

# El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos\*

Ma. Elena Medina-Mora\*\*  
Shoshana Berenson\*\*  
Elsa Karina López Lugo\*\*  
Luis Solís\*\*  
Miguel Ángel Caballero\*\*  
Julio González\*\*\*

## Summary

This paper describes patterns of service utilization, formal and informal, in populations from medium low and low SES, presenting mental disorders according to the DSM-III-R criteria evaluated through the CIDI. Information was gathered in a face to face interview using a standardized questionnaire; individuals were selected through stratified socioeconomic variables and a random multistage sample of households. Results indicated that around one fourth of the subjects with a positive diagnosis of affective disorders sought help (22 % of the males and 27 % of the females with depressive disorders, and 7 % of the males and 15 % of the females with anxiety disorders). General doctors were the most often consulted resource (42 %), followed by psychologists and psychiatrists (36 % and 35 % of the males and 42 % and 15 % of the females, respectively); one fifth of the sample consulted a religious minister and one of each ten persons consulted a local healer. The most important reason for not using health services was their conviction that they were useless or could not solve their problem.

**Key word:** Affective dysfunctions, prevalence, service utilization, poverty.

## Resumen

Este trabajo describe los patrones de utilización de los servicios formales y alternativos de salud de la población que padece de enfermedades mentales según el DSM-III-R. El nivel socioeconómico era bajo y medio bajo. La información se obtuvo mediante una entrevista personal, utilizando un cuestionario estandarizado que incluía las secciones del CIDI sobre los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Los indivi-

duos entrevistados (n = 1486) fueron seleccionados a partir de una muestra aleatoria, estratificada según las variables socioeconómicas y multietápicas (manzanas, viviendas e individuos). Los resultados indican que alrededor de una cuarta parte de las personas diagnosticadas con trastornos depresivos (22 % de los varones y 27 % de las mujeres), y 7 % de los hombres y 15 % de las mujeres con trastornos de ansiedad solicitaron ayuda especializada debido a su enfermedad. El 42 % recurrió a médicos generales; 36 % de varones, 42 % de mujeres recurrieron a psicólogos, y 35 % de los varones y 15 % de las mujeres recurrieron a psiquiatras; una quinta parte recurrió a un ministro de su religión y uno de cada diez a curanderos. La razón principal por la que no utilizan los servicios de salud es el convencimiento de que éstos no sirven.

**Palabras clave:** Trastornos afectivos, prevalencia, uso de servicios, pobreza.

## Introducción

La investigación epidemiológica actual tiende a documentar tasas similares de prevalencia de trastornos mentales en diferentes culturas cuando se utilizan instrumentos y criterios similares; sin embargo, dado que los factores sociales y culturales afectan de manera importante la severidad y el curso de los trastornos, los países pobres y los sectores más desprotegidos dentro de éstos, tienden a tener peor pronóstico. Uno de los factores que influye mucho en este incremento de los padecimientos mentales, es la falta de acceso y de utilización de los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es analizar este fenómeno en cuatro comunidades de niveles medio bajo y bajo ubicadas en la zona sur de la ciudad de México, próximas al Instituto Mexicano de Psiquiatría.

A pesar de que los trastornos mentales han adquirido recientemente la categoría de enfermedad y que como tal es susceptible de tratarse, su importancia no se refleja en la inversión en servicios debido a que

\* Trabajo preparado para la XI Reunión de Investigación y Enseñanza del Instituto Mexicano de Psiquiatría, mayo, 1996. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

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

\*\*\* Facultad de Medicina, UNAM.

la enfermedad mental no es causa frecuente de muerte, a que la percepción social de la enfermedad es que estigmatiza a las personas que la padecen ya que se desconfía de que la medicina pueda hacer algo por estas personas.

No fue sino hasta que la Organización Mundial de la Salud (3), destacó la necesidad de considerar el factor de discapacidad asociado a las enfermedades, que el peso de los padecimientos dejó de registrarse por la muerte prematura para hacerlo por los días de vida sana perdidos por discapacidad. Por ello, en México, los trastornos neuropsiquiátricos pasaron del décimo segundo lugar al quinto lugar por su importancia relativa como causa de muerte (4).

