

Los trastornos afectivos en la población rural*

V. Nelly Salgado de Snyder**
Ma. de Jesús Díaz-Pérez**

Summary

Poverty is the most important contextual factor in rural Mexico that contributes to the development of a particular way of life or culture. It is conceptualized as a state of need characterized by the lack of the indispensable to sustain life. According to recent estimates, over one half of the inhabitants of Mexico remain in conditions of poverty and extreme poverty. This phenomenon affects mostly the states and regions of Mexico that have a larger concentration of people in rural areas working in the agriculture. Other factors that contribute to the development of such a culture in the rural context are: geographical isolation, traditional gender roles, low educational level, large-size families, unemployment or underemployment, labor migration to nearby cities or to the United States, and in general, lack of access to public goods and services.

Data reported here are part of a major research project for the purpose of determining life-time and last-year's prevalence of some mental disorders, their cultural interpretation and manifestation as well as the utilization of mental health services among rural inhabitants of the state of Jalisco. In this paper the life-time prevalence of three affective disorders: major depression, dysthymia and *nervios*, and the utilization of health and mental health services for the solution of these problems is reported.

Method: Data collection took place in 1996-1997 with a random sample selected through a multistage, stratified design of two regions of the state of Jalisco, Mexico. A total of 945 adults residing in 33 rural communities of less than 5,000 inhabitants participated in this study; 442 males and 503 females. The age of the participants ranged between 15 and 89 years.

The Fresno version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) was used to assess the life-time prevalence of major depression and dysthymia, according to the diagnostic criteria of the CIE-10. The other problem assessed was the illness condition known as *nervios*, which is not a diagnostic category included in the modern systems of illness classification, but it is the only mental illness, as such acknowledged, by the majority of the rural inhabitants of Mexico.

Results: In the general population we found a life-time prevalence of depression of 6.2%. This condition is more prevalent among women (9.1%) than among men (2.9%). As for dysthymia, for the general population the life-time prevalence was 3.4%. Again, we observed a higher prevalence among women (5.2%) than among men (1.4%). Based on self-report, the life-time prevalence of *nervios* for the general population was 15.4%. The prevalence of *nervios* was higher among females (20.8%) than among males (9.5%). Finally, regarding the use of services, we found that self-care, such as the use of medica-

tion and home remedies, *limpias*, baths, tisane and infusions were the behaviors reported with higher frequency for the relief of the symptomatology associated with the three affective disorders reported here. Physicians were the formal service providers consulted more frequently to alleviate these conditions.

Key words: Depression, "*nervios*", service-utilization, rural services, Mexico.

Resumen

La pobreza es indudablemente el factor contextual más importante en las áreas rurales de México que contribuye al desarrollo de una cultura propia, y se considera como un estado de necesidad determinado por la carencia de lo indispensable para el sustento de la vida. De acuerdo con datos recientes, más de la mitad de la población mexicana se encuentra en condiciones de pobreza y pobreza extrema y este fenómeno afecta eminentemente a los estados y regiones de México que presentan una mayor concentración de la población en las zonas rurales que se dedican a labores agropecuarias o que son indígenas. Otros factores que contribuyen al desarrollo de una cultura propia en el medio rural son: aislamiento geográfico, roles de género sumamente tradicionales, bajo nivel educativo, familias numerosas, desempleo o subempleo, emigración laboral a ciudades cercanas o a Estados Unidos y, en general, la falta de acceso a bienes y servicios sociales.

Los datos que aquí se reportan forman parte de una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de por vida y en el último año de algunos trastornos mentales, su interpretación sociocultural y su manifestación, así como la utilización de servicios de salud mental entre los pobladores rurales del estado de Jalisco. En este trabajo se reportan únicamente las prevalencias de por vida de la depresión mayor, la distimia y los "*nervios*" así como el uso de los servicios de salud o salud mental para aliviar estos problemas.

