Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados

Jorge Javier Caraveo-Anduaga*
Nora Angélica Martínez Vélez**
Blanca Edith Rivera Guevara**
Antonio Polo Dayan***

Summary

The present report is based on data obtained in a comprehensive epidemiological psychiatric survey carried out on a representative sample of the adult population of Mexico City during 1995. The objectives of this study included the estimation of lifetime prevalence of specific psychiatric disorders and exploration of the help-seeking patterns. This paper is focused on: what characteristics or circumstances facilitate or act as barriers in the help-seeking process as related to mental health professionals on the population with lifetime prevalence of depressive disorders defined in terms of the ICD-10 research diagnostic criteria.

The design of the study was a household survey restricted to Mexico City, excluding the rest of the metropolitan area. The target population were adults aged 18 to 64 years old living permanently or temporaly in private dwelings in the 16 political division areas of the city. The sampling design was polietapic and stratified by sex; the selection probability in the third stage resulted in a self-weighted segment sample within each domain. As an accessibility measure for this report the response to the question about being affiliated to some kind of medical service was considered. The interviews were carried out by using the CIDI-Fresno, which is a modified version of the CIDI 1.1, as well as variables included in the National Comorbidity Survey in the United States. The dependent variable was the access to mental health professionals during the reported lifetime depressive episode. Descriptive results are presented as related to the number of impairments resulting from the disorder and the help-seeking behaviour. Association with variables exploring accesibility, opinions, attitudes, beliefs, intentions and experiences with other persons, and obstacles was carried out by means of the odds ratio.

Complete interviews were obtained for 1937 subjects; only eight percent of the eligible subjects openly refused to be interviewed. Lifetime prevalence of depressive episodes represented 8.3 % of the adult inhabitants. Only 13.9 % depressed subjects sought help from mental health professionals. The help-seeking pattern showed differences by sex and number of reported impairments mediated by affiliation status.

Accesibility in terms of the affiliation status and as an indirect gross indicator of socioeconomic conditions, was clearly associated with help sought from mental health professionals. Differences by sex were elicited about intentions and attitudes; men were more likely to disscuss their emotional problems with a professional and hence their association was stronger than in women who sought more help from mental health professionals. Interestingly both, women and men, didn't sought help when they considered that their problems were personal.

Also, opinions on sex differences were elicited showing that women were more likely to consider that they have to solve their problems by themselves, thus they didn't seek professional help. Both, women and men, didn't seek mental health aid when they considered that general physicians could help them. Experiences of third persons facilitated the access to mental health professionals for both, men and women, although the association was stronger for women.

Social obstacles were more likely to be responsable for not seeking professional mental help. In men, interference with working hours and the opinion of their boss prevented them from seeking professional help, while in women it was the opinion of family members and friends.

Key words: Depression, services utilization, attitudes.

Resumen

Durante 1995 se realizó un amplio estudio acerca de la morbilidad psiquiátrica en una muestra representativa de la población adulta en la ciudad de México. El presente informe se avoca a contestar la siguiente pregunta: ¿Qué características o circunstancias obstaculizan o facilitan la búsqueda y la obtención de atención especializada, entre las personas con episodios depresivos durante la vida?

En este trabajo, se tomó como variable dependiente el acceso a los servicios especializados como una medida objetiva y fáctica de la conducta de las personas con algún episodio depresivo en su vida, describiendo y evaluando la asociación, en términos del *Odds Ratio*, de las consecuencias del trastorno así, como de las actitudes, intenciones, opiniones, experiencias con terceras personas, accesibilidad y obstáculos en la búsqueda de atención especializada.

Del total de personas con episodios depresivos durante su vida y de acuerdo a los criterios diagnósticos de investigación de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10a edición, únicamente 13.9 de cada 100 enfermos acudieron con algún profesional de la salud mental. El patrón de búsqueda mostró diferencias por sexo y número de impedimentos reportados como consecuencia del trastorno, media-

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

*** Investigador del Departamento de Servicios de Salud de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*

**** University of California, Los Angeles.*

do por el estatus de afiliación a las instituciones de salud.

Los resultados mostraron que el acceso a una institución de salud en términos de afiliación y, principalmente, como un indicador económico indirecto, ha favorecido la búsqueda específica de atención especializada y la orientación sobre a dónde acudir.

Se identificaron algunas diferencias por sexo, respecto a las intenciones y actitudes, siendo los hombres los que mayor disposición tenían para expresar sus problemas personales con un profesional, mostrando una asociación con la demanda de los servicios, mientras que las mujeres se mostraron más reservadas al respecto. Ambos coincidieron en que si evalúan sus problemas como más personales no los comentarían con un profesional y en consecuencia no acudirían a consulta especializada.

Asimismo, se identificaron diferencias de opinión por sexo, destacando la de las mujeres que respondieron, en su mayoría, que ellas mismas deberían resolver sus problemas y por lo tanto no demandarían servicios especializados. Ambos coincidieron en que si los médicos familiares son de gran ayuda, no pedirían consulta especializada.

Las experiencias con terceras personas en ambos sexos, aunque más en las mujeres, contribuyeron al acceso de los servicios más fácilmente, tal y como se demostró en un estudio de actitudes en el que este tipo de experiencias favorecieron una actitud más positiva respecto al enfermo y a la enfermedad.

