Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional

María Elena Medina-Mora*, María Luisa Rascón*, Roberto Tapia E.**, María del Carmen Mariño*, Francisco Juárez*, Jorge Villatoro*, Jorge Caraveo*, Mario Gómez*

Summary

This paper presents the results of a national survey concerning mental disturbances like depression, suicide ideation, suicide attempts and the use of formal and informal medical services. The data are the results of a national household survey in urban population above 18 years of age, included in a subsample of the National Survey on Addictions. The main findings were: 34% of the studied population presented one or more depression symptoms during the last month previous to the study; 13% presented severe depressive symptomatology with important variations by gender —17% for women compared to 8.5% for men. Between 10% and 14% of the total population reported suicide ideation; however, only 1.9% were in risk of comitting suicide and 1.6% have attempted suicide. Suicide attempts ocurred more significantly in young people and depression was more frequent in older population. In relation to health care, it was observed that family and friends are the main source of help for the population with emotional problems; the second source is self administred medication, which was more significant among the depressed ones. The most important reason for not asking for any type of professional help when they already have emotional problems are personal motives dealing with prejudices and lack of knowledge of the specialized treatment for mental health.

Resumen

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio a nivel nacional sobre trastornos mentales como depresión, ideación suicida, intento de suicidio y utilización de servicios formales e informales. Los resultados provienen de un estudio nacional de hogares de población urbana mayor de 18 años, que se llevó a cabo en una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones. Como hallazgos relevantes pueden mencionarse los siguientes: el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Un 13% de la población presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género —17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres. En cuanto a la ideación suicida, la han reportado entre el 10% y el 14% de la población total; sin embargo, solamente 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la vida y 1.6% intentó suicidarse. Los intentos de suicidio ocurrieron significativamente en mayor número entre los jóvenes, en tanto que la depresión fue más frecuente en la población de más edad. Respecto al tipo de ayuda, se observó que los familiares y amigos constituyen el primer recurso al que acude la población cuando padece de problemas emocionales; la automedicación fue el segundo recurso; éste es significativamente mayor entre los deprimidos. Las razones más importantes por las cuales algunas personas no han solicitado ningún tipo de ayuda cuando han tenido problemas emocionales son de tipo personal y tienen que ver con los prejuicios y con el desconocimiento del tratamiento especializado en salud mental.

* *División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.* Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D. F.
** *Dirección General de Epidemiología,* Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Introducción

La depresión, la ideación suicida y el intento de suicidio constituyen un gran dolor tanto para el que lo sufre como para los que lo rodean. Estos problemas, aunque relacionados, presentan variaciones importantes. En cuanto a su magnitud, el primero es uno de los trastornos más frecuentes en la población, en tanto que el suicidio en México presenta tasas aún bajas. Las características de la población que los padece y los mecanismos para enfrentarlos también difieren. El objetivo de este trabajo es describir la frecuencia con que se presentan en la población mexicana, las características sociodemográficas de la población que los padece y los recursos formales e informales que utiliza la población para enfrentarse a ellos. Los resultados provienen de un estudio nacional de hogares de población urbana mayor de 18 años, que se llevó a cabo en una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud, 1989).

El estudio de la frecuencia con que se presentan los padecimientos psiquiátricos en poblaciones no tratadas no es nuevo. En la década de los años 60 se realizaron los primeros estudios en los que se incluyeron trabajos llevados a cabo en burócratas de todo el país (Cabildo, 1967) y militares (Ayuso, 1968). Se encontró una prevalencia de sintomatología psiquiátrica de 33% y de 23%, respectivamente. En otro estudio realizado en trabajadores (Caraveo, 1985), se encontró que el 16% había padecido trastornos psiquiátricos menores, y la frecuencia con la que había padecido trastornos "definitivos" era del 7.5%.

Una segunda fuente de información la constituyen los estudios realizados en la práctica médica general, ya que se ha encontrado que en muchos casos, el primer contacto de un paciente con problemas mentales ocurre en el contexto de la medicina general y, con frecuencia, éste es la única área en donde se atiende este tipo de complicaciones.