El reconocimiento de la importancia que tienen estos trastornos en el peso global de la enfermedad, debe reflejarse en un mayor gasto en los servicios de salud, en la demostración del beneficio o la recuperación derivados de la inversión, es decir, en el hecho de que el tratamiento disminuye el costo de la enfermedad, lo que propiciara fuertes debates sobre el incremento de la inversión en este renglón. Uno de los mecanismos consiste en asegurar que haya una adecuada proporción de servicios para el uso racional de la población. El propósito de esta investigación fue conocer los factores psicosociales que intervienen en este último factor.

## Antecedentes

En México, la respuesta social a los problemas de salud se divide en tres grupos, el de la seguridad social que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (9), presta servicios a 55 % de la población, el de los programas asistenciales, que beneficia a 33 % de la población y el de la medicina privada. La población sin servicios públicos de salud oscila entre 11 % y 21 % del total de la población nacional, aunque, de acuerdo con Frenk y cols. (4), si se consideran los obstáculos para acceder a ella, la cifra puede ascender a 33 %, con una variación del 20 % de los que no son pobres y 47 % de los muy pobres, quienes, a pesar de tener necesidad de recibir atención médica, no logran obtenerla. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (9), los obstáculos para acceder a los servicios de salud son económicos en un 43 %, geográficos en un 42 % y organizacionales en 15 % (falta de confianza del paciente en los servicios, o mala calidad de éstos). No se observaron diferencias entre las clases sociales (4).

El estudio de la Fundación Mexicana para la Salud sobre el Sistema de Salud en México (4) señala que existe una relación inversa entre el grado de marginación social en las entidades federativas y la inversión en servicios de salud en las poblaciones no aseguradas, es decir, que mientras más pobre es la entidad federativa, menor es el grado de asistencia que recibe. En el Distrito Federal se concentra sólo 6 % de la población que no está asegurada pero se consume 48 % del gasto asistencial. De igual forma, las instituciones de seguridad social concentran en esta entidad 13 % de sus beneficiados, y gastan aquí 26 % de su presupuesto.

Las personas muy pobres dependen más de la atención privada que de cualquier otra fuente de servicios médicos. En el medio urbano, las familias más pobres destinan 5.2 % de su ingreso a la atención a la salud, mientras que las familias más ricas dedican 2.8 %.

En este estudio se utilizó el traslape de la demanda como una expresión conductual de insatisfacción. Por ejemplo, 36 % de las personas aseguradas en el sistema de salud, se atienden fuera de las instituciones de seguridad social. Estas cifras reflejan su insatisfacción debido a la mala calidad del servicio, a las barreras económicas o geográficas, y probablemente a su ignorancia sobre la disponibilidad de los servicios médicos; sin embargo, ésta última opción no ha sido debidamente estudiada. De acuerdo con la Encuesta sobre la Satisfacción con los Servicios de Salud (9), 56 % de los adultos en México los considera como regulares o malos.

Un problema poco estudiado pero que afecta de distinta manera a ricos y a pobres, son las discapacidades físicas y mentales. De acuerdo con Frenk y cols. (4) existen en el país dos discapacitados muy pobres por cada discapacitado pobre o no pobre, sin embargo, la atención que reciben los primeros es 50 % menor que la que recibe el resto de la población.

Se ha estudiado cómo utiliza los servicios de salud la población con problemas emocionales (2,8,9,12, 15), pero no se había estudiado por medio de instrumentos de diagnóstico cómo utilizan los servicios las poblaciones con diferente tipo de morbilidad psiquiátrica, la población general de la ciudad de México (3), la población urbana pobre, objeto de este artículo y la población rural (11).

