

Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México

Mental health services to poor patients with affective disorders in Mexico City

Shoshana Berenzon y Francisco Juárez

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, México

Descriptores

Servicios de salud mental. Trastornos afectivos. Trastornos del humor. Población urbana. Áreas de pobreza. Entrevistas. Factores socioeconómicos.

Resumen

Objetivo

Describir los caminos de atención seguidos por población adulta, que cubre los criterios diagnósticos de trastornos depresivos, distimia y trastorno bipolar.

Métodos

La información se obtuvo mediante una entrevista personal, utilizando un cuestionario estandarizado que incluía secciones del *Composite International Diagnostic Interview* sobre trastornos afectivos y una sección sobre utilización de servicios. Los entrevistados (n=1,486) fueron seleccionados a partir de una muestra aleatoria, estratificada según las variables socioeconómicas y multietápicas (manzanas, viviendas, individuos), residentes en la Ciudad de México.

Resultados

Un número importante de las personas con trastornos afectivos informaron recurrir tanto a servicios formales como informales de atención. Se observó que en muchos casos se estableció el primer contacto con un médico general (81% de los hombres con trastornos depresivos, 100% con distimia y 36% con trastornos bipolares; 44.4% de las mujeres con depresión, 23% con distimia y 100% con trastornos bipolares). Del mismo modo, se observó que el 45% de los hombres con depresión, el 40% de los varones con distimia y el 65% de las mujeres con trastorno bipolar concluyeron los caminos asistenciales con el uso de los recursos proporcionados por las medicinas alternativas.

Conclusiones

El uso entremezclado de diversos sistemas de atención cumple por lo menos dos funciones. 1) permite armar un conjunto de opciones potenciales y así maximizar los recursos curativos con los que se cuenta, 2) permite atender distintos aspectos de una misma enfermedad donde un sólo sistema médico no puede satisfacer la complejidad del evento.

Keywords

Mental health services. Mood disorders. Affective disorders. Urban population. Poverty areas. Health services, utilization. Interviews. Socio-economic factors.

Abstract

Objective

To describe the pathways of formal and informal services utilization in urban low income population presenting depressive, dysthymic and bipolar disorders.

Methods

Information was gathered in face to face interviews using a standardized questionnaire

Correspondencia para/ Correspondence to:

Shoshana Berenzon
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Calzada México-Xochimilco 101
Col. San Lorenzo Huipulco - Delegación Tlalpan
14370 México, DF
E-mail: berenzon@imp.edu.mx

El trabajo se realizó en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT - Clave n. 212095-5-5266H).
Recibido em 12/2/2004. Reapresentado em 4/2/2005. Aprobado em 10/3/2005.

that included sections from the Composite International Diagnostic Interview and one section on service utilization. Interviewees (n=1,486) were selected through stratified socioeconomic variables and a random multistep sample of households of Mexico City.

Results

A significant proportion of individuals with affective disorders attended at the same time to formal and informal services. It was observed that the majority of individuals established the first contact with a general practitioner (81% of the men with depressive disorders, 100% with dysthymia and 36% with bipolar disorders; 44.4% of the women with depression, 23% with dysthymia and 100% with bipolar disorders). Also, 45% of men with depression, 40% with dysthymia and 65% of the women with bipolar disorders sought help through resources provided by alternative medicines.

Conclusions

The combination of various medical systems has at least two roles: 1) increases the set of care options and thereby maximize healthcare resources available; 2) allows to approaching different aspects of the same illness that a single medical system is unable to meet its complexity.