Método: Esta investigación se llevó a cabo durante 1996-1997 con una muestra aleatoria seleccionada a través de un diseño multietápico, estratificado, en dos regiones del estado de Jalisco, México, una de alta y otra de baja emigración a los Estados Unidos. Fue un total de 945 adultos residentes de 33 comunidades rurales de menos de 5000 habitantes quienes participaron en este estudio, 442 hombres y 503 mujeres. La edad de los participantes tuvo un rango de 15 a 89 años.

En este estudio se utilizó la versión Fresno del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) para investigar la prevalencia de por vida de la depresión mayor y la distimia de acuerdo a los criterios diagnósticos del CIE-10. También se evaluó la enfermedad conocida popularmente como *nervios*, la cual no es una categoría diagnóstica incluida en los sistemas modernos de clasificación de las enfermedades, pero es la única enfermedad mental así conocida por la mayoría de los pobladores rurales de México.

Resultados: En la población general encontramos una prevalencia de por vida de depresión de 6.2%. Entre las muje-

*Proyecto financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, Proyecto número 4257-H9406).

**División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Deleg. Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F. Correo electrónico: salgadvn@imp.edu.mx

res, esta condición se observa con mayor frecuencia (9.1%) que entre los hombres (2.9%). Con relación a la distimia, para la población general la prevalencia de por vida fue de 3.4%. Nuevamente, observamos una mayor prevalencia entre las mujeres (5.2%) que entre los hombres (1.4%). Basada en un autorreporte, la prevalencia de por vida de *nervios* para la población fue de 15.4%. La prevalencia de *nervios* fue más alta para las mujeres (20.8%) que para los hombres (9.5%). Finalmente, en relación con el uso de servicios, encontramos que los autocuidados, como el uso de medicamentos y remedios caseros, limpias, baños, tisanas o infusiones, fueron las conductas reportadas con mayor frecuencia para el alivio de los síntomas asociados con estos tres padecimientos. El médico fue el prestador de servicios formales de salud que con mayor frecuencia consultaron los entrevistados para aliviar sus padecimientos.

Palabras clave: Depresión, "nervios", servicio rural, México.

En el medio rural mexicano, la pobreza es, sin lugar a dudas, el factor contextual que tiene el mayor impacto en el estilo de vida de sus pobladores. En general, sabemos que la pobreza es un estado de necesidad determinado por las carencias de lo indispensable para el sustento de la vida (7), es por ello que se considera como un marcador social que limita el acceso al bienestar general y tiene un impacto negativo en las personas a ella expuestas. Según estimaciones recientes (19), la proporción de pobres e indigentes en relación con el total de la población, es mayor en el campo mexicano que en la ciudad: 76.1 % vs 49.6% en estado de pobreza y 52.9% vs 20% en pobreza extrema. Otros reportes sugieren que la mayoría de la población extremadamente pobre en México, vive en zonas de alta ruralidad (Levy, 1991).

La diversificación laboral en el campo mexicano ha obligado a muchos a dedicarse a otras labores pasando a ser secundario el trabajo de la agricultura. Un gran número de campesinos ahora se ha integrado a la industria incipiente como obreros no calificados, que se desarrolla en comunidades cercanas y que están más urbanizadas. Emigran a las grandes ciudades, o se integran a la emigración laboral a los Estados Unidos (4). Este último, es un proceso que se observa desde hace ya muchas décadas, sobre todo entre los hombres rurales de la zona centro-occidental del país, concretamente en los estados de Jalisco, Michoacán, Guanajuato y Zacatecas (16). Las mujeres rurales, por su parte, se dedican casi exclusivamente a labores del hogar, aunque muchas de ellas también generan ingresos en el sector de la economía informal: lavando y planchando ropa ajena, en la venta de alimentos preparados, y en el bordado y tejido (12).

Resultados de estudios que se han centrado en el ámbito rural del estado de Jalisco, sugieren que la emigración a los Estados Unidos es un factor de riesgo para los habitantes de las comunidades rurales en donde esta conducta se ha institucionalizado (21,22,26). Si bien, por un lado, el dinero que envía el emigrante contribuye a solucionar las carencias económicas de la familia que se queda, por otro, la ausencia del hombre provoca problemas psicológicos y sociales entre los miembros de la unidad familiar (14,26).