Los estudios anteriores muestran la poca utilización de los servicios de salud por las personas con problemas emocionales. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (9), los recursos que más utiliza la población urbana son los familiares y amigos (54 %), los siguientes recursos la automedicación y los remedios caseros (15 %), y por último los ministros y sacerdotes (10 %); menos del 5 % solicitó ayuda en algún centro especializado de salud mental. Lara y cols. (8) al analizar las variaciones por género, encontraron que las mujeres con depresión grave, evaluada por medio del CESD, acudieron menos con amigos o familiares y más en busca de ayuda profesional, en tanto que los varones solicitaron ayuda con menos frecuencia por considerar que otra persona los podía ayudar y por no querer perder la remuneración por su trabajo.

La Encuesta Nacional de Salud Mental, también mostró que las razones más importantes para no utilizar los servicios de salud, fueron de tipo personal (los prejuicios y el desconocimiento de que hubiera tratamiento especializado para la salud mental). Menos de 4 % de la población que no usaba los servicios de salud dijo no hacerlo por los horarios de consulta, el tiempo de espera, etc. o por falta de accesibilidad (como el costo, la dificultad para transportarse, etc.) (9).

En los estudios realizados en los Estados Unidos también se considera que una gran proporción de las personas que padecen alteraciones mentales no re-

cibe tratamiento, y que ésta acude principalmente a los médicos generales. Basándose en una prevalencia anual de 15 % de personas con trastornos mentales, Regier (7) encontró que una quinta parte no recibía tratamiento de medicina general ni especializada. Las estimaciones del estudio sobre las áreas de captación epidemiológica, realizadas en los Estados Unidos, y que se basan en seis meses de prevalencia promedio de 19 % de la población, estimaron una proporción relativamente mayor (31 % a 34 %). Regier también encontró que alrededor de la mitad de las personas con un trastorno diagnosticable habían buscado tratamiento de medicina general, y que solamente una de cada cinco de estas personas había llegado a los servicios especializados (7). También encontró que los mexicano-americanos de los Estados Unidos habían utilizado menos servicios ambulatorios y que fueron internados con menor frecuencia que las poblaciones caucásicas (11 % y 22 %, respectivamente) pero que cuando los hispanos buscaban ayuda, acudían a especialistas de la salud mental en la misma proporción que los caucásicos (7).

Otros estudios realizados en México (5) sugieren que los pacientes no sólo se retrasan en buscar atención formal después de experimentar los primeros síntomas psiquiátricos, sino que los servicios especializados los atienden, después de haber establecido contacto con los servicios de salud, entre 22 y 52 semanas después de haber aparecido los primeros síntomas.

## Método

### *Población*

El estudio se llevó a cabo en cuatro zonas cercanas al Instituto Mexicano de Psiquiatría, ubicadas en las delegaciones de Tlalpan y Xochimilco. Se eligieron dos áreas urbanas y dos semiurbanas. La elección de los sitios de investigación se realizó tomando en cuenta los indicadores de las áreas geoestadísticas básicas (AGEBS) del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1990, sobre los servicios y las características de las viviendas y de sus habitantes.

Para seleccionar las localidades se analizaron las áreas geoestadísticas básicas (AGEBS) de las delegaciones Xochimilco y Tlalpan. En cada AGEBS se consideraron los indicadores de tamaño de la población mayor de 15 años, la proporción integrada a la actividad económica productiva y el ingreso. A partir de estos datos se identificaron aquellos AGEBS en las que por lo menos 40 % de la población percibía 2 salarios mínimos o menos. En Tlalpan se eligieron para el estudio las colonias Isidro Fabela, San Pedro Mártir y Topilejo; en Xochimilco, los pueblos de San Marcos y San Juan. En promedio, 90 % de la población de estas comunidades sabe leer y escribir, pero sólo el 17 % terminó la secundaria. Salvo en Topilejo, en todas las demás comunidades la población económicamente está constituida principalmente por obreros o empleados (80 %), mientras que en Topilejo solamente 55 % pertenece a este grupo, 14 % es

jornalero o peón y una proporción mayor trabaja por cuenta propia (24 %); 35 % se dedica a labores del sector primario en comparación con 5 % en las otras comunidades. Tres cuartas partes de la población de estas comunidades percibe 2 salarios mínimos, pero en Topilejo la proporción llega a 84 %.

