

Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda*

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

Summary

The purpose of the present study was to identify the level of depressive symptomatology (conceptualized by our respondents as *nervios*), the use of mental health services or sources of alternative help, the use of medication and the reasons associated with this utilization in two groups of rural-origin Mexican women. Group 1 was formed by two hundred married women living in the rural areas of the state of Jalisco; Group 2 was comprised by one hundred adult women born and raised in Mexican rural communities, but who had migrated to the U.S. and resided in the city of Los Angeles. Women from group 1 had a mean score of 14.2 in the CESD, the situations reported more frequently belonged to the CESD dimension of negative affect. Among respondents of group 2, the mean for depressive symptomatology was 13.2, and most of the situations belonged to the dimensions of negative affect and somatization. Most of the women interviewed indicated that when they have emotional problems they tend to seek the help of a male or female friend, or use home remedies for the same purpose. One-half of the women used prescribed medication and home remedies to alleviate their suffering from *nervios*. A high proportion of our subjects indicated that they "never" drink alcohol, or that they drink it "less than once a year". On the other hand, fourteen percent of our respondents from both groups indicated that their husbands used psychoactive substances, such as marijuana and cocaine, while 63 % of group 1 and 82 % of group 2 reported that their spouses used alcohol regularly.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue identificar el nivel de sintomatología depresiva (considerada por los sujetos como *nervios*), el uso de servicios de salud mental o fuentes alternativas de ayuda, el consumo de medicamentos y las razones por las que los consumen, en 2 grupos de mujeres mexicanas de origen rural. El grupo 1 estuvo formado por 200 mujeres casadas que vivían en poblados rurales del estado de Jalisco, y el grupo 2 por 100 mujeres adultas originarias de comunidades rurales mexicanas pero que vivían en la ciudad

de Los Angeles, Ca. En el grupo 1 se encontró una media de sintomatología depresiva (CESD) de 14.2, y en el grupo 2, de 13.2. En ambos grupos, los reactivos con las medias más altas pertenecían a las dimensiones de afecto negativo y somatización. La mayoría de las mujeres entrevistadas indicó que cuando tiene algún problema emocional acude con un amigo o amiga en busca de ayuda, o bien, recurre a los remedios caseros. El 50 % de las mujeres entrevistadas consume drogas médicas o remedios caseros, y se observó que la razón por la que las usan es por padecer de *nervios*. Un porcentaje alto de nuestras entrevistadas dijeron "nunca" consumir alcohol, o consumirlo "menos de una vez al año". Por otro lado, un 14 % de las mujeres de ambos grupos señaló que su esposo utilizaba alguna sustancia psicoactiva, como la marihuana y la cocaína, y el 63 % del grupo 1 y 82 % del grupo 2 informaron que sus esposos utilizaban alcohol regularmente.

Introducción

En las últimas cinco décadas, los trastornos mentales han sido reconocidos como uno de los problemas de salud aún sin resolver que se padecen en México (6). Como parte de este problema, la salud mental femenina presenta aún mayores limitaciones, distorsiones y francas lagunas; esto ha sido documentado ampliamente (13). Las condiciones sociales, culturales y medioambientales como precursoras de los trastornos mentales adquieren un matiz particularmente importante cuando hablamos del rol de las mujeres. En México, como se ha documentado consistentemente, a la mujer se le asigna tradicionalmente una condición social de inferioridad con respecto a la del hombre. La opresión y la dependencia son características de su rol social (13). El rol tradicional asignado a la mujer en México, tiende a magnificarse en el contexto de las comunidades rurales, en donde, además, los bajos niveles de escolaridad de la población están relacionados con carencias socioeconómicas, lo que le impide a la mujer reafirmar su condición de igualdad con respecto al hombre.

En las comunidades rurales de Latinoamérica, las mujeres se preocupan por los problemas fundamentales para la supervivencia del grupo familiar, como la alimentación, la salud y la educación de sus hijos. La baja calidad de vida y su efecto dentro del medio social en que viven influye profundamente en las alternativas para lograr un bienestar generalizado (4).

* Este trabajo fue presentado en la 102 Convention of the American Psychological Association, en Los Angeles, California, el 12 de agosto de 1994.

** Investigador titular "B"

*** Asistente de Investigación. División de Estudios Epidemiológicos y Sociales.

Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, México, D.F.