Los pobladores rurales de México en general tienen una escolaridad baja y las familias son en su mayoría

numerosas. En algunas familias los niños van a la escuela, en otras se integran a la economía informal a través del trabajo en ranchos cercanos. A pesar de que existen escuelas en muchas localidades rurales, un gran número de niños no va, debido a los costos del transporte, la ropa, el calzado, los útiles escolares, la inscripción y las cuotas de mantenimiento de la escuela, los cuales no pueden ser solventados para todos los hijos debido al contexto de pobreza en el que viven. Al finalizar la primaria, se considera que el niño ya terminó sus estudios. Las expectativas de continuar la secundaria o alguna carrera técnica son sumamente limitadas. En general, se favorece la escolarización de los varones, mientras que las niñas se quedan en casa a ayudar a las tareas domésticas. En las comunidades de alta migración, los adolescentes varones al terminar la primaria se preparan para emigrar a los Estados Unidos, como tradicionalmente lo hacen en esas localidades (21).

Los roles de género que prevalecen en el medio rural y en los grupos más pobres de la sociedad mexicana son aún muy tradicionales (15). El papel asignado al hombre se caracteriza por su dominio y autoridad incuestionables, su responsabilidad de proveedor y la paternidad como prueba de su masculinidad. A las mujeres, se les asignan características de servicio, sumisión, sacrificio y obediencia hacia la figura masculina. La función fundamental de las mujeres rurales es la procreación y el mantener el bienestar de los miembros de la unidad familiar, tareas extremadamente difíciles que implican un gran desgaste físico y emocional, sobre todo, por las circunstancias de pobreza en las que se desenvuelve su vida cotidiana (1,5,27).

Las múltiples carencias que prevalecen en el México rural, promueven entre sus habitantes el desarrollo de una gran tolerancia al sufrimiento físico y emocional. En ese medio, los pobladores cuidan de su salud a través de acciones congruentes con su estilo de vida y sus escasos recursos económicos, como son la utilización de hierbas, remedios caseros, rituales religiosos y servicios informales. Esto se debe, principalmente, a factores como la ausencia de profesionales de la salud, el costo de los servicios y medicamentos, la incompatibilidad entre paciente y médico acerca de la interpretación del trastorno y el desconocimiento de las estrategias de intervención del profesional (20). Es evidente que las circunstancias que los rodean obliga a los pobladores rurales a delimitar de forma realista las opciones que tienen para responder a sus padecimientos.

En general, las condiciones adversas de la vida se han encontrado estrechamente relacionadas con la presencia de trastornos afectivos, en particular la depresión y la sintomatología depresiva (9). Cabe mencionar que previamente al trabajo reportado en este artículo, la prevalencia de este tipo de trastornos no había sido investigada de forma sistemática en el medio rural. En contraste, en el ámbito urbano, los trastornos afectivos han recibido una mayor atención por parte de los investigadores. Por ejemplo, recientemente, en un estudio llevado a cabo con una muestra representativa de pobladores adultos de la ciudad de México (8), se reportó una prevalencia de depresión mayor de 5.7% para hombres y 10.0% para mujeres, y de distimia 2.8%

para hombres y 5.7% para mujeres. Por su parte, Medina-Mora y cols. (17), en una investigación con población de escasos recursos en el sur de la ciudad de México, encontró entre los hombres una prevalencia de depresión mayor de 3.3% y 7.6% de distimia. Entre las mujeres, la prevalencia de depresión fue de 7.6% y de distimia 4.6%.

Investigaciones con mujeres rurales han reportado altos índices de sintomatología depresiva (25), así como de malestar emocional conocido popularmente como *nervios*, condición que se manifiesta con síntomas semejantes a los de los trastornos del afecto (24). Los *nervios* son un síndrome ligado a la cultura mexicana sobre todo en el medio rural, que tiene componentes somáticos y psicológicos. Se expresa a través de una variedad de síntomas que incorpora entre otros, dificultad para respirar, náusea, diarrea, vómito, dolores de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza.*

El abordaje de la salud mental en poblaciones rurales es una tarea difícil, ya que en estas comunidades las conductas asociadas con las enfermedades mentales son muchas veces interpretadas de forma radicalmente diferente a los conceptos propuestos por la psiquiatría moderna (10). En este medio, las personas evalúan sus estados físicos y emocionales, de lo que es sano y de lo que no lo es, de acuerdo con lo aprendido en su grupo cultural (11, 13). Finalmente, los recursos a su alcance y la cultura son los dos factores que delimitan las opciones que las personas tienen a su disposición para entender y responder a sus enfermedades (3).