En México se ha encontrado que la prevalencia de trastornos mentales varía de acuerdo con el tipo de servicio de que se trate y las características de la población que haga uso de él. Los estudios que se reportan han sido realizados con la misma metodología, y en todos ellos se utilizó la versión adaptada al español (Medina-Mora y cols., 1983) del Cuestionario General de Salud de Goldberg (1972). En la consulta externa de un hospital general para población de nivel socioeconómico medio y alto, se estimó una prevalencia de 34% (De la Parra y cols., 1983); en la población que asiste a una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, de 43% (Padilla y cols., 1985), y subió hasta el 51% (Padilla y cols., 1984) en un centro de salud comunitario para población abierta. El incremento en la prevalencia en este último servicio se debió a un mayor índice de reacciones de adaptación (24%) en comparación con solamente un 11% en la población de derechohabientes.

Los síndromes depresivos y ansiosos fueron los más frecuentes en estas poblaciones y, en general, las mujeres presentaron índices mayores de alteraciones, sin embargo, cuando se consideraron solamente los casos severos, la diferencia por género se desvaneció. Por medio de un análisis de regresión múltiple, realizado en la población de la consulta externa de la población atendida en el hospital general, se encontró que las mujeres habían presentado significativamente mayores puntuaciones de síntomas somáticos y trastornos del sueño. Este último tipo de trastornos se incrementó con la edad y con la mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión y de inadecuación social. El no estar casado se asoció con la depresión, y la baja escolaridad del jefe de familia aumentó la probabilidad de presentar todos los trastornos mencionados.

La mayor parte de los casos detectados en este tipo de población fueron leves y moderados, perfectamente manejables por el médico general. La proporción de casos severos osciló entre el 5% y el 11% (Medina-Mora y cols., 1983). La mayor proporción de casos severos se encontró en la población atendida en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS (Padilla y cols., 1985).

Suicidio e intento de suicidio

La teoría de Durkheim sobre el suicidio en la sociedad se basa en dos dimensiones. Este autor formuló la hipótesis de que el suicidio era frecuente en las sociedades en las que el grado de integración (la fuerza de la red social del individuo) es muy bajo (suicidio egoista) o muy alto (suicidio altruista). También supuso que el suicidio sería común cuando el grado de integración social (el grado en que las actitudes y valores del individuo estuvieran moldeadas por la sociedad) fuera muy bajo (suicidio anómico) o muy alto (suicidio fatalista) (Durkheim, 1974).

Los postulados de Durkheim han sido utilizados para predecir una gran variedad de asociaciones entre las tasas de suicidio y los indicadores sociales. Por ejemplo, se ha observado que las sociedades con altas tasas de migración interna y altos índices de divorcio tienen altas tasas de suicidio debido a

que su nivel de integración es menor (Stack, 1980a, 1980b).

La tasa de suicidio estimada para México es de alrededor de .99 por cien mil habitantes (SPP, 1980). Se sabe que por múltiples razones, el registro de este fenómeno dista mucho de ser adecuado. Gorenc y Nadelsticher (1985), basándose en evidencias provenientes de diferentes estudios, hicieron estimaciones de la "cifra oscura", es decir, de la fracción no reportada, y encontraron que, probablemente, la cifra verdadera de suicidios en 1979 fue 1.6 veces superior a la cifra registrada.

Estimar el número de intentos de suicidio es aún más difícil, ya que su posible detección se limita a los casos cuya severidad ameritó la intervención médica, y aún entonces, no siempre se puede calificar la lesión como intencionalmente inflingida debido a las presiones familiares y sociales. Por ejemplo, en un estudio realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Heman, 1986) con el fin de detectar los intentos de suicidio, se estudiaron todos los casos que llegaron a los hospitales de urgencias del DDF en un lapso de cuatro meses, por intoxicación medicamentosa y lesiones. Del total de casos detectados (n = 250) el 28.8% reportó haber intentado suicidarse (n = 70). Es interesante notar que en los registros oficiales de intento de suicidio, no se reportó ningún caso en ese mismo año.

Es más frecuente que las mujeres intenten suicidarse. Heman (1986), encontró que el 61% de los suicidas detectados en hospitales de urgencia en 1984, y el 57% detectado en 1985, eran mujeres; Terroba (1984) encontró que de los parasuicidas de nivel socioeconómico medio alto y alto, detectados en hospitales de urgencia y remitidos al servicio de psiquiatría de un hospital privado, el 77% eran mujeres.