INTRODUCCIÓN

En diversos estudios se ha reportado que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, por lo que representan un reto, tanto en términos de políticas de salud como en la planificación de servicios. Por ejemplo, sólo en el continente americano, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente de trastornos psiquiátricos y neurológicos. Este tipo de padecimientos son la causa de muchos sufrimientos y discapacidades (28% del total de la discapacidad causada por enfermedades) y son responsables del 11.5% de la carga global de las enfermedades. Del mismo modo, el Banco Mundial ha estimado que los trastornos mentales son responsables del 8.0% de los años de vida saludable perdidos, proporción mayor que la atribuida al cáncer (5.2%) o a la enfermedades cardiovasculares (2.6%).¹¹

En México, la prevalencia global de padecimientos mentales es de 25% y la pérdida de años de vida saludable (AVISA) por este tipo de trastornos es de 9%.⁵ Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el 2000, señalan que los trastornos de ansiedad (18.5% alguna vez en la vida, 10.8% últimos 12 meses, 4.1% último mes) y los trastornos afectivos (11.2% alguna vez, 5.8% últimos 12 meses, 2.4% último mes) son los padecimientos más frecuentes entre la población femenina, mientras que para los hombres resaltan los trastornos asociados con el abuso de sustancias (17.6% alguna vez en la vida, 6.8% últimos doce meses, 1.7% último mes).¹⁰

Cabe recordar que la distribución de los problemas mentales en la población no es al azar y que hay una relación inversa entre nivel socioeconómico y la

prevalencia de trastornos. Datos de encuestas transnacionales realizadas en Brasil, Chile, India y Zimbabwe demuestran que la tasa de los trastornos mentales más frecuentes es aproximadamente dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos.¹² Resultados similares se han observado en Estados Unidos, América Latina y Europa.⁴ Encuestas realizadas en México han demostrado que las familias pobres presentan mayores prevalencias de depresión y trastornos de ansiedad.¹⁹ Del mismo modo, la evolución de los trastornos está fuertemente influenciada por la situación socioeconómica del individuo. Variables como la poca disponibilidad de los recursos psiquiátricos y la falta de cobertura del seguro médico aumentan las barreras en el acceso a la asistencia y por lo tanto un mayor retraso en la búsqueda de atención.^{2,6}

A pesar de esta evidencia sobre la magnitud de los problemas en México, la salud mental es una de las áreas en las que existen importantes desigualdades en cuanto a la disponibilidad y acceso de los servicios. Se ha señalado que un importante porcentaje de personas con trastornos mentales acuden en primera instancia a la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente. Las encuestas de hogares han documentado que los familiares y amigos constituyen el primer recurso de ayuda (54%), seguido por los sacerdotes o ministros religiosos (10%); el uso de servicios especializados sólo se presenta de manera secundaria y en porcentajes más bajos (5%).⁸

Aunado a las limitaciones antes mencionadas, se ha visto que el uso de servicios especializados en salud mental se presentan después de todo un proceso de intento de curación. Este puede iniciar con la automedicación o utilización de remedios

caseros, búsqueda de ayuda por parte de familiares o amigos, asistencia a diversos servicios alternativos y el psiquiatra o psicólogo se presenta como última opción cuando la gravedad del padecimiento resulta inmanejable.^{2,14}

A esta secuencia de contactos que una persona lleva a cabo para solucionar sus problemas de salud se le conoce como caminos de la atención. De acuerdo con Rogler & Cortés¹³ el concepto de "caminos de atención" involucra un patrón estructurado de relación entre las redes sociales de apoyo, los sistemas informales de ayuda (medicinas tradicionales y alternativas) y los sistemas formales de atención (médicos, psicólogos, psiquiatras, y otros). El desarrollo, dirección y duración que siguen las trayectorias o caminos de atención, está influenciado por factores sociales y culturales, por las restricciones políticas y económicas, por los tratamientos e intervenciones disponibles y por las características y severidad de la enfermedad.

Goldberg & Huxley proponen un modelo para comprender los caminos que sigue la población con trastornos mentales.⁷ Este modelo parte de la conceptualización de cinco "niveles de asistencia" escalonados y tres filtros que es necesario superar para ir ascendiendo en la utilización de crecientes niveles de especialización en la asistencia psiquiátrica.¹⁶ Aunque el modelo propuesto por Goldberg & Huxley es aplicable a comunidades con servicios de salud bien desarrollados es sabido que, en ciertas situaciones, los pacientes son también referidos a los servicios de salud mental por otros profesionales, servidores informales, religiosos, siguiendo en muchos casos rutas asistenciales diferentes.^{2,10,14}

A pesar de la constatación de ese fenómeno y de su trascendencia clínica y asistencial, las rutas seguidas por los pacientes para contactar con los servicios de salud mental rara vez han sido analizadas de modo sistemático.