**** Investigadora, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).

Las mujeres de bajo nivel socioeconómico están expuestas a una gran cantidad y variedad de estímulos adversos, generadores de estrés psicológico, que a su vez contribuyen a la manifestación de sentimientos de opresión, desesperanza, inseguridad y aislamiento social (1). Estas condiciones sitúan a las mujeres pobres en una posición aún más vulnerable que a las mujeres de la población general para el desarrollo de problemas de salud física y mental. Se ha documentado que las mujeres padecen de trastornos mentales, especialmente depresión, con mayor frecuencia que los hombres; estos últimos, por su parte, padecen con más frecuencia de alcoholismo, diferencia que se mantiene en los distintos grupos étnicos, clases sociales, niveles de educación y ocupación, y en países tan diferentes como son los Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Kenia, Nigeria y Brasil (20). En México, aunque son inexistentes las bases de datos de la población rural, en la población urbana se ha encontrado que las mujeres acuden a la consulta médica general en una proporción de cinco por cada dos hombres (18). Esto se interpreta con frecuencia erróneamente, como que las mujeres padecen más a menudo de trastornos mentales que los hombres.

En cuanto a la atención que reciben las mujeres que padecen de trastornos de salud mental, sabemos que los servicios especializados del sistema general de salud se caracterizan por una gran desigualdad en cuanto a sus recursos y la calidad de los servicios que ofrecen. Para la población no derechohabiente, como es la mayoría de la población rural mexicana, se han establecido instituciones separadas, generalmente con menores recursos y, como consecuencia, con servicios de menor calidad (7). En este sentido, de las personas que requieren de ayuda especializada, sólo alrededor de un 5 % la solicitan a los servicios pertinentes, ya sean de medicina general o a los especializados del IMSS o del ISSSTE (16). Por diversas razones, que van desde el desconocimiento, la desconfianza, los trámites prolongados y la insatisfacción con los servicios, las personas que los necesitan acuden con más frecuencia a familiares y amigos, a los remedios caseros, a los curanderos, a los templos espiritualistas y a los sacerdotes, o recurren a la automedicación (3, 14,16). En muchos países hay preocupación por la excesiva medicación de las mujeres. Burin (2), en una revisión de la literatura, menciona que en los Estados Unidos, Inglaterra y Canadá (países que estudiaron esta problemática) se ha encontrado una proporción de dos mujeres por un hombre en la prescripción de psicofármacos. Concluye que las mujeres de niveles socioeconómicos bajos parecen tomar más medicamentos que las de otros sectores. En México, aún no se cuenta con estadísticas precisas sobre la prescripción de psicofármacos en las mujeres* (13). Por otro lado, hay estudios que sugieren que el uso de alcohol está relacionado con la disminución de la tensión asociada con los problemas de la vida cotidiana. Incluso se ha señalado que las personas que se en-

frentan a situaciones estresantes tienden a reducir el estrés "automedicándose" con alcohol (12,17).

El acceso a la atención en salud mental es muy limitado en las áreas rurales para las personas que no cuentan con seguridad social, sino que son atendidas por la Secretaría de Salud. Los problemas psicológicos y psiquiátricos que se presentan en los centros de salud, como ansiedad y depresión, no reciben atención por falta de personal calificado. Los problemas de la pareja, el maltrato físico y la violación son también frecuentes (13). Concretamente, en las poblaciones rurales se ha documentado la importancia que tienen las redes de apoyo social sobre las que descansa el bienestar de muchos de los pobladores de estas áreas (23). Por otro lado, a pesar de que en la literatura se cuenta con numerosos estudios sobre la construcción cultural de la enfermedad mental (11,15), no existen aún investigaciones que expliquen los procesos de interpretación y definición sociocultural del constructo "enfermedad mental" en las comunidades rurales de México. Sin embargo, los estudios realizados en algunos grupos de mexicanos, así como de México-Americanos, sugieren que la manifestación de los conflictos emocionales, como la depresión, la somatización y la ansiedad, se reconocen y se consideran como *nervios* (8).

La amplitud y la inexactitud de definiciones como ésta, hacen que sea realmente imposible comparar este tipo de problemas con las categorías tradicionales de la enfermedad mental. Los *nervios* son parte de una etnotipología de problemas de salud en las comunidades mexicanas, que son tratados, generalmente, con remedios caseros debido a que su manifestación no se considera de suficiente gravedad como para requerir los servicios de médicos especializados (22).

El presente trabajo tiene como objetivo identificar el nivel de la sintomatología depresiva (considerada por los sujetos como *nervios*), el uso de los servicios de salud mental o de las fuentes alternativas de ayuda, el consumo de medicamentos y las razones de su utilización, en dos grupos de mujeres mexicanas de origen rural.