A nivel internacional, México tiene comparativamente tasas muy bajas de suicidio. En 1980, por ejemplo, en Hungría, en donde se observan las tasas más altas de suicidio, murieron por su voluntad 44.9 personas por cien mil habitantes. En Japón, la tasa en este mismo año fue de 17.2, y en Estados Unidos fue de 12.5; cifras muy superiores a la de .99, observada en México. Esta cifra también es inferior a las reportadas en América Latina, por ejemplo, en Chile (4.9) y en Panamá (2.1) (OPS, 1986).

Instrumentos

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

El CES-D es una escala de autoreporte que consta de 20 reactivos; se utiliza en estudios epidemiológicos para medir la sintomatología depresiva de la población general, y pone el énfasis en el componente afectivo. Los reactivos del CES-D fueron seleccionados de un grupo de reactivos previamente validado en otras escalas de depresión. Los principales componentes de la sintomatología depresiva fueron identificados por medio de la literatura clínica y de estudios de análisis factorial. Estos componentes incluyen: afecto deprimido, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, pérdida del apetito y trastornos del sueño. Se seleccionaron solamente algunos reactivos para representar cada componente (Radloff, 1977).

En los resultados de un estudio piloto (Medina-Mora y cols., 1986) en el que se hicieron pruebas de lenguaje y del nivel de comprensión del mismo en población rural, similar a la que se seleccionaría en el estudio definitivo, se observó que la población rural de bajo o nulo nivel de escolaridad, encontraba sumamente difícil diferenciar las cuatro opciones de respuesta, por lo que daba respuestas incongruentes. Por este motivo se simplificó la versión original, dejando sólo tres opciones, con variaciones en la calificación de 0 a 40, por lo que no se pretende calificar a la población como caso (puntuación de 16 en adelante) o no caso, como se hace en la versión original, sino que nos limitamos a calificar las variaciones de mayor a menor intensidad de depresión, basadas en la sumatoria del número de síntomas presentes, multiplicados por su valor: (0) nunca o casi nunca, (1) ocasionalmente, (2) casi siempre o todo el tiempo.

Escala de Expectativas de Vivir-Morir

Esta escala, desarrollada por Okasha y colaboradores en 1981, examina la presencia y la severidad de los sentimientos y de las conductas suicidas. Normalmente se usa como complemento de las escalas de depresión. Está integrada por cinco preguntas; las primeras cuatro indagan sobre sentimientos suicidas de diferente severidad y la última interroga sobre los intentos de suicidio. Cuando la respuesta es afirmativa se pregunta qué tan recientemente se ha experimentado este tipo de sentimientos. Si la

persona reporta que alguna vez ha experimentado la sensación de que "no vale la pena vivir", de que "ha deseado dejar de existir" o de que "ha pensado que vale más morir", se prosigue a la siguiente sección que indaga si el entrevistado ha estado a punto de quitarse la vida o si de hecho lo ha intentado. Esta escala se ha utilizado en México con resultados satisfactorios en los estudios sobre el suicidio (Terroba y cols., 1984, 1987) y en las encuestas de hogares en población rural y urbana (Medina-Mora y cols., 1986).

Resultados

Confiabilidad de los instrumentos

Con el fin de evaluar el funcionamiento de los instrumentos propuestos en la población estudiada, las respuestas al CES-D se sometieron a un análisis factorial y se obtuvieron los puntajes alfa de cada reactivo y de la escala global. También se analizó de la misma manera la Escala de Expectativas de Vivir-Morir.

Se encontró que las respuestas que se dieron al CES-D fueron muy congruentes; el coeficiente alpha global fue de .9334, y los coeficientes para cada reactivo oscilaron entre .9280 y .9313. En el análisis factorial sólo tres factores pudieron ser conceptualizados. En el primer factor, al que se denominó "tristeza y desánimo", pesaron 7 reactivos con pesos factoriales que oscilaron entre .55 y .77; en el segundo, "dificultades en el sueño" también pesaron 7 reactivos con pesos de .48 a .77. En este factor, además de los trastornos de sueño, se ubicaron también dos reactivos más, asociados con sentimientos de soledad y variaciones en el estado de ánimo. En el tercer factor se agruparon 5 reactivos que denotan "fracaso e inseguridad", con pesos que oscilaron entre .48 y .67. El reactivo "se siente culpable o inútil" no obtuvo peso significativo en ningún factor (cuadro 1).