### *Diseño y selección de la muestra*

El diseño de muestra fue estratificado, aleatorio y multietápico, en donde la variable de estratificación fue el nivel socioeconómico. En la primera etapa se seleccionaron manzanas, y en la segunda, viviendas. Se entrevistó a un solo individuo en cada hogar seleccionado aleatoriamente entre aquellos mayores de 15 años. Se estimó el tamaño de la muestra para las prevalencias de los trastornos afectivos y el abuso o dependencia del alcohol, entre 15 % y 20 % de los casos positivos, es decir, los que presentaban algún problema afectivo o de abuso/dependencia del alcohol; la no respuesta general fue de 15 %.

En cada una de las colonias seleccionadas se muestrearon 50 manzanas con iguales probabilidades, utilizando para ello un muestreo sistemático. Esta selección se hizo de manera independiente en cada zona estudiada. Después de esta etapa de muestreo se hicieron visitas de campo en las que se hizo la lista de las viviendas de cada una de las manzanas. Con el material que resultó de esta etapa se formaron segmentos de 6 viviendas, en promedio, de las manzanas de la muestra y después se seleccionaron los segmentos de manera sistemática.

La persona entrevistada se seleccionó de acuerdo con los siguientes criterios: a) que fuera mayor de 15 años, b) que viviera habitualmente en ese hogar (no se incluyó a los empleados domésticos), c) que hablara español, d) que no tuviera problemas mentales que impidieran realizar la entrevista. En esta última etapa la selección se hizo por medio de un esquema aleatorio a partir de una lista de personas mayores de 15 años que habitaban en la vivienda y que cumplían con los requisitos señalados.

Mediante este proceso se seleccionó una muestra de 60 segmentos en cada localidad o colonia estudiada, con un total de 240 segmentos en cada una y 350 viviendas por comunidad\* para una tasa de no respuesta estimada en 15 %. La tasa de no respuesta observada fue de 3 %; se hicieron 549 entrevistas en la población masculina (23 menos de las esperadas para la tasa base de respuesta de 15 %) y 921 entrevistas en la población femenina (313 más de las esperadas debido a que casi todas respondieron). Para analizar los datos se estimó un factor de ponderación que consideró las variaciones de las probabilidades de selección en cada etapa y las variaciones en las tasas de no respuesta. La comparación entre el sexo y la edad de los sujetos de la muestra y de los datos censales no dio por resultado diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 1.20$ ;  $gl = 1$ ;  $P = NS$ ); tampoco la distribución de los hombres

\* Para fines de selección de la muestra, los pueblos de San Marcos y San Juan se consideraron en conjunto como una comunidad.

( $X^2 = 2.99$ ;  $gl = 10$ ;  $P = NS$ ) ni la de las mujeres ( $X^2 = 2.72$ ;  $gl = 10$ ;  $P = NS$ ) por edad.

#### Instrumento

Para cubrir los requisitos de este estudio se utilizaron dos cuestionarios; el primero era un cuestionario de hogares en el que se describe a sus ocupantes por sexo, edad, escolaridad, remuneración económica, ocupación del jefe del hogar y parentesco entre las personas que habitan la vivienda. También incluye información sobre las características de las viviendas: los servicios y el tipo de construcción. Se indica también si dentro de la misma vivienda viven varias familias.\*

El segundo instrumento es el Cuestionario de Salud Mental y Utilización de Servicios, que incluye: a) secciones que evalúan los trastornos afectivos y la esquizofrenia encontrados en la entrevista diagnóstica CIDI versión 1.1, basada en el DSM-III-R; b) patrones de consumo de alcohol y otras drogas, y problemas asociados; c) victimización; d) inseguridad percibida; e) estrés y la adaptación de la familia a la crisis económica y social por la que atraviesa el país; f) problemas emocionales experimentados por los menores que habitan en el hogar, medidos con una versión del RQC adaptado a México por Gómez, Rico, Caraveo y cols. (6); g) utilización de servicios y h) características sociodemográficas. En este informe se utiliza solamente la información proveniente del CIDI, de la sección sobre utilización de servicios y características sociodemográficas.

El CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la Salud Mental, el Abuso de Drogas y Alcohol (ADAMHA) (10) y ha sido probado en un amplio espectro de culturas (14). Está compuesto por 15 secciones, de las cuales, se utilizaron 5 para este estudio: a) datos sociodemográficos; d) fobias y otros trastornos de ansiedad; e) trastornos depresivos y distimia; f) trastornos afectivo bipolar y maníaco y g) esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

#### Características de la población

Todas las viviendas incluidas en la muestra tenían luz eléctrica, solamente 2.4 % de ellas tenía piso de tierra, y 5 % no disponía de agua corriente. La cuarta parte de la población entrevistada (26 %) percibía menos de un salario mínimo mensual, y 26 % percibía más de cuatro salarios mínimos. La escolaridad máxima del 45 % de la muestra era de primaria; la media de edad era de 35.5 años, y 10 % tenía más de 60 años; 52 % trabajaba, la mayoría eran empleados (14 %), obreros no calificados o trabajadores eventuales (11 %) o subempleados (6 %); 32 % eran amas de casa y 13 %, estudiantes (cuadro 1).

\* Se consideraron hogares independientes cuando, a pesar de que se compartiera un mismo terreno, se prepararan los alimentos de manera independiente.

**CUADRO 1**  
Características sociodemográficas de la muestra estudiada

	Masculino (554) %	Femenino (928) %	Total (1482) %
<b>Sexo</b>	48.1	51.9	100.0
<b>Edad</b>			
15-17	5.3	5.0	10.3
18-59	37.9	42.4	80.4
60+	4.9	4.4	9.3
<b>Ingreso familiar</b>			
Hasta 1 salario mín.	10.4	14.9	25.3
1-3 salarios	23.7	24.6	48.3
4 + salarios	14.3	12.0	26.4
<b>Escolaridad</b>			
0-5	5.7	11.0	15.7
6	7.0	8.8	15.7
7-9	14.3	16.1	30.4
10-12	11.1	9.5	20.6
13 +	10.0	6.4	16.4

Los porcentajes fueron obtenidos de los datos ponderados de acuerdo con la probabilidad de selección.

El análisis de la prevalencia de enfermedades mentales de por vida en las cuatro zonas estudiadas ha sido objeto de otras publicaciones (1); baste decir que la distimia fue de 3.7 %, la depresión de 5.7 %, la angustia de 1.8 %, las fobias de 10.5 %, y los trastornos bipolares de 1.5 %, con tendencia a ser más frecuentes en las mujeres, con excepción del trastorno bipolar, que fue más frecuente entre los hombres. Los jóvenes de entre 15 y 17 años tuvieron menos episodios de depresión que los adultos pero padecieron fobias con más frecuencia.

Estas prevalencias son similares a las reportadas por los estudios epidemiológicos llevados a cabo en las 5 áreas de captación de los Estados Unidos, en los que se utilizó el mismo instrumento. En aquél país, las tasas de depresión sin distimia oscilaron entre 4.9 % y 8.7 %, que son cifras similares a la observadas en estas zonas de la ciudad de México, en donde la prevalencia ascendió a 5.7. Tampoco se observaron diferencias entre los índices de fobias y distimias y los de otros trastornos (10).

#### Resultados

##### *Proporción y características de las personas que hacen uso de los servicios de salud*

Una proporción importante de las personas que presentan trastornos afectivos sí solicitan atención: 53 % de los hombres y 39 % de las mujeres que presentaron cuadros de depresión, solicitaron algún tipo de ayuda formal o informal. Lo mismo ocurrió en 36 % de los hombres y en el 34 % de las mujeres con distimia; en el 75 % de los hombres y el 59 % de las mujeres con trastornos de ansiedad, y en el 58 % de los hombres y en el 40 % de las mujeres con trastornos bipolares. El número de personas con trastornos fóbicos que buscaron ayuda es comparativamente menor (30 % y 23 %, respectivamente) (cuadro 2).