Finalmente, los obstáculos sociales, el trabajo y la opinión de los jefes para los hombres, y de familiares y amigos en las mujeres, se mostraron como las barreras principales para la búsqueda de atención especializada.

Palabras clave: Depresión, utilización de servicios, actitudes.

Introducción

La depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que afectan a la población en todo el mundo (3,4,7,13,15,16,22,24,28). De acuerdo a un reciente estudio, 9.1 % de los adultos de la población urbana en México había presentado un episodio depresivo (5) que trajo consigo una amplia gama de repercusiones tanto para el individuo afectado como para las personas en su entorno (6,20).

A pesar de que en los últimos años se han realizado diversos estudios acerca de la utilización de los servicios de salud por parte de la población general con trastornos psiquiátricos, sólo unos cuantos han informado cifras en relación a trastornos específicos como la depresión (18,25).

Medina-Mora y cols. utilizando el CES-D y las escalas de desesperanza y riesgo suicida, incluidas en la encuesta nacional de salud mental, realizada en población adulta urbana de la República Mexicana en 1988, encontraron que 54 % de los individuos con sintomatología depresiva en el mes anterior a la encuesta, había buscado ayuda con amigos y familiares, 14.8 % utilizó automedicación y remedios domésticos, 10 % había buscado ayuda con sacerdotes y sólo un 5 % había acudido a los servicios de salud general y mental (20).

Aunque los resultados son acerca de una muestra de población urbana a nivel nacional, los contextos subculturales, la información y la opinión obtenida acerca de las enfermedades mentales y de los servicios para su atención, ciertamente, pueden diferir. Asimismo, la disponibilidad de servicios de salud mental y el acceso a éstos no era el mismo a lo largo de nuestro país (27) por lo que los hallazgos no se pueden generalizar y por lo tanto, son cuestionables para poder evaluar la utilización de los servicios de salud.

Desde la perspectiva de la salud pública, la información general que existe acerca de las tasas de los trastornos y la utilización de los servicios de salud es indispensable hacer una revisión cuidadosa para la planeación y la evaluación de éstos. Así, durante la planeación del proyecto de investigación del cual este informe forma parte, se contempló que la información fuese útil para los programas y las acciones en el ámbito de la salud mental de la población, con la finalidad de completar y actualizar la información previa al respecto (26).

La búsqueda de ayuda profesional representa un intrincado proceso que depende y se ve influido por el tipo de diagnóstico, la persistencia y la severidad de los síntomas, la sensibilidad y la percepción de conflictos y síntomas, impedimentos físicos y sociales resultantes de los síntomas; así como características sociodemográficas, actitudes familiares e historia, redes sociales, factores de personalidad, ganancia secundaria en el rol de enfermo, información y conocimientos médicos, disponibilidad y accesibilidad a instituciones y servicios, actitudes hacia estos últimos y las formas de enfrentamiento ante los problemas (19). Todo ello fue incluido en el estudio, aunque para este informe solamente abordaremos algunos.

La disponibilidad de recursos y las determinantes en su utilización, son componentes del estudio de la accesibilidad. Este estudio ha sido enfocado de diferentes maneras de acuerdo a sus alcances (9). Para el presente trabajo utilizamos el concepto restringido, en el que, el análisis se centra en aquellos factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de ayuda médica ante cierta necesidad de atención. Aday y Andersen (1) han señalado que el acceso se mide mejor mediante la observación del comportamiento de las personas, es decir, del uso que realmente hacen de los servicios de salud. De esta forma, además de contar con tasas específicas para cada trastorno, la información se complementa con datos acerca de los condicionantes perceptivos y actitudinales de las personas afectadas.

El problema se formuló así: ¿Qué características o circunstancias obstaculizan o facilitan la búsqueda y obtención de atención especializada entre las personas con episodios depresivos en la vida?

Durante 1995 en la ciudad de México se realizó el estudio epidemiológico más amplio y comprensivo realizado en nuestro país, acerca de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población general.* Entre sus objetivos principales se buscó tener una estimación de la prevalencia durante la vida y en los últimos 12 meses, de los principales trastornos psiquiátricos de la población adulta entre 18 y 64 años, identificando y estudiando el proceso de búsqueda de ayuda o la ausencia de ésta, de acuerdo a la patología presentada.

Para este trabajo se abordará la prevalencia de

* Proyecto: Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México.

episodios depresivos durante la vida y se analizará la asociación que hay entre la búsqueda de ayuda especializada y la opinión expresada de la población acerca de las variables relevantes que existen para este proceso.

Material y métodos

La información procede de una encuesta de hogares de la ciudad de México, excluyendo a la zona conurbada. La población blanco fueron las personas entre 18 y 64 años que vivían permanentemente o de manera temporal en los hogares de las 16 delegaciones políticas de la ciudad. El diseño de la encuesta fue polietápico y estratificado por sexo y por la disponibilidad de los servicios de salud mental que hay en las delegaciones. Dos dominios fueron definidos con base en la existencia de dichos servicios: 8 delegaciones con servicios de salud mental y 8 sin ellos.