Las respuestas a la Escala de Expectativas de Vivir-Morir fueron también congruentes; el coeficiente alpha global fue de .93 y los coeficientes por reactivo oscilaron entre .9283 y .9313.

Frecuencia con que se presentaron los trastornos

Depresión

El 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Los síntomas más frecuentes fueron: los

Cuadro 1
Factores de la escala de depresión (CES-D)

Factor 1 *Tristeza y desánimo*		*Factor 2* *Dificultades en el sueño*		*Factor 3* *Fracaso e inseguridad*	
Peso reactivo		*Peso reactivo*		*Peso reactivo*	
.7788	Se siente triste o deprimido	.7782	Dificultades para conciliar el sueño	.6775	Piensa que su vida ha sido un fracaso
.7425	Se ha notado desanimado	.7145	Despierta durante la noche sin volver a dormirse	.6642	Ha perdido seguridad en sí mismo
.7033	Se ha visto abrumado por preocupaciones y sentimientos negativos	.6885	Su sueño es inquieto	.6217	Le es difícil concentrarse mentalmente
.6140	Le molestan cosas que generalmente no le molestaban	.6109	Ha tenido ataques de llanto o deseos de llorar	.5578	Siente que la gente no es amistosa con usted
.5687	No tiene hambre, ha perdido el apetito	.5281	Se despierta sin deseos de comenzar el día (por falta de energía o miedo)	.4817	Habla menos que de costumbre
.5612	Ha perdido interés en su trabajo, el trato con sus allegados o sus aficiones	.4877	Se siente solo		
.5515	Siente que todo lo que hace le cuesta mucho esfuerzo	.4849	La forma en que se ha sentido actualmente es diferente de su manera habitual de sentirse		

20 reactivos
Alpha estandarizada = .9334

ataques de llanto, sentirse solo, sentir que la gente no es amistosa, tener un sueño inquieto.

Con el fin de diferenciar a la población de acuerdo con la severidad de la sintomatología, se formaron cuatro grupos: el primero se formó con individuos que manifestaron no haber padecido ninguno de los 20 síntomas de la escala en el mes anterior al estudio; el segundo grupo, "leve", incluyó a los individuos que presentaron síntomas pero que calificaron por debajo de la media; se consideraron como "moderados" los individuos cuyos puntajes se ubicaban de la media aritmética de la población total estudiada hasta una desviación estándar arriba, y "severa" cuando los puntajes estaban por arriba de dos desviaciones estándar de la media. En el cuadro 2 aparece la distribución por género de la población, en estos cuatro grupos. Como puede observarse, un 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el género; 8.5% de los hombres y 17% de las mujeres se ubicaron en este grupo.

Cuadro 2
Sintomatología depresiva CES-D

	Población masculina %	*Población femenina %*	*Población total %*
Ningún síntoma (- 20)*	39.3	29.4	33.9
Leve (21-24)	32.3	28.5	30.3
Moderada (25-30)	19.9	25.4	22.9
Severa (31 ±)	8.5	16.8	12.9
Media	23.46	25.20	24.5
S	4.76	6.05	5.9

* Puntaje: Nunca = 1; de vez en cuando = 2; casi siempre o todo el tiempo = 3.

Ideación suicida

Por lo que se refiere a la ideación suicida, se encontró que entre el 10% y el 14% de la población ha tenido ideación suicida; esto es, ha pensado que no vale la pena vivir, ha deseado dejar de existir o ha pensado que vale más morir. Sin embargo, solamente el 1.9% reportó haber estado a punto de quitarse la vida y un 1.6% intentó suicidarse. Las variaciones por sexo son importantes, pues se observó que había un poco más de 2 mujeres parasuicidas por cada hombre. La ideación suicida en ambos géneros fue más frecuente entre los jóvenes de 18 a 25 años y, principalmente, en la población mayor de 35 años, con un valle en el grupo intermedio de 26 a 34 años (cuadro 3).