**CUADRO 2**

**Proporción de la población con trastornos afectivos que utiliza servicios formales e informales de atención a la salud mental\***

	Masculino %	Femenino %
T. depresivos	53	39
Distimia	36	34
T. ansiedad	75	59
T. bipolares	58	40

\* Porcentajes obtenidos del total de sujetos por sexo y por diagnóstico

Estos porcentajes disminuyeron cuando se analizó a las personas que solicitaron ayuda formal especializada: 22.2 % de los hombres y 26.5 % de las mujeres con trastornos depresivos; 6.7 % de los hombres y 14.7 % de las mujeres con trastornos de ansiedad, y 11.4 % de los hombres y 13.5 % de las mujeres con distimia (cuadro 3).

*El tipo de servicios que utilizan*

El tipo de profesional que más consultó esta población fue el médico general o familiar, con la misma proporción de hombres y mujeres (42 % de las personas que reportaron haber solicitado ayuda profesional, habían acudido a este profesional); le siguen en importancia los psicólogos, con 36 % de los hombres y 42 % de las mujeres; los ministros religiosos, con 23 % de los hombres y 26 % de las mujeres, y los psiquiatras con 35 % de los hombres y 15 % de las mujeres. Sólo una de cada 10 personas consultó a los curanderos y a los santeros (9 % de los hombres y 11 % de las mujeres) (cuadro 4).

Cuando se analiza la atención que recibieron para sus padecimientos, se observa que solamente una de cada cinco personas con trastorno de depresión recibió atención psiquiátrica, 17 % de los que tenían distimia o trastorno de angustia, 33 % de los fóbicos y 60 % de los que padecían trastornos bipolares. Las personas con trastornos fóbicos (27 %) y bipolares (22 %) acuden con más frecuencia a los curanderos y a otros recursos similares, en comparación con las

**CUADRO 3**

**Proporción de la población con trastornos afectivos que utiliza servicios especializados de atención a la salud mental\***

	Masculino %	Femenino %
T. depresivos	22.2	26.5
Distimia	11.4	13.4
T. ansiedad	6.7	14.7
T. bipolares	15.9	2.9

\* Porcentajes obtenidos del total de sujetos por sexo y por diagnóstico

personas deprimidas (7 %), con distimia (10 %) o con trastornos de angustia (17 %).

Cuando los enfermos mentales acuden a pedir ayuda, usualmente reciben consejos (75 % de los hombres y 72 % de las mujeres); 38 % de los enfermos fueron tratados con medicamentos, y una de cada tres personas (29 % de los hombres y 27 % de las mujeres) recibió psicoterapia.

Cuatro de cada diez hombres y tres de cada diez mujeres, estuvieron hospitalizados debido a su trastorno emocional; 3 % de los hombres y 1 % de las mujeres han participado en grupos de autoayuda por problemas relacionados con la salud mental o con alcoholismo. El tipo de servicio que más se usa es la consulta médica privada (32 % de los hombres y 27 % de las mujeres) y en segundo término, la clínica psiquiátrica como paciente externo, a la que acudieron 14 % de los varones y 9 % de las mujeres que solicitaron ayuda formal o informal por su padecimiento emocional. Cuando este dato se obtiene del total de personas con un diagnóstico positivo de trastornos depresivos o de ansiedad, de acuerdo con el DSM-III-R, los índices aumentan a 18 % en el caso de las depresiones y a 44 % en el de los trastornos bipolares.