La unidad primaria de muestreo fueron las Areas Geoestadísticas Básicas (AGEB) definidas para el XI Censo General de Población de 1990. En la segunda etapa de muestreo, de cada AGEB se eligieron 6 manzanas con igual probabilidad, obteniéndose un total de 288 manzanas para cada dominio. Se realizaron croquis detallados de cada manzana identificando claramente los hogares en cada una. Estos segmentos representaron la tercera unidad de muestreo en la que por muestreo sistemático se eligieron 576 segmentos de cada dominio. La probabilidad de selección en la tercera etapa dio como resultado una muestra auto-ponderada para cada segmento incluido por dominio. Se levantaron los cuestionarios de *hogar* de todos los que estaban incluidos en cada segmento, asegurando de esta manera que la probabilidad de selección de cada uno fuese igual a la del segmento, resultando una muestra auto-ponderada dentro de cada dominio. En la última etapa de muestreo, un sujeto adulto de cada *hogar* fue elegido aleatoriamente y sin reemplazo, buscando obtener igual número de hombres y mujeres del total de hogares elegidos; los valores de los factores de expansión se obtuvieron al final de la etapa de campo del proyecto.

Para la investigación se eligió el CIDI (24), en su versión modificada por la Universidad de California en Fresno (2) que, por una parte, retorna la experiencia acumulada con el UM-CIDI utilizado por Kessler en la Encuesta de Comorbilidad a nivel nacional en los Estados Unidos (16,17), e incorpora preguntas para precisar mejor los criterios diagnósticos del DSM-III-R así como para evaluar los criterios diagnósticos del DSM-IV. Asimismo, dado el interés específico que existe por investigar la utilización de los servicios, formales e informales, en la población méxico-americana y mexicana migrante por parte del proyecto de la citada Universidad y que es compartido por nosotros en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, acerca de la población en la ciudad de México, el CIDI-Fresno incorporó una extensa y pormenorizada sección de preguntas para cada entidad diagnostica investigada. En la traducción del instrumento, llevada a cabo por el equipo de investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, se respetó la traducción original oficial del CIDI 1.1 así como el contenido de todos los reactivos necesarios para realizar un diagnóstico de acuerdo a los criterios de investigación de la CIE-10 (30) incluidos en el instrumento.

Para nuestro estudio, se diseñó un programa de captura de la información en CA-Clipper 5.2 siguiendo los diferentes saltos delimitados en las diferentes secciones del instrumento y de acuerdo a las respuestas obtenidas en cada cuestionario. La información fue almacenada en archivos con formato DBF para facilitar su manejo ulterior. Los algoritmos para cada entidad diagnóstica han sido construidos siguiendo estrictamente los criterios de investigación de la CIE-10, utilizando el mismo programa así como el SPSS y el programa EPI-INFO 5 (8) para el manejo y el análisis de los datos.

Los criterios diagnósticos para estimar la prevalencia de episodios depresivos durante la vida, fueron los asentados en la CIE-10, excluyendo a los sujetos con respuestas positivas en las preguntas básicas sobre todo por la posible presencia de distimia y que serían estudiados independientemente. Por otra parte, no se contemplaron a los trastornos mentales orgánicos ni a las psicosis delirantes ya que esas secciones diagnósticas no fueron incluidas en el instrumento. Sin embargo, se precisó que en caso de la presencia de los síntomas, éstos no hubieran sido resultado de enfermedades físicas, ni de medicamentos, drogas o alcohol.

Como ya fue mencionado, el CIDI-Fresno incorporó una serie de preguntas no incluidas en el WHO-CIDI 1.1, en el que en algunos casos fue completada la información clínica, añadiendo información relevante acerca de la búsqueda de ayuda, de los impedimentos asociados a la presencia del trastorno y al empleo de diferentes medios para lidiar con la enfermedad. Estos aspectos fueron clasificados independientemente del sistema de clasificación al que pertenecieran, DSM-III-R o DSM-IV, y aplicados a los resultados siguiendo a la CIE-10.

En una de las secciones de la encuesta, posterior a las secciones clínicas, se incluyeron una serie de preguntas acerca de las opiniones que hay sobre los profesionales y los servicios de salud mental, así como de experiencias con personas conocidas por el entrevistado. Asimismo, otra serie de preguntas respondió acerca de los obstáculos que existen para la búsqueda y la obtención de ayuda, incluyendo aspectos económicos, de transporte, de compañía, de tiempo, de cercanía y de la opinión de personas importantes para el entrevistado. Para cada pregunta se calculó el *Odds Ratio* como medida de asociación entre el aspecto investigado y la utilización de servicios de salud mental. También, se consideró como un indicador de accesibilidad la afiliación de los entrevistados a alguna institución de salud.

Resultados

La fase en la que se llevaron a cabo las entrevistas en campo, se realizó entre junio 28 y noviembre 15 de 1995. De un total de 3200 personas elegibles se ob-

tuvieron 1937 entrevistas completas. La no respuesta obedeció en un 33 % a los informantes a quiénes no fue posible localizarlos a pesar de visitas repetidas (al menos 4) en diferentes días y horas. Sin embargo, sólo 8 % de los informantes localizados se rehusaron a la entrevista. La representatividad de la muestra auto-ponderada por género y grupo etario en comparación a las cifras del censo poblacional de 1990 aparece en el cuadro 1.

La tasa de prevalencia de episodios depresivos durante la vida sin excluir al trastorno bipolar, representó 8.3 por cada 100 habitantes de la ciudad de México entre 18 y 64 años. Las tasas específicas por género mostraron un claro predominio de las mujeres (cuadro 1).