Características de la población con niveles altos de depresión y con intento de suicidio

Con el fin de analizar las características de la población en estas condiciones, se comparó a la población con depresión severa y a la población que reportó haber intentado suicidarse, con la población total estudiada. Los resultados aparecen en el cuadro 4. Como puede apreciarse, el índice de desempleo fue mayor en las poblaciones afectadas, al igual que la proporción de mujeres. Los intentos de suicidio se encontraron en un número significa-

Cuadro 3
Ideación suicida

	Cree que no vale la pena vivir	*Ha deseado dejar de existir*	*Cree que vale más morir*	*Ha estado a punto de quitarse la vida*	*Ha intentado quitarse la vida*	*Población total*
Población masculina						
18 - 25	42	32	37	13	25	41
26 - 34	17	19	12	64	60	20
35 - 65	41	49	50	23	15	38
Casos	11.7 %	9.9 %	6.3 %	1.0 %	0.9 %	100.0 %
Población femenina						
18 - 25	29	35	35	34	48	31
26 - 34	23	23	20	31	35	27
35 - 65	48	42	45	36	17	42
Casos	14.0 %	18.2 %	13.6 %	2.0 %	2.0 %	100.0 %
Total	*12.9 %*	*14.4 %*	*10.4 %*	*1.9 %*	*1.6 %*	

Cuadro 4
Características sociodemográficas de la población con niveles altos de depresión y con intento de suicidio

	Población con niveles altos de depresión	*Población con intento de suicidio*	*Población total*
No trabajó en los últimos 30 días	41.9	42.5	36.0
Género			
Hombre	30.4	27.1	46.3
Mujer	69.6	72.9	53.7
Edad			
18 a 25 años	21.5	41.9	36.3
26 a 34 años	26.7	41.6	23.8
35 a 65 años	51.8	16.5	39.9
Estado civil			
Casado(a)/ Unión libre	59.9	69.9	58.7
Soltero(a)	37.8	25.6	37.9
Otros	6.4	4.5	3.4
Escolaridad			
Ninguna	9.3	*	6.6
Primaria	48.1	50.6	37.1
Secundaria	17.9	33.9	21.8
Preparatoria	19.5	11.4	18.9
Universidad	5.2	3.2	15.7
Media	*6.5*	*7.7*	*8.1*
S	*4.1*	*4.7*	*4.6*
% con condición	*12.9*	*1.6*	*100.0*

* < 1 %
Porcentajes obtenidos del total de la población en cada condición.
Estudio Nacional de Salud Mental. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Secretaría de Salud.

tivamente mayor entre los jóvenes, en tanto que la depresión fue más frecuente en la población de mayor edad. También el estado civil fue diferente, observándose un mayor índice de intentos de suicidio entre los casados, en tanto que la proporción de divorcios o viudos estuvo sobre-representada entre los casos de depresión en relación con su proporción en la población total estudiada. La escolaridad de los parasuicidas y de las personas que presentan altos índices de depresión es más baja que en la población general.

Utilización de servicios

El 7% de la población total estudiada reportó haber estado incapacitada para asistir al trabajo o a la escuela, o para realizar sus actividades diarias a causa de padecimientos mentales de distinta índole. El índice de incapacidad fue significativamente mayor en la población con niveles altos de depresión (24%) y en la que había intentado suicidarse (37%).

Por lo que se refiere al tipo de ayuda recibida, observamos que los familiares y los amigos constituyen el primer recurso de la población cuando padece de problemas emocionales —poco más de la mitad de la población mencionó este recurso. Esta proporción se mantiene igual en los sujetos deprimidos y en los parasuicidas. La automedicación constituye el segundo recurso, y es significativamente mayor en los deprimidos. Los sacerdotes y los ministros constituyen la tercera fuente de ayuda, especialmente para los deprimidos. Los curanderos y los yerberos fueron consultados solamente por un 2.2% de la población, pero debe recordarse que estamos hablando solamente de la población urbana.