Por lo anterior, el estudio de las trayectorias de atención en población mexicana con escasos recursos económicos resulta de gran utilidad para pensar en reformas y reestructuraciones de las políticas de salud mental a fin de proponer más opciones de atención y aumentar la capacidad de los usuarios de elegir servicios de salud.

El objetivo del presente trabajo es describir los caminos de atención seguidos por población adulta que cubre los criterios diagnósticos de trastornos depresivos, distimia y trastorno bipolar y que habita en comunidades pobres.

MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en cuatro comunidades principalmente de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, localizadas al sur de la Ciudad de México. Se seleccionaron dos comunidades urbanas y dos semiurbanas.

Para la elección de las comunidades se utilizó como marco de muestreo los datos y mapas del censo de población realizado en 1990, incluyendo las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), que en zonas urbanas (localidades de 2,500 ó más habitantes) se definen como agrupamientos convencionales de manzanas, cuyos límites están dados por avenidas o calles y su tamaño varía entre 20 y 80 manzanas. En cada AGEB se consideraron los indicadores de tamaño de la población mayor de 18 años, la población integrada a la actividad económica y el ingreso económico. A partir de estos indicadores se identificaron aquellas AGEB en las que por lo menos el 40% de la población percibía hasta tres salarios mínimos mensuales.

Se utilizó un diseño muestral aleatorio, estratificado y multietápico, la variable de estratificación fue el nivel socioeconómico, en la primera etapa se seleccionaron manzanas (50 manzanas con igual probabilidad en cada localidad), y posteriormente se seleccionaron segmentos de seis viviendas en promedio. Todos los hogares incluidos en los segmentos seleccionados y las personas posibles a entrevistar en los hogares fueron las unidades de selección en cada una de las etapas. La tasa de no respuesta estimada fue del 15%; y la tasa de no respuesta observada fue del 3%; los principales motivos de no respuesta fueron, el que la vivienda elegida estuviera deshabitada y que el sujeto seleccionado no diera su aprobación para realizar la entrevista. Se hicieron 549 entrevistas en la población masculina (23 menos de las esperadas en la tasa base de no respuesta del 15%) y 921 entrevistas a la población femenina (313 más de las esperadas). Para poder 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. Al comparar el sexo de los sujetos en muestra con los datos censales no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=1.20$; $gl=1$; $p=NS$), tampoco se observaron diferencias al comparar la distribución de los hombres ($\chi^2=2.99$; $gl=10$; $p=NS$) y las mujeres ($\chi^2=2.72$; $gl=10$; $p=NS$) por edad.

Se visitaron un total de 1,482 viviendas; en cada hogar seleccionado, se llevó a cabo un registro de los miembros del hogar. A partir de este censo de personas se eligió de manera aleatoria a una persona mayor de

18 años por vivienda para realizar la entrevista. Se excluyeron a los trabajadores domésticos, a personas que no hablaran bien el español ó que presentaran problemas mayores de las facultades mentales que hicieran imposible realizar la entrevista.

Los resultados que se presentan están autoponderados por sexo y grupo etáreo, tomando como base la distribución de ambas variables en la Ciudad de México en el censo de población y vivienda de 1990.

El trabajo de campo fue realizado por 15 entrevistadores y tres supervisores que recibieron una capacitación inicial de cinco días en los cuales se les enseñó la aplicación correcta del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), así como los mecanismos para la selección del entrevistado dentro del hogar. Los encuestadores trabajaron en tres grupos de cinco encuestadores con el apoyo de un supervisor en cada uno de ellos.

Para la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos, el primero de ellos fue el *cuestionario de hogar*, a través del cual se obtuvieron los datos relacionados con sexo, edad, escolaridad, ingreso económico de las personas que habitaban la vivienda. También se obtuvo información relacionada con las características de la vivienda, como los servicios con los que contaba y tipo de construcción.