Del total de personas con episodios depresivos en su vida, únicamente 13.9 de cada 100 enfermos acudieron con algún profesional de la salud mental, y un poco más de la mitad, 56.6 %, informaron estar afiliados a una institución de salud. Ahora bien, es importante resaltar que las tasas de personas con episodios depresivos de acuerdo al sexo y a la afiliación fueron semejantes (cuadro 2).

En relación al número de impedimentos experimentados por las personas como resultado del trastorno, en el cuadro 3 se aprecia que a mayor número de ellos, mayor es la demanda, sin embargo, en la población no afiliada, la demanda de consulta especializada en los hombres se concentró en aquéllos con mayor número de impedimentos, mientras que, entre los afiliados predominó en aquéllos con menos impedimentos. Estos datos también nos indican acerca de la oportunidad de acceso a los servicios especializados, denotando una mayor prontitud en la población afiliada, especialmente masculina, y una tendencia similar se observa en las mujeres, aunque menos pronunciada.

La asociación de la demanda real de atención especializada con las respuestas a las preguntas relacionadas con la accesibilidad, expresadas en términos del *Odds Ratio* con intervalos de confianza del 95 %, se presentan en el cuadro 4.

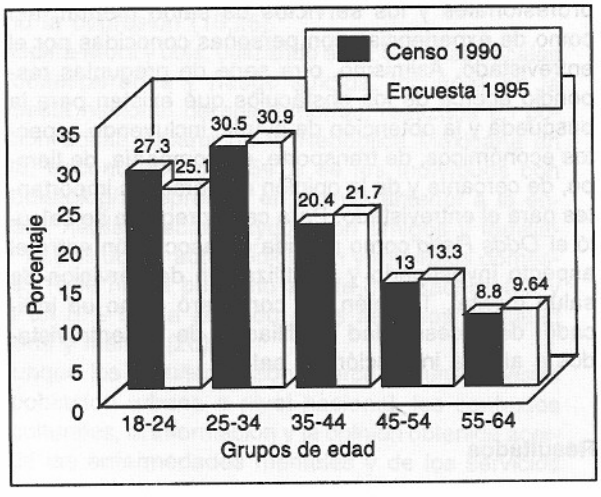

Figura 1. Comparación de las pirámides de población según la Encuesta de Morbilidad Pisquiátrica en la ciudad de México (1995) y el XI Censo General de Población y Vivienda (1990).

CUADRO 1
Episodios depresivos
prevalencia en la vida tasas /100

	Muestra	*No. de casos*	*Tasa*
Hombres	1142322	63609	5.60
Mujeres	1494304	154338	10.30
Total	2636626	217947	8.30 .

CUADRO 2
Prevalencia de episodios depresivos
por sexo y afiliación

E. Depresivos	*Afiliados*	*No Afiliados*
Hombres (n = 63,609)	14.7	14.4
Mujeres (n = 154,338)	36.0	34.9

Tasa/100

Es claro que tanto hombres como mujeres saben a donde acudir y esto se asoció con la demanda de la consulta. El contar con transporte facilita el acceso para ambos y el estar afiliado a una institución determina una mayor fuerza de asociación con el acceso a los servicios especializados en el caso de los hombres. Por otra parte, las diferencias entre ambos sexos se manifiestan en que para acudir a los profesionales de salud mental el ir acompañados es un factor importante para las mujeres pero no para los hombres, así como la disposición que hay para acudir a un centro de tratamiento a pesar de no estar cerca de su casa.

La asociación de la demanda real de atención especializada con las respuestas a las preguntas acerca de las actitudes e intenciones de las personas aparecen en el cuadro 5.

Es interesante hacer notar que ante el reconocimiento de problemas emocionales, los hombres acuden en su mayoría a solicitar ayuda profesional, y también a platicar de sus problemas personales, aunque ni los hombres ni las mujeres platicarían de los problemas más personales. Este último hallazgo quizás refleje la percepción de la población en cuanto a la naturaleza de los episodios depresivos, pero también puede ser indicativo de una forma de ser en general. En uno u otro caso, si las personas consideran que lo que ocasiona su trastorno es algo de carácter muy personal, no acuden a consulta especializada.

La asociación de la demanda real de atención especializada con las respuestas a las preguntas de opinión de las personas entrevistadas aparecen en el cuadro 6. En las preguntas marcadas con (*), la asociación se midió en sentido negativo, esto es, ante la afirmación se buscó la asociación con la no búsqueda de atención especializada.

Los resultados muestran, que tanto los hombres como las mujeres que buscaron ayuda especializada, opinaron que la gente debería buscarla para resolver sus problemas emocionales. Asimismo, en ambos sexos, si opinan que los médicos familiares pueden ser de gran ayuda no acuden a ver especialistas. Por otra parte, las mujeres cuya opinión es que los sacerdotes o ministros son igualmente útiles para hablar de sus problemas emocionales, esto no les

CUADRO 3
Consultas especializadas por número de impedimentos y afiliación

Sexo	*Afiliación*	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*Total*
Hombres (n = 9173)	Sí	8.43	19.61	7.15	12.67	6.93	0.00	54.81
	No	7.15	0.00	0.00	0.00	0.00	38.03	45.18
Mujeres (n = 21146)	Sí	0.00	6.63	13.95	0.00	3.35	33.19	57.09
	No	0.00	0.00	0.00	9.63	10.32	22.93	42.90