Método

Sujetos

Los sujetos del presente estudio fueron 300 mujeres adultas que pertenecían a dos grupos con características diferentes:

- 1) El grupo 1 estuvo formado por 200 mujeres casadas que vivían en poblados rurales del estado de Jalisco. Estas mujeres tenían una edad promedio de 34 años, una media de 6 años de escolaridad, 14.5 años de matrimonio y 4 hijos. El 46 % de las mujeres de este grupo reportó dedicarse únicamente a las labores del hogar, y la gran mayoría (98 %) reportó ser católica.
- 2) El grupo 2 estuvo formado por 100 mujeres adultas originarias de comunidades rurales mexicanas, pero que vivían en la ciudad de Los Angeles, Ca. Estas mujeres tenían una edad promedio de 31

*Lara MA, Acevedo M: Uso de servicios de salud mental por mujeres en población general. Resultados preliminares. Reporte Interno, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales IMP, 1993.

años, una media de 8.5 años de escolaridad, 7.9 años de matrimonio y 3 hijos en promedio. Todas las mujeres de este grupo trabajan fuera del hogar y el 90 % reportó ser católica. Las mujeres de este grupo tenían en promedio 6.7 años de haber emigrado a la ciudad de Los Angeles.

Muestra

Para seleccionar al grupo 1, se llevó a cabo un muestreo probabilístico sistemático en trece poblados del estado de Jalisco, los cuales tenían menos de cinco mil habitantes y estaban ubicados a una distancia mínima de 50 kms de la zona urbana.

El segundo grupo fue una muestra intencional que se levantó en la Ciudad de Los Angeles, Ca. por medio de un anuncio en un diario en español, publicado en esa ciudad, solicitando mujeres mexicanas rurales que quisieran participar en el estudio. En el anuncio se proporcionaba un número telefónico para concertar la entrevista. Una vez que se recibía la llamada, se les hacían las preguntas de filtro para seleccionarlas.

Procedimiento

Las mujeres del grupo 1 fueron entrevistadas en sus hogares. Las mujeres del grupo 2 fueron entrevistadas personalmente, después de haber hecho una cita por teléfono con la entrevistadora y haber llenado los criterios de selección para ser incluidas en la muestra. Todas las entrevistas fueron anónimas y confidenciales.

Instrumento

Se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada en la que se les preguntaba acerca de su utilización de los servicios de salud mental o fuentes alternativas de ayuda, su consumo de medicamentos y las razones por las que los usaban. Para explorar la variable de sintomatología depresiva se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) (19), que es una escala de 20 reactivos. Al entrevistado se le preguntaba el número de días durante la última semana en que se sintió como lo indica cada uno de los reactivos, donde 0 = ningún día y 3 = de 5 a 7 días. Se obtuvo un alpha de Cronbach de .91.

Resultados

En el grupo 1 se encontró una media de sintomatología depresiva de 14.2 (D.S. = 13) y los reactivos del CESD señalados con mayor frecuencia fueron: "sentí que no podía quitarme de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares y amigos" (\bar{X} = .9, D.S. = 1.1), "me sentí deprimida" (\bar{X} = 1.03, D.S. = 1.2), "sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo" (\bar{X} = .89, D.S. = 1.1), "mi sueño fue inquieto" (\bar{X} = .95, D.S. = 1.2), "me sentí sola" (\bar{X} = 1.1, D.S. = 1.2), "me sentí triste" (\bar{X} = 1.0,

D.S. = 1.1). La mayoría de estos reactivos pertenecen a la dimensión de afecto negativo, y dos pertenecen a la dimensión de somatización/acción retardada. En el grupo 2 se encontró una media de sintomatología depresiva de 13.2 (D.S. = 8.6), y los reactivos señalados como los más frecuentes fueron "me molestaron cosas que usualmente no me molestan" (\bar{X} = .80, D.S. = .9), "tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo" (\bar{X} = .90, D.S. = .8), "sentí que todo lo que hacía requería de un esfuerzo" (\bar{X} = 93, D.S. = .9), "hablé menos de lo usual" (\bar{X} = .82, D.S. = 1). En el caso de este grupo, todos los reactivos pertenecen a la dimensión de somatización/acción retardada. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva entre ambos grupos. En el trabajo de Salgado de Snyder y Maldonado (21) se encuentra información más detallada sobre el uso del CES-D en las mujeres campesinas.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud mental, el análisis de las respuestas se resume en la tabla 1, donde se observa que la mayoría de las mujeres entrevistadas, tanto en México (grupo 1) como en Estados Unidos (grupo 2), indicó que cuando tiene algún problema emocional o padece de *nervios*, acude con un amigo o amiga en busca de ayuda, el cual generalmente la aconseja. Sólo una persona del grupo 2 reportó que además de los consejos, su amigo le había proporcionado remedios para solucionar su problema. Los remedios caseros ocuparon el segundo lugar en cuanto a la frecuencia con que los utilizan para resolver los problemas emocionales o los *nervios*. Este tipo de remedios incluía tés e infusiones de plantas medicinales, tales como: azahar, tila, diente de león, pasiflora y valeriana. También se reportó que ingieren leche caliente con hojas de naranjo, whisky, y café con chocolate. A pesar de que la utilización de los servicios prestados por yerberas y curanderas es