Posteriormente, se aplicó la entrevista diagnóstica *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)¹⁷ versión 1.1, la cual permite evaluar los trastornos mentales de acuerdo a los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades ICD-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSMIII-R. La entrevista está compuesta por 15 secciones, pero para este estudio sólo se utilizaron las siguientes: trastornos fóbicos y de ansiedad, trastorno depresivo y trastorno distí-

mico, trastorno afectivo bipolar y maníaco. Para evaluar las características de las trayectorias de atención se analizó la sección de utilización de servicios que incluye preguntas relacionadas con el tipo de persona o profesional consultado, edad que tenía la primera y la última vez que acudió, y el número de veces que asistió.

Para el análisis de las trayectorias curativas los servidores se agruparon en cinco grandes grupos: *profesional de la salud mental*: psiquiatra, psicólogo. *Medicina general*: médico general, médico familiar, enfermera, trabajador social, otro profesional de la salud; *religioso*: ministro, sacerdote, pastor, rabino; *medicina alternativa*: quiropráctico, homeópata, espiritista, medicina aryuvédica, hipnosis, reiki, y otros; *medicina tradicional*: curandero, sobador, yerbero, comadrona o partera, huesero, ensalmador, y otros.

Para realizar la entrevista, se solicitó la colaboración voluntaria del individuo elegido y se dio una explicación sobre los objetivos de la investigación, haciendo énfasis en el carácter confidencial de la misma. La entrevista tuvo una duración aproximada de noventa minutos y fue generalmente realizada en una sola sesión en la vivienda del entrevistado, procurando privacidad durante la entrevista. Los diagnósticos de los trastornos mentales se obtuvieron de manera independiente a través de un programa de cómputo elaborado por las mismas instituciones que diseñaron el CIDI.

Con el fin de analizar las características de las trayectorias de atención se elaboró un programa de cómputo que permitió identificar, el orden en que acudieron a cada tipo de servidor y el número de personas consultadas. Para lograr lo anterior se incluyeron las siguientes variables: tipo de persona o profesional consultado, edad que tenía la primera y la última vez que acudió, y número de veces que asistió. Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las trayec-

Tabla - Características sociodemográficas de la muestra de pacientes con trastornos afectivos. Ciudad de México.

	Hombres (N=14,276) %*	Mujeres (N=15,406) %*	Total (N=29,682) %	p
Sexo	48.1	51.9	100	
Edad				0.423
15 a 17 años	10.9	9.7	10.3	
18 a 59 años	78.9	81.8	80.4	
60 años o más	10.2	8.5	9.3	
Ingreso familiar				0.024
Hasta 1 salario-mínimo	21.6	28.9	25.3	
1 a 3 salarios	48.9	47.8	48.3	
4 o más salarios	29.5	23.3	26.4	
Escolaridad				0.000
0 a 5 años	12.0	21.4	16.8	
6 años	14.5	17.0	15.8	
7 a 9 años	29.7	31.0	30.4	
10 a 12 años	23.1	18.3	20.6	
13 años o más	20.7	12.4	16.4	

*Porcentajes obtenidos del total de la muestra ponderada por sexo

torias encontradas utilizando el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales versión 10.0 para Windows (SPSS/PC).

RESULTADOS

El 48.1% de la población entrevistada pertenece al sexo masculino y el 51.9% al femenino. El 38% de los hombres y el 42.5% de las mujeres tenían entre 18 y 59 años. La escolaridad máxima del 30% de la muestra era de primaria (27% hombres y 36% mujeres). La cuarta parte de la población entrevistada percibía menos de un salario mínimo mensual y el 50% entre uno y tres salarios mínimos (Tabla 1).

La prevalencia de trastornos depresivos alguna vez en la vida fue de 3.3% para los hombres y 7.8% para mujeres. La distimia estuvo presente en el 2.7% de la población masculina y en el 4.6% de la femenina. Los trastornos bipolares se presentaron en el 2.2% de los hombres y en el 0.8% de las mujeres.