*Percepción sobre los servicios*

Se le preguntó a todas las personas entrevistadas, independientemente de su estado emocional, qué percepción tenían de los servicios alternativos. El 50 % de los hombres y el 47 % de las mujeres opinaron que

**CUADRO 4**  
**Tipo de servicio utilizado\***

Persona o profesional	Masculino %	Femenino %	Servicio	Masculino %	Femenino %
Ministro, sacerdote, etc.	23.4	26.0	Urgencias del hospital	5.8	7.6
Médico general	41.9	42.2	Urgencias hospital psiquiátrico	6.9	1.4
Psiquiatra	32.5	14.6	Clínica psiquiátrica	13.9	9.0
Psicólogo	36.2	42.2	Clínica para drogas o alcohol	1.1	2.4
Homeópata	3.2	6.5	Consultorio privado	32.5	26.9
T. social	13.1	7.8	Servicio de salud mental	15.4	4.8
Enfermera	11.0	5.4	Internado en un programa para problemas de drogas	1.9	1.6
Curandero, etc.	9.3	11.1	Otros	32.3	35.4

\* Porcentajes obtenidos del total de hombres y mujeres que solicitaron ayuda.

los grupos de autoayuda eran útiles; una de cada tres personas consideró que era útil hablar de sus problemas con los ministros religiosos; una de cada 5 personas entrevistadas considera que los curanderos y los médicos naturistas son un recurso importante, y solamente 4 % de los hombres y 5 % de las mujeres consideran que los espiritistas o santeros son de alguna utilidad.

También se interrogó a las personas que no habían solicitado ayuda. La razón que dieron para no solicitarla era que no servía ninguna (58 % de los hombres y 68 % de las mujeres), que era muy difícil acceder a los servicios de salud (16 % de los varones y 22 % de las mujeres), y que carecían de información (8 % de los varones y 14 % de las mujeres). La falta de información fue significativamente mayor entre el grupo de menor edad (17 %) que entre la población adulta (11 %). Las personas sin escolaridad (17 %), en comparación con la población con estudios posteriores a la preparatoria (4 %), acudieron menos a los servicios de salud. También fue significativamente mayor la población con ingresos inferiores a un salario mínimo (19 %), que no acudió a los servicios, en comparación con la población que ganaba más de 4 salarios mínimos (4 %).

## Discusión y conclusiones

Los datos de este estudio corroboran lo observado en otras culturas, esto es, que una proporción importante de personas que tiene problemas emocionales de suficiente magnitud como para alcanzar los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III-R, no recibe tratamiento especializado. Las tasas de utilización de los servicios de salud no difieren de las reportadas en estudios similares de los Estados Unidos. Esta tasa, comparativamente elevada, podría deberse a una mayor oferta de servicios en esta parte de la ciudad, cosa que no ocurre en otras partes. Este mismo factor podría explicar por qué, a pesar de tratarse de comunidades con fuertes tradiciones precolombinas, la utilización de servicios alternativos es baja, a excepción de los grupos de auto ayuda.

Al igual que en los Estados Unidos, es más frecuente consultar al médico general, lo que puede deberse a que se tiene más contacto con este tipo de profesionalista, y a que generalmente los trastornos mentales se acompañan de otros padecimientos o manifestaciones físicas.

En este estudio se encontró que era más frecuente que acudieran al psicólogo que al psiquiatra, salvo cuando los trastornos eran más severos, pues en ese caso la proporción se invierte.

Sin embargo, una gran proporción de enfermos mentales se queda sin servicios, pues los que acuden al médico general casi nunca reciben un diagnóstico y un tratamiento adecuados. Sería recomendable reforzar el entrenamiento curricular y la educación continua del médico general a fin de que además de dar consejos, pueda proporcionar terapia farmacológica y psicoterapia.

Llama la atención que la proporción de personas que considera que la atención a los problemas de salud mental no sirve de nada, sea tres veces superior al número de personas que dice no poder acceder a los servicios de salud, y al de los que dicen carecer de información. Por lo tanto, además de complementar el entrenamiento del médico con programas de educación para la salud, habrá que educar a la población a fin de que haga un mejor uso de estos servicios.