Un 5% ha solicitado ayuda en los servicios de medicina general. Una proporción semejante ha recurrido a los servicios especializados de salud mental de los centros de seguridad social (IMSS, ISSSTE), y un 2.5% a los servicios especializados para la población abierta (Secretaría de Salud y Servicios Descentralizados a los Estados).

En general, la población con niveles altos de depresión utiliza con más frecuencia los recursos formales de atención médica que la población que ha intentado suicidarse; la única excepción la constituyen los servicios para población abierta, a los que recurren con más frecuencia estos últimos.

Poco más de 6 sujetos de cada 100 de la población han recibido atención especializada, especialmente en forma de psicofármacos y consejos. Solamente un 1.9% indicó haber recibido psicoterapia; el índice de hospitalización psiquiátrica en la población fue de 3 sujetos por cada 1000. La población más afectada por la depresión y la población parasuicida han recibido más ayuda que la población general; los parasuicidas recibieron consejos, y los deprimidos, consejos y psicofármacos (cuadro 5).

Razones por las que no solicitó ayuda

Esta pregunta la respondieron todas aquellas personas que reportaron nunca haber solicitado ayuda cuando han tenido problemas nerviosos o emotivos, ni a los recursos formales ni a los informales, incluyendo a sus familiares y a sus amigos*. Como

* Los recursos incluidos en el interrogatorio aparecen en el cuadro 6.

Cuadro 5
Utilización de servicios

	Población con niveles altos de depresión	*Población con intento de suicidio*	*Población total*
Proporción de la población con esta condición	12.9	1.6	100.0
Incapacidad			
Trabajo/escuela/ actividades diarias	24.2	37.7	6.97
Tipo de ayuda cuando tiene problemas de salud mental			
Automedicación/ remedios caseros	19.4	7.4	14.8
Familiar/amigo	56.2	65.2	53.9
Sacerdote/ministro	16.1	10.9	10.0
Agente comunitario	1.5	2.5	0.7
Curandero/yerbero	3.7	2.2	2.2
Dispensario médico	5.2	2.9	2.8
Especialistas: psicólogo/psiquiatra	7.9	9.5	4.5
Servicio médico en un centro de salud	10.4	6.5	4.6
Servicios de salud mental a población abierta	6.1	12.6	2.5
Servicios de salud mental a seguridad social	7.7	5.4	4.9
Centro de salud mental especializado	2.1	1.0	1.4
Tipo de tratamiento que ha recibido			
Psicoterapia	6.0	7.1	1.9
Consejos	14.3	22.8	6.3
Psicofármacos	14.9	7.5	6.7
Internamiento hospitalario	0.7	0.5	0.3

Porcentajes obtenidos del total de la población en cada condición.
Estudio Nacional de Salud Mental. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Secretaría de Salud.

puede observarse, las razones más importantes son las personales que tienen que ver con el desconocimiento del tratamiento especializado en salud mental, y con los prejuicios. Las razones relacionadas con la accesibilidad a estos servicios y con las dificultades por el trabajo o por el cuidado de los niños, no fueron muy frecuentes, con excepción del desconocimiento del lugar en dónde solicitar la ayuda requerida. Entre 3 y 5 de cada cien personas dieron razones relacionadas con los problemas inherentes a la obtención del servicio, como el tener que esperar mucho tiempo para obtener una cita, la falta de disponibilidad del servicio y los problemas de horario.

Cuadro 6
Razones por las que no recibió ayuda cuando tenía problemas de salud

Razones personales	
Pensó que otra persona podría ayudarlo	22.5 %
Pensó que nadie podría ayudarlo	7.6 %
Podrían no entender su problema	6.0 %
Por vergüenza	4.4 %
Terror al tratamiento	3.2 %
Razones relacionadas con el servicio	
No estaba disponible	3.0 %
El horario no era conveniente	3.8 %
Tenía que esperar mucho/llenar muchas formas	4.0 %
Tenía que esperar mucho tiempo para tener cita	4.6 %
Razones relacionadas con la accesibilidad	
No sabía a donde ir	7.5 %
Costaba mucho	3.4 %
Necesitaba que le cuidaran a los niños	2.4 %
Perdería dinero en su trabajo	2.1 %
No tenía modo de llegar	2.3 %

Conclusiones

El estudio de la depresión y el de la ideación suicida son muy importantes por considerarse éstas como factores de riesgo para el suicidio consumado.