Los datos obtenidos indican que un número importante de las personas que presentaron trastornos afectivos solicitaron algún tipo de ayuda, ya sea con un médico general, un especialista de la salud mental, un religioso, un médico tradicional o algún otro servidor alternativo: 53% de los hombres con trastornos depresivos, 36% con distimia y 58% con trastornos bipolar, 39% de las mujeres con trastornos depresivos, 34% con distimia y 40% con trastorno bipolar.

Estos porcentajes fueron más bajos cuando se analizaron a las personas que solicitaron ayuda con un profesional de la salud mental: 22% de los hombres y 26.5% de las mujeres con trastornos depresivos, 11.4% de los hombres y 13.5% de las mujeres con distimia y 15.9% de los hombres y 2.9% de las mujeres con trastorno bipolar.

El análisis de las trayectorias de atención se realizó de manera independiente para cada tipo de trastorno y para cada sexo. A continuación se describen los resultados.

Población con trastornos depresivos

Como ya se mencionó, del total de hombres que cubrieron alguno de los diagnósticos de trastornos depresivos, el 53% solicitó algún tipo de ayuda. Aproximadamente la mitad de dichos usuarios acudieron sólo con un profesional (36% con un representante de

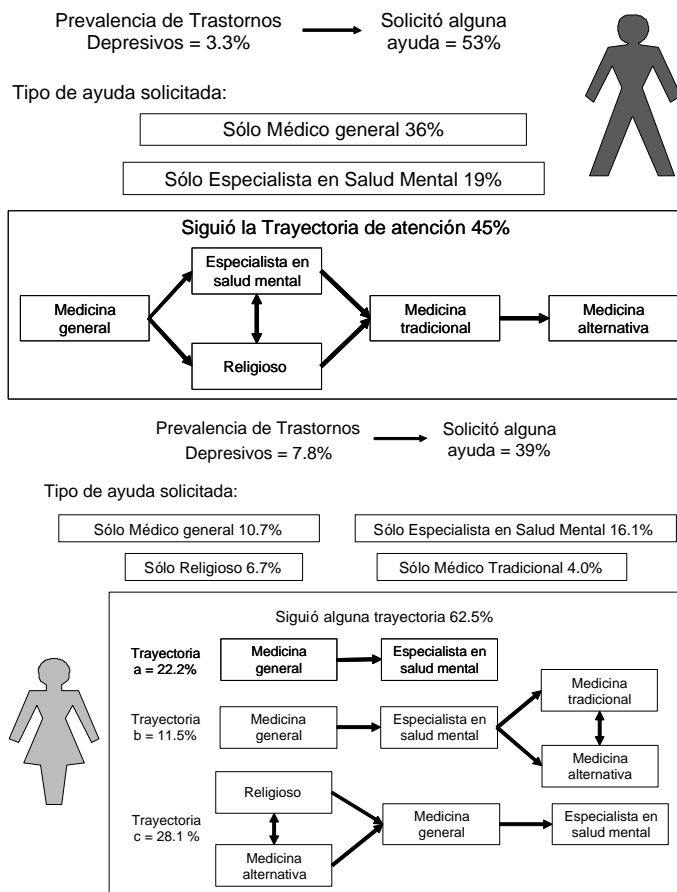


Figura 1 - Trayectorias de atención seguidas por hombres y mujeres con trastornos depresivos.

la medicina general y el 19.2% con un profesional de la salud mental). El 45% restante siguió la trayectoria de atención que se observa en la Figura 1. Este grupo de hombres con trastornos depresivos buscaron en primera instancia ayuda con un médico general, posteriormente se acercaron a un especialista en salud mental y al mismo tiempo solicitaron apoyo de un religioso, a continuación buscaron ayuda en la medicina tradicional, para concluir la trayectoria con algún tratamiento otorgado por médicos alternativos.

Del total de las mujeres con depresión que solicitaron algún tipo de ayuda, 16.1% acudió solamente con un especialista en salud mental, 10.7% con un médico general, 6.7% con un religioso y 4.0% con un médico tradicional. El 62.5% restante siguió alguna de las tres trayectorias de atención que se presentan en la Figura 1.