El objetivo de este trabajo es presentar la prevalencia de dos trastornos afectivos: depresión y distimia, así como la prevalencia de los *nervios* en pobladores rurales del estado de Jalisco. Se presenta también información referente a la utilización de servicios de salud para resolver este tipo de problemas entre los pobladores de estas comunidades.

Método

Los datos que se reportan en este trabajo provienen de una investigación llevada a cabo entre 1996 y 1997 con habitantes rurales del estado de Jalisco. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de algunos trastornos mentales, su interpretación sociocultural y su manifestación, así como la utilización de servicios de salud mental entre los pobladores rurales del estado de Jalisco.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados aleatoriamente por medio de un muestreo multietápico y estratificado de dos regiones geográficas del estado de Jalisco. Par-

CUADRO 1
Características sociodemográficas

	Hombres (n=442) %	Mujeres (n=503) %
Edad		
15-19	22.9	20.5
20-29	26.0	27.4
30-39	18.3	18.5
40-49	15.6	13.3
50-59	6.6	9.7
60 o más	10.6	10.5
Estado civil		
con pareja	54.3	56.5
sin pareja	45.7	43.5
Número de hijos		
ninguno	45.9	38.4
uno a tres	28.3	26.1
cuatro o más	25.8	35.5
Escolaridad		
ninguna	5.7	8.8
primaria	50.2	52.7
mayor a primaria	44.1	38.5
Ocupación		
trabaja actualmente	80.4	26.5
ama de casa	0.2	62.0
estudiante	8.0	8.6
desempleado/jubilado	11.3	2.8
Región migratoria		
alta	55.4	57.3
baja	44.6	42.7

ticiparon un total de 945 adultos, 442 hombres y 503 mujeres, residentes de 33 comunidades rurales de menos de 5,000 habitantes. La edad de los participantes tuvo un rango de 15 a 89 años ($M = 34.4$, $SD = 16.62$). En el cuadro 1 se presentan las características de la muestra por sexo.

En promedio, la mayoría de las mujeres había terminado su educación primaria, eran amas de casa, estaban casadas y tenían más de tres hijos. Los hombres tuvieron un promedio de siete años de educación, la mayoría vivía con su pareja y tenía hijos. Aproximadamente 80% tenía un empleo, el resto eran estudiantes, estaban desempleados o eran jubilados.

Instrumento

En este estudio se utilizó un instrumento con una sección clínica y varias no clínicas. La sección clínica estuvo constituida por la versión Fresno del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) para investigar la prevalencia de por vida y en el último año de varios trastornos mentales. Las secciones no-clínicas incluyeron entre otras, dinámicas familiares, apoyo social, *nervios*, etc. A continuación se ofrece una breve descripción de las secciones del instrumento que fueron analizadas para la elaboración del presente trabajo.

Sociodemográficos. Esta sección solicitó información sobre las características sociodemográficas de los participantes. En este trabajo, únicamente reportamos los siguientes datos: sexo, edad, empleo, tipo de ocupación, nivel de escolaridad, estado civil y número de hijos.

*Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Ojeda VM: The prevalence of *nervios* and associated symptomatology among inhabitants of Mexican rural communities. Manuscrito enviado para posible publicación.