Los datos obtenidos en el estudio confirman que los sectores más pobres gastan más en servicios de salud; una gran proporción de estas personas pagó por los servicios de medicina privada, por lo que es necesario ofrecer éstos en los consultorios de medicina general a la población que no tiene acceso a la seguridad social ni recursos que le permitan acudir a la medicina privada. Entre las personas más desprotegidas también se incrementaron los índices de la falta de información acerca de los servicios de atención existentes, al igual que entre las personas de menores ingresos, entre las que han recibido menos educación formal y entre los más jóvenes.

El problema que aborda este artículo es muy complejo, pues en los patrones de utilización de recursos interviene una gran cantidad de variables no incluidas en este análisis, tales como la adecuación entre los criterios diagnósticos y el grado de enfermedad que la población percibe tener. Por ello cabe preguntarse: ¿por qué una proporción tan baja de la población considerada en las clasificaciones internacionales como "caso" o "con enfermedad", no considera que requiere ayuda? ¿Cuáles son los obstáculos y los disparadores para buscar ayuda? ¿Cómo intervienen la severidad, la duración y la comorbilidad? ¿Qué papel desempeñan los factores socioeconómicos, las normas culturales, las actitudes y la percepción de lo que es una enfermedad, y qué debe de hacerse para poder atenderla? Este trabajo es sólo una aproximación a estos problemas.

## Agradecimientos

El proyecto que sirve de base para este reporte fue llevado a cabo con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, clave No. 212095-5-5266H

## REFERENCIAS

1. BERENZON S, MEDINA-MORA M, LOPEZ E, GONZALEZ J: Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. Sometido para publicación, *Revista Mexicana de Psicología*, 1996.
2. CARAVEO J, MAS C: Necesidades de la población y

desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 32(5):523-531, 1990.

3. CARAVEO J: Proyecto: Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México, 1996.
4. FRENK J, LOZANO R, GONZALEZ-BLOCK M y cols.: *Economía y Salud: Propuesta para el Avance de Sistema de*

- Salud en México. Informe Final.* Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994.
5. GATER R, DE ALMEIDA B, SOUSA E, BARRIENTOS G, CARAVEO J, CHANDASHEKAR M, DHADPHALE M, GOLDBERG D, AL-KATHIRI A, MUBBASHAR M, SILHAN K, THONG D, TORRES-GONZALEZ F, SARTORIOUS N: The pathways to psychiatric care: a cross cultural study. *Psychological Medicine*, 21:761-774, 1991.
  6. GOMEZ M, RICO H, CARAVEO J, GUERRERO G: Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 204-208, 1993.
  7. HOUGH RL, LANDSVERK JA, KARNO M y cols.: Utilization of health and mental services by Los Angeles Mexican Americans and Non-Hispanic Whites. *Arch Gen Psychiatry*, 44:702-709, 1987.
  8. LARA A, MEDINA-MORA M, SALGADO N, ACEVEDO M, DIAZ-PEREZ M, VILLATORO J: Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*, 19(2):42-49, 1996.
  9. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA R y cols.: Trastornos emocionales en población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3:48-55, 1992.
  10. ROBINS L, HELZER J, CROUGHAN J, RATCLIFF K: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its History, Characteristics and Validity. *Archives of General Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
  11. SALGADO N: Proyecto: La prevalencia de algunos trastornos mentales, su interpretación sociocultural y la utilización de servicios de salud mental en poblaciones rurales: El impacto de la migración México-EU, 1996.
  12. SOLIS L, MEDINA-MORA M: La utilización de servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas: Resultados de 2 encuestas nacionales. *Salud Mental*, 17(1):7-10, 1994.
  13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual for Classification Relating to the Consequences of Disease.* Ginebra, 207, 1993.
  14. WITTCHEM HU, ROBINS L, SARTORIOUS N, BURKE J, REGIER D y participantes del Multicenter Who Adamha Fields Trials. Cross Cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Brit Journ of Psichiat*, 159:645-653, 1991.
  15. ZIMERMAN R, BAEZ AM, VARGAS AJ: Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en centros de salud mental del Valle de México, *Salud Mental*, 4(4):14-28, 1981.