El 22.2% se acercó en primer lugar a la medicina general, para posteriormente acudir con un especialista en salud mental (trayectoria a). Para el 11.5% la medicina general también fue el primer recurso, a continuación buscó tratamiento con un psicólogo o psiquiatra, para después asistir a las medicinas alter-

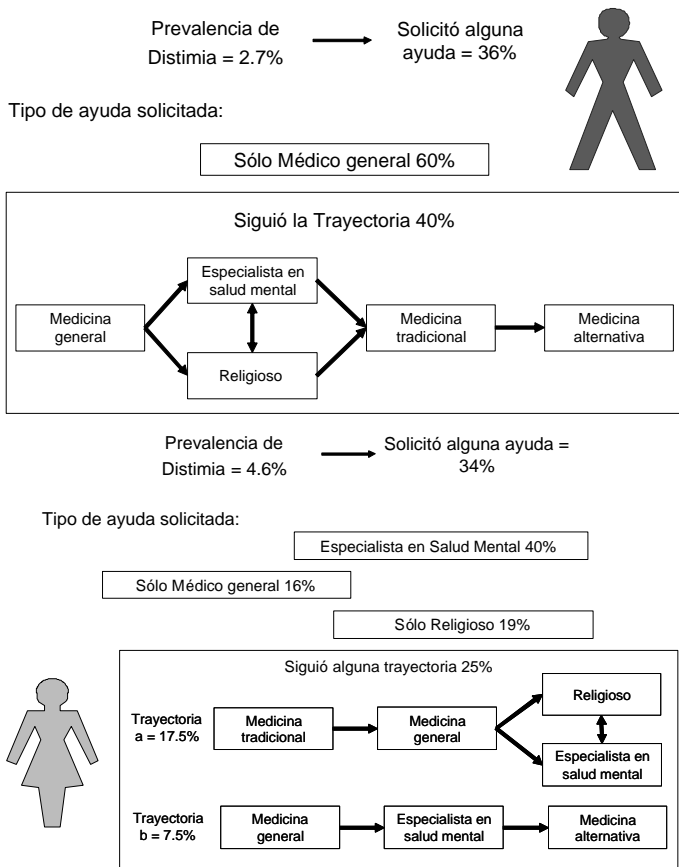


Figura 2 - Trayectorias de atención seguidas por hombres y mujeres con distimia.

nativas y a la medicina tradicional (trayectoria b). El 28.1% restante siguió la trayectoria contraria, es decir, inicio con servicios informales, como las medicinas alternativas y la asistencia con un religioso, para posteriormente solicitar apoyo con médicos generales y especialistas en salud mental (trayectoria c).

Población con distimia

La mayoría de los hombres con distimia que solicitaron ayuda (60%) recurrieron solamente a la medicina general. El 40% restante prosiguió una trayectoria similar a la seguida por los hombres con trastornos depresivos, es decir, inició su carrera asistencial con un médico general, para posteriormente asistir al mismo tiempo con un profesional de la salud mental y con un religioso. La asistencia a las medicinas tradicionales y alternativas se presentó posteriormente (Figura 2).

El 40% de las mujeres con distimia que solicitaron ayuda, acudieron únicamente con un especialista en salud mental, 19% sólo con un religioso, 16% exclusivamente con un médico general y 25% continuó alguna de las dos trayectorias que se observan en la Figura 2. De este 25%, el 17.5% consultó en primera

instancia a sanadores tradicionales, posteriormente solicitó los servicios ofrecidos por médicos generales. La asistencia con un especialista en salud mental se presentó hasta el final y acompañado con la búsqueda de apoyo religioso (trayectoria a). Para el 7.5% restante la medicina general fue el primer recurso de asistencia, para continuar la solicitud de ayuda con un profesional de la salud mental y posteriormente acudir a las medicinas alternativas (trayectoria b).

Población con trastorno bipolar

El 19% de los hombres buscó ayuda únicamente con un religioso, 13.1% exclusivamente con un médico general; 46% acudió directamente con un especialista en salud mental. El 22% restante estableció su primer contacto con un médico general y posteriormente acudió con un especialista en salud mental, al mismo tiempo que buscó apoyo con algún representante de la medicina tradicional (Figura 3).