Depresión y Distimia. Esta sección del CIDI-Fresno preguntó sobre la presencia y severidad de síntomas asociados con estos dos trastornos del afecto. Los síntomas evaluados en el instrumento corresponden a los criterios establecidos en el DSMII-R, DSMIV (2) y CIE-10 (18). Los diagnósticos de depresión y distimia que aquí se presentan fueron obtenidos por medio de algoritmos basados en los criterios establecidos en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Nervios. Esta sección incluyó cinco preguntas, las cuatro primeras exploraban la presencia de indicadores psicológicos de los *nervios* y fueron desarrolladas con base en los resultados de un estudio previo (20). La última pregunta de esta sección pedía a los participantes señalar si habían sufrido de nervios alguna vez en su vida. La prevalencia de *nervios* que se reporta en este trabajo fue calculada utilizando las respuestas a esta última pregunta.

Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de los participantes quienes previamente a la aplicación del instrumento fueron informados del objetivo del estudio y del tipo de preguntas que se harían, así como de la naturaleza confidencial y anónima de sus respuestas. Los entrevistadores tenían nivel de licenciatura y recibieron un curso de entrenamiento de 40 horas sobre como administrar el cuestionario. El tiempo promedio de aplicación del instrumento fue de una hora.

CUADRO 2
Depresión mayor: prevalencia de por vida

	Hombres (n=442) %	Mujeres (n=503) %
Prevalencia de por vida	2.9	9.1
Edad		
15-19	5.0	3.9
20-29	4.3	8.0
30-39	1.2	14.0
40-49	---	14.9
50-59	3.4	8.2
60 o más	2.1	7.5
Estado civil		
con pareja	1.3	9.9
sin pareja	5.0	8.2
Número de hijos		
ninguno	4.4	7.8
uno a tres	1.6	9.2
cuatro o más	1.8	10.7
Escolaridad		
ninguna	4.0	11.4
primaria	1.8	10.6
mayor a primaria	4.1	6.8
Ocupación		
trabaja actualmente	3.1	12.3
ama de casa	---	7.6
estudiante	---	4.8
desempleado/jubilado	4.0	14.2
Región migratoria		
alta	2.9	9.0
baja	3.0	9.3

Resultados

En la población general encontramos una prevalencia de por vida de depresión mayor de 6.2%. Al analizar los datos por sexo, esta condición se observó entre las mujeres con mayor frecuencia (9.1 %) que entre los hombres (2.9%). Como se presenta en el cuadro 2, las prevalencias más altas se ubicaron entre las mujeres de edades entre los 30 y 49 años, sin escolaridad, las que trabajaban o estaban desempleadas, las casadas y las que tenían más de cuatro hijos. Es interesante notar que las mujeres que presentaron la prevalencia más baja de depresión mayor fueron las más jóvenes, con mayor escolaridad y que eran estudiantes.

En general, como se informó líneas arriba, los hombres sin importar sus características demográficas, presentaron prevalencias bajas de este trastorno. En este grupo se observó un perfil radicalmente diferente al de las mujeres, la prevalencia más alta de depresión mayor se ubicó entre los hombres más jóvenes (15 a 19 años), los solteros, sin hijos y con mayor escolaridad.

Con relación a la distimia, para la población general, la prevalencia de por vida fue de 3.4%. De forma similar a la depresión observamos una mayor prevalencia de distimia entre las mujeres (5.2%) que entre los hombres (1.4%). Como se muestra en el cuadro 3, la prevalencia más alta de distimia se encontró en las mujeres que tenían entre 40 y 49 años, sin escolaridad, desempleadas, casadas, con más de cuatro hijos y residentes en comunidades con alta emigración. Es interesante notar que estas características sociodemográficas son semejantes a las de las mujeres con depresión mayor.

Cuadro 3
Distimia: prevalencia de por vida

	Hombres (n=442) %	Mujeres (n=503) %
Prevalencia de por vida	1.4	5.2
Edad		
15-19	1.0	1.0
20-29	2.6	2.2
30-39	1.2	7.5
40-49	---	11.9
50-59	---	6.1
60 o más	2.1	7.5
Estado civil		
con pareja	1.3	5.6
sin pareja	1.5	4.6
Número de hijos		
ninguno	1.5	3.6
uno a tres	1.6	5.3
cuatro o más	0.9	6.7
Escolaridad		
ninguna	---	9.1
primaria	1.8	6.1
mayor a primaria	1.0	3.1
Ocupación		
trabaja actualmente	1.4	6.9
ama de casa	---	4.6
estudiante	2.9	---
desempleado/jubilado	---	14.2
Región migratoria		
alta	0.8	5.6
baja	2.0	4.7