Tasa/100 consultantes deprimidos

CUADRO 4
Asociación entre demanda real y accesibilidad*

		Hombres			*Mujeres*		
		LI[1]		LS[2]	LI[1]		LS[2]
N27.	¿Está usted afiliado(a) a algún servicio de salud u otra ayuda médica?	2.54	**2.81**	3.11	1.73	**1.78**	1.84
	¿Si necesitara ayuda para un problema emocional o de salud mental, usted ...						
N39a.	... sabría dónde obtener ayuda o tratamiento?	27.44	**31.06**	35.16	51.07	**55.04**	59.32
N39b.	... tendría transporte para ir a ese lugar?	1.08	**1.20**	1.33	2.73	**2.85**	2.98
N39c.	... tendría con quién ir?	0.41	**0.47**	0.53	8.09	**8.79**	9.54
N45.	¿Acudiría a un centro de tratamiento para la salud mental aunque no estuviera cerca de su casa?	0.72	**0.80**	0.89	1.67	**1.78**	1.89

* Intervalos de confianza 95%
1 LI límite inferior
2 LS límite superior

CUADRO 5
Asociación entre demanda real y actitudes e intensiones*

		Hombres			Mujeres		
		LI[1]		LS[2]	LI[1]		LS[2]
N35.	¿Si tuviera un problema emocional serio ¿acudiría a un profesional para que lo ayude?	3.37	**3.80**	4.28	2.22	**2.36**	2.51
N36.	¿Que tan a gusto se sentiría de platicar acerca de sus problemas personales con un profesional?	4.21	**4.65**	4.15	1.46	**1.55**	1.65
N42.	¿Si buscara ayuda, cree que un profesional de la salud mental podría entender el tipo de problemas que puediese tener?	1.70	**1.87**	2.06	1.25	**1.33**	1.41
N43.	¿Podría hablar de sus problemas más personales con un profesional de la salud mental?	0.21	**0.24**	0.27	0.23	**0.25**	0.27

* Intervalos de confianza 95%
1 LI límite inferior
2 LS límite superior

impide consultar a un profesional de la salud mental, no así en los hombres, que en ese caso no acuden. Es interesante resaltar que las mujeres que consideran que los problemas emocionales o mentales deben ser resueltos por uno mismo, efectivamente, no acudieron a solicitar ayuda especializada, no así los hombres, que a pesar de tener esa opinión, sí consultaron a los especialistas. Sin embargo, a pesar de haber expresado la opinión de que la calidad de los servicios a los que se podría acudir es la adecuada, esto no se asoció con la búsqueda de ayuda, en cambio para las mujeres sí fue un factor asociado con la demanda.

La asociación de la demanda real de atención especializada con las respuestas a las preguntas acerca de las experiencias de terceras personas aparecen en el cuadro 7.

Las experiencias con terceras personas en general se asociaron con la demanda de la atención, especialmente en la mujeres. El sugerir a otro que buscara tratamiento en el caso de los hombres no se asoció con la búsqueda de ayuda para sí.

Finalmente, la asociación de la demanda real de atención especializada con las respuestas a las preguntas acerca de situaciones obstaculizantes aparecen en el cuadro 8.

CUADRO 6
Asociación entre demanda real y opiniones de los entrevistados*

		Hombres			*Mujeres*		
		LI[1]		LS[2]	LI[1]		LS[2]
N40.	¿Considera que la gente debería buscar ayuda profesional para problemas emocionales o mentales?	ningún	**no;**	81% acudió	150	**160**	170
N41.	¿Siente que la mayoría de los médicos familiares pueden ser una gran ayuda para los problemas de salud mental?(*)	12.87	**14.37**	16.05	2.52	**261**	271
N47.	Si tuviera un problema emocional o de salud mental, ¿piensa que sería igualmente útil hablar con un sacerdote, ministro o rabino que conun especialista de la salud mental¿(*)	6.01	**6.78**	7.65	0.87	**0.91**	0.95
N52.	¿Cree que siempre debería resolver por usted mismo sus problemas emocionales o de salud mental?(*)	0.87	**0.97**	1.07	28.47	**29.95**	31.51
N53.	De los servicios de salud mental a los que podría acudir, ¿qué nivel de calidad piensa que tienen?	0.36	**0.40**	0.46	1.36	**1.42**	1.48

* Intervalos de confianza 95%
[1] LI límite inferior
[2] LS límite superior

CUADRO 7
Asociación entre demanda real y experiencias de terceras personas

		Hombres			*Mujeres*		
		LI[1]		LS[2]	LI[1]		LS[2]
N54.	¿Alguna vez conoció a alguien a quien considerara con un problema emocional o de salud mental?	2.27	**2.62**	3.02	13.34	**14.00**	14.70
N55.	¿Alguna vez usted le sugirió a alguien que deberían buscar tratamiento para un problema emocional o de salud mental?	0.48	**0.54**	0.61	4.57	**4.74**	4.93
N56.	¿Alguna vez conoció a alguien que estuviera en tratamiento con un profesional de la salud mental?	1.05	**1.19**	1.36	16.26	**16.96**	17.69

* Intervalos de confianza 95%
[1] LI límite inferior
[2] LS límite superior

Resalta que en las preguntas relacionadas con las opiniones de la familia, tanto en hombres como en mujeres evitaron dar una respuesta afirmativa, sin embargo la conducta de demanda de los servicios fue diferente, evidenciando que dichas opiniones pesan más como impedimentos en las mujeres que en los hombres. En éstos, los obstáculos relacionados con el horario de trabajo y la opinión de sus jefes fueron los que impidieron la búsqueda de ayuda especializada.

