, Salgado N, Agoff C, Avila-Burgos L et al. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Pública Méx* 2006;48(2):250-258.
6. Medina-Mora ME, Berenson S, Natera G. El papel del alcoholismo en las violencias. *Gac Med Mex* 1999;135(3):282-287.
7. Schreiber R. Wandering in the dark: Women's experiences with depression. *Health Care Women International* 2001;22:85-98.
8. Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N et al. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues Mental Health Nursing* 2000;21:499-513.
9. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-1336.
10. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
11. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives Internal Medicine* 1991;151:342-347.
12. Híjar M, Avila-Burgos L, Valdez-Santiago R. ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? *Salud Mental* 2006;29(6):57-64.
13. Macy RJ, Nurius PS, Kernic MA, Holt VL. Battered women profiles associated with service help-seeking efforts: Illuminating opportunities for intervention. *Social Work Research* 2005;29(3):137-130.
14. Scott-Collins K, Schoen C, Joseph S et al. Health concerns across a women's lifespan. The Commonwealth Fund 1998 Survey of Women's Health. The Commonwealth Fund; 1999.
15. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: Análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998;21(6):1-10.
16. Híjar M, Flores L, Valdez R, Blanco J. Atención de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Pública México* 2003;45(4):252-258.
17. Trujillo ME, Vargas M. Explotación de las fuentes de información de que disponemos: El caso de la violencia familiar. *Epidemiología* 2002;19(44):1-3.
18. Ramos L, Borges G, Cherpitel C, Medina-Mora ME, Mondragón L. Violencia doméstica, un problema oculto en el sistema de salud. El caso de los servicios de urgencias. *Revista Salud Fronteriza* 2002;7(1):43-55.
19. García-Moreno C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies; 2000.
20. Rico B, Del Río A, Olaiz G, López P, Valdez R et al. Encuesta Nacional de Violencia de pareja en usuarias de servicios públicos de salud en México (ENVIUS). México: Programa Mujer y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
21. Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública Méx* 2006;48(supl. 2):S307-S314.
22. Olaiz G, del Río A, Híjar M. Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
23. Medina-Mora M, Berenson S, López E, Solís L, Caballero MA et al. El uso de los servicios de salud por pacientes con trastornos mentales: Resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental* 1997;20(Supl. 2):32-38.
24. World Health Organization: CIDI: Composite International Diagnostic Interview Version 1.1. Ginebra: World Health Organization; 1993.
25. Campbell J. Nursing assessment for risk of homicide in battered women. *American Nursing Society* 1986;8:36-51.
26. Natera G, Tiburcio M, Villatoro J. Marital Violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemporary Drug Problems* 1997; 24(4):787-804.
27. American Psychiatric Association: DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, España: Edit. Masson, SA; 1988.
28. Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para Windows versión 10.0.7 en español [Software de computadora]. Chicago, E.U.: SPSS, Inc.; 2000.
29. Próspero M, Vohra-Gupta S. The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses. *J Aggression* 2008;16(4): 376-390.

Artículo sin conflicto de intereses