CUADRO 4
Nervios: prevalencia de por vida

	Hombres (n=442) %	Mujeres (n=503) %
<i>Prevalencia de por vida</i>	9.5	20.8
<i>Edad</i>		
15-19	10.9	17.6
20-29	11.3	20.3
30-39	7.4	21.5
40-49	7.2	23.9
50-59	6.9	22.4
60 o más	10.9	21.2
<i>Estado civil</i>		
con pareja	6.3	21.6
sin pareja	13.4	19.7
<i>Número de hijos</i>		
ninguno	12.8	19.9
uno a tres	6.4	18.3
cuatro o más	7.1	23.6
<i>Escolaridad</i>		
ninguna	12.0	23.3
primaria	6.8	25.2
mayor a primaria	12.4	14.6
<i>Ocupación</i>		
trabaja actualmente	9.4	22.3
ama de casa	---	21.2
estudiante	14.3	16.7
desempleado/jubilado	8.0	14.2
<i>Región migratoria</i>		
alta	13.5	23.8
baja	4.6	16.7

Entre los hombres, las prevalencias más altas de distimia se encontraron entre los grupos de edad de 20 a 29 años y los de más de 60 años, con escolaridad de primaria, y residentes en localidades de baja emigración. A diferencia de las mujeres, el perfil demográfico de los hombres con distimia no se aproximó al de los hombres con depresión.

Basado en el autoreporte, la prevalencia de por vida de *nervios* fue de 15.4%. En el cuadro 4 se muestran las prevalencias para hombres y mujeres. Como se puede observar, las mujeres obtuvieron una prevalencia de *nervios* más alta que los hombres, dos mujeres por cada hombre reportaron haber padecido de *nervios*. Esta condición se presentó en las mujeres de todas las edades, especialmente entre las casadas, con más de

cuatro hijos, menor escolaridad, que trabajaban y que radicaban en zonas de alta emigración.

Los *nervios* en los hombres se presentaron en los extremos etáreos, sin pareja, sin hijos, y sin escolaridad o con escolaridad mayor a la primaria. La prevalencia más alta de *nervios* se encontró también entre los hombres residentes de localidades de alta emigración, al igual que en el caso de las mujeres.

Con relación a la utilización de servicios para los trastornos afectivos que aquí reportamos, el cuadro 5 muestra nuestros hallazgos. El médico no-psiquiatra fue la fuente de ayuda utilizada con mayor frecuencia por ambos, hombres y mujeres, seguido por el sacerdote, cuya ayuda fue solicitada con mayor frecuencia por las mujeres que por sus contrapartes del sexo masculino. El especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo) fue consultado con más frecuencia por mujeres, excepto en los casos de distimia. La hospitalización fue reportada sólo en dos casos de depresión. Es interesante notar la preferencia por los servicios del curandero, yerbero o sobador para los casos de distimia, sobre todo por parte de las mujeres. Otros servidores de la salud (homeópatas, personas que inyectan, enfermeras) fueron visitados únicamente por los que dijeron padecer *nervios*. Finalmente, como se observa en el cuadro 5, los autocuidados, como el uso de medicamentos y remedios caseros, limpias, baños, tisanas o infusiones, fueron las conductas reportadas con mayor frecuencia para el alivio de los síntomas asociados con estos tres padecimientos efectivos.