Discusión

La prevalencia durante la vida de episodios depresivos en la población adulta de la ciudad de México fue menor a la reportada en estudios recientes, con similar metodología, en los Estados Unidos y en Chile aunque estos resultados han sido con base en el DSM-III-R, sin embargo, son similares a los encontrados en estudios previos en México (5) así como en otros países (4,22) y con los resultados de las Areas de Captación Epidemiológica en los Estados Unidos. Una discusión más a fondo de estas diferencias se realizará en otro informe. No obstante, es importante resaltar que al igual que en la mayoría de los estudios, la razón de prevalencia entre hombres y mujeres fue similar 1.8, predominando en las mujeres.

La población afiliada a una institución de salud representó 57.1 % de la muestra, dato que está acorde con las cifras oficiales que existen al respecto y constituye un indicador indirecto del estatus socioeconómico de la población. En ese sentido la preva-

CUADRO 8
Asociación entre demanda real y obstáculos

		Hombres			*Mujeres*		
N39d.	Si tuviera que tomar tiempo de su trabajo u otras actividades evitaría ir a conseguir ayuda? (*)	11.14	**12.54**	14.11	1.47	**1.57**	167
N39e.	¿Evitaría conseguir ayuda por cualquier otra razón? (*)	nigún sí	**81%**	**acudió**	1.00	**1.07**	1.14
N44.	¿Piensa que el costo del tratamiento sería mayor de lo que podría pagar (si no tiene seguro social)? (*)	0.13	**0.15**	0.16	1.57	**1.63**	1.69
N48.	Si estuviese trabajando y su jefe supiera que está recibiendo tratamiento para su problema emocional o de salud mental, ¿cree que esto podría afectar su empleo? (*)	3.59	**3.96**	4.37	1.30	**1.36**	1.42
N49.	Si quisiera ir a tratamiento para un prcblema emocional o de salud mental, ¿se opondría alguien en su familia? (*)	ningún sí	**19.2%**	**no acudió**	ningún si	**70%**	**no acudió**
N50.	¿Se molestaría su familia si supiera que está recibiendo ayuda para un problema emocional o de la salud mental? (*)	ningún sí	**19.2%**	**no acudio**	ningún sí	**70%**	**no acudió**
N51.	¿Evitaría el tratamiento para un problema emocional o de salud mental porque sus amistades podrían saberlo? (*)	ningún sí	**19.2%**	**no acudió**	5.12	**5.57**	6.06

lencia de episodios depresivos durante la vida se distribuyó de manera similar, y la búsqueda de ayuda especializada, solamente fue ligeramente superior en la población afiliada. Estos resultados sugieren que la ocurrencia de los episodios depresivos se distribuyó equitativamente en la población en términos tanto de accesibilidad como de un indicador grueso de condiciones socioeconómicas.

La búsqueda de ayuda especializada presentó claras diferencias por sexo, especialmente en los hombres y por el estatus de afiliación. El total de los hombres sin afiliación informaron haber acudido con el psicólogo, mientras que entre los afiliados, 52 % acudió con psiquiatras y presentó menos impedimentos. Por otra parte, entre las mujeres afiliadas 81.3 % buscó ayuda con psicólogos. Estos resultados sugieren una marcada subutilización de los recursos de salud mental a nivel institucional, sin embargo, dado que los resultados se refieren a la prevalencia durante la vida, es preciso tomar en cuenta que la disponibilidad de los servicios de psiquiatría han sufrido cambios importantes de acuerdo al criterio tomado por las administraciones en diferentes momentos históricos. En este sentido otra forma ulterior de analizar los resultados de este estudio sería estableciendo cohortes para identificar posibles cambios en la utilización de los servicios a través del tiempo.

El hallazgo encontrado de que la mayor demanda en cuanto al tipo de profesionales consultados recayó en los psicólogos, quizás esto no deba tomarse *ad pedeum literae*, puesto que en la consulta particular muchos psiquiatras con formación psicoterapéutica probablemente fueron tomados como psicólogos sin serlo. En este sentido, las respuestas obtenidas quizás sean mayormente indicativas de que la atención especializada se ha buscado fuera de las instituciones. Por otra parte, en relación a la imagen que se tiene del psiquiatra y del psicólogo, un estudio de García (10) mostró que la diferencia entre la población se circunscribe al uso de medicinas por parte del psiquiatra y a que éste se relaciona con locos, y a la locura se le definió socialmente como un desequilibrio que genera angustia, miedo, desesperación y el que la padece es visto como tonto y anormal. Es quizás, con base en esta representación social tanto del recurso como de la enfermedad, que los individuos hayan elegido su búsqueda de atención y hayan dado su respuesta ante las preguntas de la encuesta. No obstante, la preferencia por el tipo de recurso seleccionado queda para investigarse más a fondo.