El 35% de las mujeres solamente acudió con un médico general, mientras que el otro 65% informó haber iniciado su camino de atención con un médico general, continuar la búsqueda de una respuesta a su padecer con un especialista de la salud mental y encontrarse al momento de la entrevista apoyándose en la medicina alternativa (Figura 3).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que una importante proporción de las personas que sufrieron trastornos afectivos sólo acudieron a un servicio de atención. Los hombres que presentaron trastornos depresivos o distimia asistieron principalmente con representantes de la medicina general (36% y 60% respectivamente). Por su parte, las mujeres con depresión o distimia que solicitaron sólo un tipo de ayuda, recurrieron en su mayoría con un especialista en salud mental (16,1% con depresión y 40% con distimia). En el caso de los trastornos bipolares se observó lo inverso, es decir más hombres que mujeres asistieron con un especialista en salud mental.

En cuanto a las trayectorias de atención, los datos de este trabajo corroboran los encontrados en otros estudios tanto nacionales^{8,9} como internacionales¹⁵ en el sentido de que independientemente del sexo y tipo de padecimiento, la mayoría de las personas con trastornos mentales establecen el primer contacto con

un médico general o familiar. Lo anterior, reitera la necesidad de considerar al primer nivel de atención como idóneo para la detección y el tratamiento de algunos de los trastornos mentales, siendo necesario no sólo mayor disponibilidad y acceso sino también una serie de medidas que involucren cambios en la organización de los servicios.

Por otro lado, cabe resaltar que la asistencia a los servicios médicos, ya fueran especializados en salud mental o no, se presentó de manera similar en hombres y mujeres. Este patrón de uso contrasta con lo reportado en otras investigaciones donde las mujeres son las que utilizan con mayor frecuencia este tipo de servicios.¹⁶ Este uso similar por parte de la población masculina podría deberse a las características de los trastornos analizados donde los síntomas asociados generalmente causan un importante deterioro en la calidad de vida de quién lo sufre.

Del mismo modo, se observó que en la mayoría de los casos, los caminos asistenciales concluyen con el uso de los recursos proporcionados por las medicinas alternativas o la medicina tradicional. Esta información, debe servir como antecedente para estudiar con mayor profundidad estas prácticas médicas en función de su valor terapéutico y su articulación con el resto del sistema, y así entender un poco más la presencia cada vez más frecuente de las medicinas tradicionales y alternativas dentro de las trayectorias de atención de pacientes con trastornos afectivos.

También es importante hacer notar que las personas diagnosticadas con trastornos afectivos informaron recurrir tanto a servicios formales (medicina general, especialista en salud mental) como informales (religioso, medicina tradicional, medicina alternativa). Esto quiere decir que diferentes sistemas de curación coexisten. Autores como Bronfman et al³ plantean que el uso entremezclado de diversos sistemas de atención cumple por lo menos dos funciones. La primera de ellas tiene que ver con la posibilidad de armar un conjunto de opciones potenciales y de esta manera maximizar los recursos curativos con los que se cuenta. La segunda función es atender distintos aspectos de una misma enfermedad donde un sólo sistema médico no puede satisfacer la complejidad del evento.

Con relación a las limitaciones y alcances del estudio cabe señalar lo siguiente: al tratarse de un