Los hallazgos arrojados por la presente investigación permiten elaborar el perfil demográfico de la población que intenta suicidarse: ser mujer, tener menos de 35 años, una pareja estable y un bajo nivel de escolaridad.

En cuanto a la depresión, se encontró que las mujeres de 35 años en adelante son las que presentan depresión severa con mayor frecuencia.

Es importante mencionar el grado de incapacidad al que pueden llegar estas personas para realizar sus actividades diarias (como ir al trabajo o a la escuela) a causa de sus padecimientos emocionales, principalmente cuando han llegado a intentar suicidarse. También es importante mencionar lo poco que utilizan los servicios formales de ayuda, en muchos casos por desconocer que los hay, recurriendo en mayor medida al apoyo familiar o al de sus amigos. Se considera conveniente indagar cuál es la percepción y las actitudes de la comunidad respecto a la enfermedad mental y a los recursos de ayuda.

La información obtenida permite participar en la planeación de estrategias que ayuden a implementar programas de prevención para reducir la incidencia de los trastornos emocionales, tanto leves

como severos, y las manifestaciones violentas, como son el intento de suicidio, el suicidio y el homicidio.

REFERENCIAS

AYUSO CS, LOPEZ GO, PEREZ PE: Encuesta para detectar trastornos mentales en una muestra de la población militar y derechohabientes del Ejército Mexicano. Tesis Recepcional de la Escuela Médico Militar. 1968.

CABILDO HM: Encuesta para detectar trastornos psíquicos. *Higiene*, 18:188-208, 1967.

CARAVEO AJ, CALATAYUD A, LOPEZ MS: Evaluación de la salud mental ocupacional. *Salud Pública de México,* 27:391-401, 1985.

DE LA PARRA A, ESCOBAR O, RUBIO S: Características psicosociales de los pacientes crónicos hospitalizados. *Salud Pública de México*, 25:161-172, 1983.

DURKHEIM E: *El Suicidio.* Universidad Nacional Autónoma de México, 1974.

GOLDBERG DH: *The General Health Questionnaire.* Oxford University Press. Londres, 1972.

GORENC KD, NADELSTICHER A: Cifra oscura del suicidio en México (1969-1979). *Cuadernos del Instituto Nacional de Ciencias Penales.* 22. 1985.

HEMAN A: Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. *Memorias III Reunión de Investigación y Enseñanza.* Instituto Mexicano de Psiquiatría, 201-208, 1986.

MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, CAMPILLO C, EZBAN M, CORONA J: The factor estructure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine,* 13:355-361, 1983.

MEDINA-MORA ME, GARCIA ZG, RASCON ML, OTERO BR: Variables culturales relacionadas con las prácticas de consumo de bebidas alcohólicas. *Memorias de la III Reunión de Investigación y Enseñanza.* Organizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, 167-172. México, 1986.

OKASHA A, LOTAIF F, SADEK A: Prevalence of suicidal feellings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiat,* 63:409-415. Sacand. 1981.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Manual de clasificación de estadísticas internacionales de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Washington, D.C., 1:230-835, 1986.

PADILLA P, MAS C, EZBAN BM, MEDINA-MORA ME, PELAEZ O: Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental,* 7(3):72-78, 1984.

PADILLA P, PELAEZ O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental,* 8(3):66-72, 1985.

RADLOFF LS: The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement,* 1(3):385-401, 1977.

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA: Anuario estadístico, 1980.

SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMILOGIA, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA: Encuesta Nacional de Adicciones, 1989.

STACK S: The effects of marital dissolution on suicide. *J Marr Fam,* 42:83-91, 1980b.

TERROBA GG: Evaluación del riesgo en parasuicidio y suicidio consumado. *Memorias de la II Reunión de Investigación y Enseñanza.* Instituto Mexicano de Psiquiatría. 153-157, 1984.

TERROBA GG, SALTIJERAL MT: Desesperanza, consumo de alcohol e ideación suicida en población de práctica médica general. Reporte Interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1987.