En la población masculina la evaluación de la calidad de los servicios a los que podría acudir no se asoció con la demanda, y por otra parte, el costo de los servicios no significó un impedimento. Estos resultados sugieren que en los hombres económicamente activos, la búsqueda de atención especializada se realiza con prontitud y no necesariamente en los servicios que proporcionan las instituciones. Este patrón puede explicarse en función de los obstáculos asociados a la no búsqueda de atención, principalmente por la repercusión que esto tiene en el trabajo (cuadro 8). Por otra parte, en los hombres no afiliados a las instituciones de salud, la búsqueda de atención especializada se polariza, siendo mayor en la medida en que el grado de impedimentos asociados ha llegado a su máxima expresión (cuadro 3).

Entre los aspectos asociados con la no búsqueda de atención especializada, resalta en ambos sexos, el no hablar de sus problemas más personales con un profesional. El aspecto incide en la conceptualización del problema depresivo y sus atribuciones para el acceso a los servicios especializados, puesto que en estudios previos, la búsqueda de ayuda se identificó principalmente en relación a amigos y familiares (20,26), y como consecuencia de la evaluación conjunta del problema resulta una forma de enfrentar la situación. En este sentido, para las mujeres pesa mucho la opinión de las personas que hay a su alrededor, según mostraron los resultados de este estudio (cuadro 8), mientras que en los hombres los obstáculos son la interferencia con el horario de trabajo y el que supieran sus jefes que están en tratamiento. En otras palabras, los resultados sugieren que el estigma social es la principal fuente de obstáculo para la búsqueda de atención especializada.

En relación a este último punto es interesante el resultado obtenido de que las mujeres fueron quienes en su mayoría respondieron que los problemas emocionales o de salud mental deben resolverlos por sí mismas, asociándose en consecuencia, con no haber acudido a buscar ayuda especializada (cuadro 6). Paradójicamente, en otro análisis de la información de este estudio, se evidenció que en concordancia con los informes de la bibliografía, las mujeres buscan más ayuda en general que los hombres, y emplean más remedios para lidiar con sus estados depresivos. En este sentido, es menester explorar con mayor detenimiento y detalle la información obtenida de este estudio. No obstante de acuerdo con los datos obtenidos hasta el momento, es importante resaltar que en la población no afilada a las instituciones, muchas mujeres consultaron con médicos generales de manera temprana, esto es, con menos impedimentos reportados, aunque en general, tanto hombres como mujeres no afiliados que consultaron al médico general lo hicieron con mayor número de impedimentos. Estos hallazgos, concuerdan con los reportes de estudios realizados en práctica médica general (21) en los que al menos una cuarta parte de los pacientes, principalmente mujeres, han sido detectadas con algún tipo de trastorno psiquiátrico y que más de las veces, corresponden a trastornos depresivos.

Al respecto, es importante hacer notar que tanto hombres como mujeres que respondieron que los médicos familiares son de gran ayuda para los problemas de salud mental, no asistieron a consulta especializada (cuadro 6). Estos datos indirectamente sustentan la hipótesis de que una porción significativa de la población con trastornos psiquiátricos, y en este caso con episodios depresivos durante la vida, es únicamente atendida por los médicos generales.

Es claro que un mismo trastorno no necesariamente produce el mismo estado subjetivo de enfermedad entre los individuos afectados, ni el mismo patrón de búsqueda de ayuda. En ésta participan factores diversos tales como creencias, estereotipos sociales, prejuicios, estigmas e intenciones. Una intención de comportamiento se refiere a la probabilidad subjetiva de que una persona realice cierto comportamiento. Las intenciones han sido consideradas como el componente connativo de la actitud. Esta última es un constructo hipotético, inaccesible a la observación directa, por lo que ha sido inferido a partir de respuestas medibles en tres áreas: afectiva, cognoscitiva y connativa. A diferencia de los estudios de actitudes en cuyos resultados se ha señalado que no siempre las respuestas obtenidas conducen a conductas activas de búsqueda de atención (11), en este trabajo, se tomó como variable dependiente el acceso a los servicios especializados como una medida objetiva y fáctica de la conducta de las personas con algún episodio depresivo en su vida, y se ha mostrado y evaluado la asociación de las consecuencias del trastorno, así como de las actitudes, intenciones, opiniones, experiencias con terceras personas, accesibilidad y obstáculos en la búsqueda de atención especializada.

Se ha mostrado cómo la accesibilidad en términos de afiliación a una institución de salud y principalmente como un indicador económico indirecto, ha favorecido la búsqueda específica de atención especializada y el conocimiento de a dónde acudir.

Se identificaron algunas diferencias por sexo respecto a intenciones y actitudes, siendo los hombres los que mayor disposición tienen para platicar sus problemas personales con un profesional mostrando una asociación con la demanda de los servicios, mientras que las mujeres se mostraron más reservadas al respecto. Ambos coincidieron en que si evalúan sus problemas como más personales no los comentarían con un profesional y consecuentemente, no acudirían a consulta especializada.

Asimismo, se identificaron diferencias de opinión por sexo, destacando que las mujeres en su mayoría respondieron que ellas mismas deberían resolver sus problemas y por tanto no demandarían servicios especializados. Ambos coincidieron en que si los médicos familiares son de gran ayuda, no demandarían consulta especializada.

Las experiencias con terceras personas, en ambos sexos, aunque más en las mujeres, contribuyeron al acceso de los servicios médicos, tal y como lo demostró un estudio de actitudes en el que este tipo de experiencias favorecían una actitud más positiva respecto al enfermo y a la enfermedad, pero no en cuanto al psiquiatra (11).