Conclusiones

Los resultados de este estudio revelaron que la prevalencia de los tres trastornos efectivos aquí reportados, depresión, distimia y *nervios*, fue mayor entre las mujeres que entre sus contrapartes del sexo masculino. Este hallazgo concuerda con la bibliografía sobre el tema, la cual reporta tasas de depresión y distimia similares a las nuestras para hombres y mujeres (8, 17). Al comparar nuestros resultados con los obtenidos en estudios con pobladores urbanos de la Ciudad de México, encontramos que las prevalencias de depresión mayor y distimia son más bajas entre los hombres rurales que entre los hombres urbanos de la Ciudad de México (8, 17). Las mujeres rurales, por su parte, presentaron prevalencias de esos dos trastornos ligera-

CUADRO 5
Utilización de servicios

	<i>Depresión mayor*</i>		<i>Distimia*</i>		<i>Nervios</i>	
	<i>H</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>M</i>
<i>Buscó ayuda externa</i>						
Médico no psiquiatra	15.4	26.1	20.0	26.1	9.5	19.2
Especialista en salud mental	---	13.0	20.0	8.7	2.4	3.8
Hospitalización	7.7	2.2	---	---	NA	NA
Sacerdote	15.4	22.2	20.0	22.7	---	4.8
Curandero	---	8.7	20.0	13.0	2.4	1.9
Otros (homeópatas, etc.)	---	---	---	---	9.5	7.6
<i>Autocuidados</i>	48.1	45.6	65.0	52.1	76.2	62.5

* Para estas categorías diagnósticas, las fuentes de ayuda no son mutuamente excluyentes.

mente más bajas que las reportadas por Caraveo y cols. (8) y más altas que las reportadas por Medina-Mora y cols. (17).

Estos hallazgos parecen paradójicos ya que los habitantes de áreas rurales enfrentan una realidad radicalmente diferente a los de áreas urbanas. Además de un cierto aislamiento geográfico, los pobladores rurales cuentan con serias limitaciones en su educación, economía y acceso a bienes y recursos en general, lo cual podría exacerbar la presencia de trastornos mentales, así como obstaculizar la posibilidad de recibir diagnóstico y tratamiento adecuados para esos trastornos. Nuestros resultados sugieren que a pesar de estas carencias y de las condiciones adversas que cotidianamente enfrentan los pobladores de las zonas rurales de México, aparentemente cuentan con recursos personales y comunitarios que les permiten aminorar el impacto negativo en su salud mental de los factores asociados con la pobreza que los rodea. Es necesario, a través de la investigación, identificar las características de tales recursos y entender la manera en que éstos se convierten en mecanismos protectores de la salud mental de los pobladores rurales.

Con relación a los *nervios*, su prevalencia fue también mayor en las mujeres que entre los hombres. Los *nervios*, a pesar de no ser una categoría diagnóstica reconocida en los sistemas de clasificación de enfermedades que prevalecen en la psiquiatría moderna (2), es la única enfermedad mental, así reconocida, por muchos pobladores rurales de México (24). Los *nervios* son una enfermedad que tiene relevancia cultural en el contexto rural, por lo tanto consideramos importante continuar investigando sobre su significado, su manifestación y tratamiento en el medio rural, así como la

comorbilidad de esta condición con otros trastornos mentales.

Los servicios formales de salud, de acuerdo con nuestros hallazgos, son mínimamente utilizados por los pobladores rurales. Esto se debe a varios factores que han sido reportados con anterioridad (20), entre ellos la falta de profesionales de la salud en las comunidades rurales, el costo económico de los servicios; los problemas instrumentales asociados con acudir a la cita y seguir el tratamiento (costo de medicamentos y citas subsecuentes), la incompatibilidad entre paciente y médico acerca de la interpretación del trastorno y el desconocimiento de las estrategias de intervención del profesional. A pesar de estas barreras, es importante reconocer que el médico general es el único recurso formal de salud disponible en las localidades rurales, y las personas utilizan sus servicios sólo cuando su problema es percibido como grave. Es importante enfatizar la importancia de los autocuidados, los cuales son el recurso que utilizan con mayor frecuencia los pobladores rurales para atender sus problemas mentales. La investigación futura en esta área se propone como una tarea de especial relevancia.

Finalmente, es necesario reconocer que frecuentemente la multiplicidad y complejidad de factores que intervienen tanto en la investigación como en la prestación de los servicios de salud y salud mental en el ámbito rural, operan como obstáculos para un acercamiento a este sector poblacional. Sin embargo, es nuestra responsabilidad el encontrar nuevas y mejores formas para entender el estado de salud mental de los pobladores rurales de México y ofrecerles alternativas de tratamiento que respondan adecuadamente a sus necesidades.