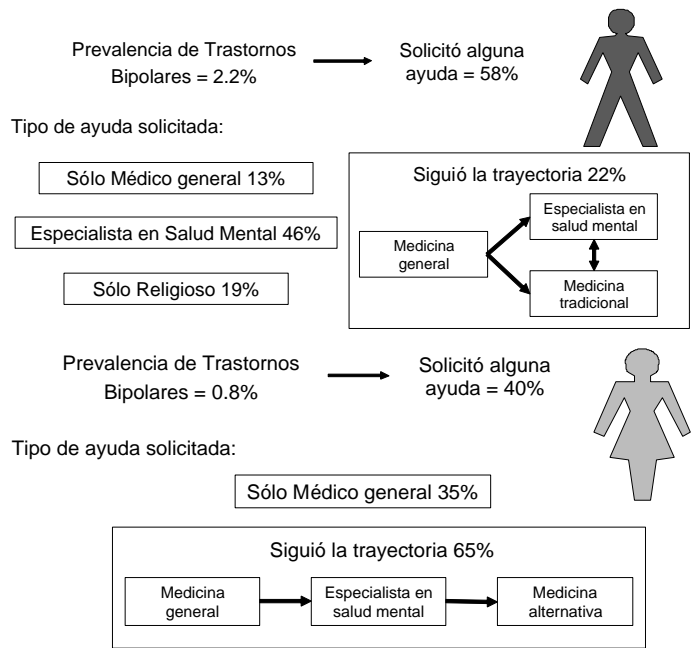


Figura 3 - Trayectorias de atención seguidas por hombres y mujeres con trastornos bipolares.

estudio descriptivo con una población con características sociales y económicas muy específicas, sólo es posible generalizar los datos a poblaciones con características similares. Sin embargo, la selección probabilística de la muestra permite afirmar que estas son las condiciones que siguen las comunidades pobres de la Ciudad de México, dando una idea muy cercana a la magnitud del fenómeno. Aún cuando se trata de un trabajo descriptivo, es una aproximación seria e importante en relación con la forma en que se da la búsqueda de atención.

Este trabajo constituye solamente un acercamiento al estudio de un fenómeno tan complejo, como lo es la búsqueda de atención por personas con trastornos afectivos. Algunos de los resultados presentados podrían ser examinados con mayor profundidad en futuras investigaciones. Ello permitiría la identificación más precisa de los diversos factores implicados en la construcción de rutas asistenciales, por ejemplo, los motivos de asistencia hacia los diversos servicios y servidores, la eficacia percibida en cada uno de ellos, las razones por las que construyeron estos caminos y no otros y la demora en la búsqueda de atención, entre otros. Lo anterior, proporcionará, sin lugar a dudas, notables beneficios para el desarrollo de futuros programas de educación, atención y prevención y así ofrecer a la población mayores opciones terapéuticas como respuesta a sus necesidades y demandas.

REFERENCIAS

1. Berenzon S, Medina-Mora M, López E, González J. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Rev Mex Psicol* 1998;15:177-85.
2. Berenzon S, Medina-Mora ME. Servicios y recursos de atención a la salud mental de la mujer. En: Lara MA, Salgado N, editores. *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito... la salud mental de las mujeres mexicanas*. México: Pax; 2002. p. 173-92.
3. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública Mex* 1997;6:546-53.
4. Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados. *Bol Organ Mundial Salud* 2000;3:92-105. [Recopilación artículos] Disponible en: <http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0552.pdf>
5. Frenk J, Ruelas E, Bobadilla J, Zurita B, Lozano R, Cruz C. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994.
6. Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M et al. The pathways to psychiatric care: a cross cultural study. *Psychol Med* 1991;21:761-74.
7. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. London: Tavistock; 1980.
8. Medina-Mora ME, Rascón M, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J, et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. En: Pérez-Rincón H, editor. *Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México: Láser SA de CV; 1992. p. 48-55.
9. Medina-Mora M, Berenzon S, López K, Solís S, Caballero M, González 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* 1997;20 Suppl 2:S32-9.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001.
12. Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999;49:1461-71.
13. Rogler LH, Cortés DE. Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. *Am J Psychiatry* 1993;150:554-61.
14. Salgado de Snyder N, Díaz-Pérez M, González-Vázquez T. Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud Pública Mex* 2003;45(1):19-26.
15. Üstun TB, Norman N, editors. Mental illness in general health care: an international study. New York: John Wiley & Sons Inc; 1995.
16. Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Gaité L, Cuesta Nunez MJ, Goldberg D et al. Factores implicados en las "rutas asistenciales" en salud mental. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1993;21(5):189-203.
17. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross Cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiat* 1991;159:645-53.