Finalmente, los obstáculos sociales, el trabajo y la opinión de los jefes para los hombres, y de familiares y amigos en las mujeres, se mostraron como las barreras principales para la búsqueda de atención especializada.

Agradecimientos

Este estudio se llevó a cabo gracias al financiamiento de CONACYT proyecto número 2077-H9302.

La participación de Antonio Polo Dayan fue gracias al financiamiento del Nacional Institute of Health, Fogarty International Center, Minority International Research Grant a través de la University of California, Los Angeles-Instituto Mexicano de Psiquiatría (TW 00061).

REFERENCIAS

1. ADAY IA, ANDERSEN RA: Framework for the study of access to medical care. *Health Serv Research*, 9:208-220, 1974.
2. AGUILAR-GAXIOLA S, VEGA W, PEIFER K, GRAY T: Development of the Fresno Composite International Diagnostic Interview. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley, *Institute for Mental Health Services Research*, abril, 1995.
3 BLAZER DG, KESSLER RC, MCGONAGLE KA, SWARTZ MS: The prevalence and distribution of major depression in a nacional community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151:979-986, 1994.
4. CANINO GJ, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M, GUEVARA LM: The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44:727-735, 1987.
5. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VIILLATORO J, GOMEZ M, MARTINEZ NA: Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21, 1996.
6. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, RASCON ML: La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2):56-60, 1994.
7. CROSS-NATIONAL COLLABORATIVE GROUP: The changing rate of major depression: cross-national comparisons. *JAMA*, 268:3098-3105, 1992
8. DEAN AG, DEAN JA, BURTON AH, DICKER RC: *Epi Info, Version 5: a Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers*. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.
9. FRENK J: El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica de México*, 27(5):438-453, 1985.
10. GARCIA SS, ANDRADE PP: El significado psicológico y social de la salud y enfermedad mentales. *Salud Mental*, 17(1): 32-44, 1994.
11 GARCIA SS: Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra. *Acta Psiquiat y Psicol Amer Lat*, 39(2):159-168, 1993.
12. HOUGH RL, LANDSVERK JA, KARNO M, BURNAM A, TIMBERS DM, ESCOBAR JI, REGIER DA: Utilization of health and mental health services by Los Angeles Mexican Americans and non-hispanic whites. *Arch Gen Psychiatry*, 44:702-709, 1987
13. KARNO M, HOUGH RL, BURNAM MA, ESCOBAR JI, TIMBERS DM, SANTANA F, BOYD JH: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*, 44:695-701, 1987.
14. KESSLER RC, BROWN RL, BROMAN CL: Sex differences in psychiatric help-seeking. Evidence from four large scale surveys. *J Health Soc Hehav*, 22:49-64, 1981.
15. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, SWARTZ MS, BLAZER DG, NELSON CB: Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*, 29:85-96, 1993.
16. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S, WITTCHEN HU, KENDLER KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatric*, 51:8-19, 1994.
17. KESSLER RC: The UM-CIDI vs. the CIDI. Unpublished manuscript, The University of Michigan, Institute for Social Research, Survey Research Center, Ann Arbor, 1992.
18. MARTINEZ RE, RODRIGUEZ SM, BRAVO M, CANINO G, RUBIO-STIPEC M: Utilización de servicios de salud en Puerto Rico por personas con trastornos mentales. *PR Health Sci*, 10(1):39-42, 1991.
19. MCKINLAY JB: Some approaches and problems in the study of the use of services. An Overview. *J Health Soc Behav*, 13:115-152, 1972.
20. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA ER, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO VJ, CARAVEO AJ, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3:48-55, 1992.
21. PADILLA GP, PELAEZ O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*, 8(3):66-72, 1985.
22. PAYKEL ES: Depression in women. *Brit J Psychiatry*, 158(suppl. 10):22-29, 1991.
23. RIOSECO P, ESCOBAR B, VICENTE B, VIELMA M, SALDIVIA S, CRUZAT M, MEDINA E, CORDERO ML, VICENTE M: Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatría (Chile)*, XI(4):186-193, 1994.
24. ROBINS LN, WING J, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, FARMER A, JABLENSKI A, PICKENS R, RGIER DA, SARTORIUS N, TOWLE LH: The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
25. SHAPIRO S, SKINNER EA, KESSLER LG, VAN KORFF M, GERMAN PS, TISCHLER GL, LEAF PJ, BENHAM L, COTTLER L, REGIER DA: Utilization of health and mental health services, three epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41:971-978, 1984.
26. SOLIS L, MEDINA-MORA ME: La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas Nacionales. *Salud Mental*, 17(1):7-10, 1994.
27. TOVAR AH: La atención a la salud mental de la población abierta. *Psiquiatría 2a. época*, 3(2):107-120, 1987.
28. VICENTE B, RIOSECO P, VIELMA M, URIBE M, BOGGIANO G, TORRES S: Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría (Chile)*, IX(1):1059-1060, 1992.
29. VIELMA M, VICENTE B, RIOSECO P, ESCOBAR B, SALDIVIA S, CRUZAT M, MEDINA E, VICENTE M: Utilización de los servicios de salud en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatría (Chile)*, XI(4):203-210, 1994.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, Ginebra, 1993.