REFERENCIAS

1. ALDUCIN AE: *Los Valores de los Mexicanos, México: Entre la Tradición y la Modernidad*. Fomento Cultural Banamex. México, 1989.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4a. ed./Revisada). Washington, 1994.
3. ANGEL R, THOITS P: The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11:465-494, 1987.
4. ARIZPE L: *Campesinado y Migración*. SEP, México, 1985.
5. AVILA MM: Premisas socioculturales en el campesino mexicano. *La Psicología Social en México*, 1:283-288, 1986.
6. BARQUET M: Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres. En: Szasz I, Salles V (eds). *Las mujeres en la Pobreza*. GIMTRAP, El Colegio de México, 1994.
7. BOLTVINIK J: *Pobreza y Necesidades Básicas*. PNUD, UNESCO-CRESALC, Caracas, 1990.
8. CARAVEO-ANDUAGA J, COLMENARES BE, SALDIVAR HG: Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* (en prensa).
9. DE LA FUENTE R, MEDINA-MORAME, CARAVEO J: *Salud mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría/ Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
10. DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A: *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*, Oxford University Press, US, 1996.
11. FABREGA H: *Disease and Social Behavior: an Interdisciplinary Perspective*. MIT Press, Cambridge, 1974.
12. GONZALEZ M S: Mujeres, trabajo y pobreza en el campo mexicano: Una revisión crítica de la bibliografía reciente. En: Szasz I, Salles V (eds). *Las Mujeres en la Pobreza*. GIMTRAP, El Colegio de México, 1985.
13. KLEINMAN A: *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley, 1980.
14. LARA-CANTU MA, SALGADO DE SNYDER VN: Mujeres, pobreza y salud mental. En: Szasz I, Salles V (eds). *Mujeres, Trabajo y Pobreza en México*. El Colegio de México, 1994.
15. LARA-CANTU MA: *Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)*. El Manual Moderno, México, 1993.
16. LOPEZ-CASTRO G, PARDO-GALVAN S (eds). *Migración en el Occidente de México*. El Colegio de Michoacán, Zamora, 1988.
17. MEDINA-MORA ME, BERENZON S, LOPEZ EK, SOLÍS L, CABALLERO M, GONZALEZ J: El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: Resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*, 20:32-38, 1997.
18. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Meditor, Madrid, 1992.
19. PRADILLA C E: Pobreza e indigencia en México *La Jornada*, México, 24 de julio de 1992.
20. SALGADO DE SNYDER VN, DIAZ-PEREZ MJ, MALDONADO M, BAUTISTA E: Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican rural village with high migratory tradition. *Journal of Health and Social Work*, 23:249-261, 1998.
21. SALGADO DE SNYDER VN, DIAZ-PEREZ MJ, ACEVEDO A, NATERA L: Dios y el Norte. The perceptions of

- wives of documented and undocumented Mexican immigrants to the US. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 3: 283-296, 1996.
22. SALGADO DE SNYDER VN, DIAZ-PEREZ MJ, MALDONADO M: AIDS: Risk behaviors among rural Mexican women married to migrant workers in the US. *AIDS Education and Prevention*, 8:134-142, 1996.
 23. SALGADO DE SNYDER VN: Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental*, 19:53-59, 1996.
 24. SALGADO DE SNYDER VN, DIAZ PEREZ MJ, MALDONADO M: Los nervios como motivo de búsqueda de ayuda en mujeres mexicanas de origen rural. *Salud Mental*, 18:50-55, 1995.
 25. SALGADO DE SNYDER VN, MALDONADO M: Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36:200-209, 1994.
 26. SALGADO DE SNYDER VN: Family life across the border: Mexican wives left behind. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 15: 391-401, 1993.
 27. TRIGUEROS P, RODRIGUEZ J: Migración y vida familiar en Michoacán: Un estudio de caso. En: G López-Castro G (ed.) *Migración en el Occidente de México*. El Colegio de Michoacán, Zamora, 201-232, 1988.