TABLA 1
Fuentes de ayuda para los problemas emocionales

	Grupo 1 N = 200	Grupo 2 N = 100
¿Cuándo tiene algún problema de <i>nervios</i> o de sus emociones a quién acude, qué tipo de ayuda recibe o qué hace?*		
Amigo	101	72
Consejo	101	71
Remedios	0	1
Centro Salud/dispensario	6	6
Consejo	1	1
Remedios	2	1
Medicamentos	3	4
Sacerdote	4	5
Consejo	4	4
Remedios	0	1
Yerbera	1	0
Remedios	1	0
Con nadie	0	1
Otro	0	3
Consejo	0	2
Nada	0	1
Remedios caseros	15	9

* Las cifras presentan la frecuencia con que fue mencionada cada una de las fuentes de ayuda.

una práctica generalizada en el México rural, es interesante hacer notar que solamente una persona del grupo 1 mencionó acudir a la yerbera o curandera para solucionar sus problemas de *nervios*; ésta le indicó que usara remedios.

El centro de salud o el dispensario médico de la comunidad ocupó el tercer lugar en cuanto a su utilización para solucionar los problemas emocionales. Seis de nuestras entrevistadas de cada grupo, que habían utilizado estos servicios, indicaron que fueron atendidas por un médico, el cual les proporcionó medicamentos, remedios y consejos. Entre los medicamentos prescritos se mencionaron los tranquilizantes, como el Ativan, el Tafil, el Valium y el Motival.

El sacerdote, como figura de apoyo y autoridad moral, ocupó el cuarto lugar en cuanto a la frecuencia

con que nuestras entrevistadas acuden con él en busca de ayuda. El sacerdote, por lo general, les daba consejos para solucionar sus problemas. Solamente una persona del grupo 2 reportó que el sacerdote le había recomendado un remedio casero para ayudarla a solucionar su problema.

Por otro lado, diecinueve personas del grupo 1 indicaron que a pesar de haber pedido ayuda para solucionar algún problema emocional, ésta les había sido negada. Solamente una persona del grupo 2 informó haber solicitado ayuda en alguna ocasión y habersele negado, pero no especificó el tipo de situación en que esto sucedió. Tres mujeres del grupo 1 indicaron que al solicitar consejo a alguna amiga, ésta se había burlado de ellas y de sus problemas. Cuatro mujeres reportaron que su problema emocional se debía a carencias económicas, y al solicitar un préstamo, lo cual hubiera solucionado su problema, éste les fue negado. Solamente una persona señaló que una amiga se había negado a cuidarle a su hijo, lo que había originado sus *nervios*. Finalmente, once de las mujeres entrevistadas indicaron que ante el problema que sufrían buscaron la ayuda de diferentes fuentes, pero ésta les había sido negada rotundamente. Estas fuentes fueron identificadas como el DIF municipal, médicos, centros espirituales y miembros de la familia.

Se exploró la utilización de medicamentos preguntando "¿qué drogas médicas consume?" "¿por qué razón?", "¿cuándo fue la primera vez que la usó" y "¿cuándo fue la última vez que la usó?". La tabla 2 muestra los resultados. Es importante señalar que la mayoría de los sujetos incluyó bajo este rubro respuestas relacionadas *no* con el uso de drogas médicas, sino de remedios caseros, por lo que es importante enfatizar que cuando nos referimos a "medicamentos," esta categoría incluye tanto drogas médicas como remedios caseros. Se puede observar en esta tabla que el 50 % del grupo 1 y el 25 % del grupo 2 reportó usar algún medicamento para los *nervios*; el uso simultáneo de dos medicamentos de este tipo fue reportado apenas por el 10 % del grupo 1 y el 5 % del grupo 2, mientras que sólo un 3 % del grupo 2 y ninguna persona del grupo 1 indicaron consumir tres medicamentos a la vez.

De las mujeres que indicaron consumir medicamentos, encontramos que la mayoría utiliza remedios caseros por diferentes razones, siendo la razón principal el padecer de *nervios*. En segundo lugar también encontramos que usan tranquilizantes (drogas médicas) para calmar los *nervios*. En tercer lugar encontramos que usan analgésicos para calmar los dolores de cabeza o de espalda, los cuales atribuyen también a los *nervios*. Es interesante notar que, ya sea que usen remedios caseros o cualquier tipo de droga médica, la razón principal por la que las usan es por padecer de los *nervios*. La edad promedio para iniciar el consumo de estos "medicamentos" fue de 24 años, lo cual indica que empezaron a usar estos remedios aproximadamente uno o dos años después de casadas. El patrón de consumo de un segundo medicamento es muy similar al patrón de consumo del primero, y de la misma forma, la razón principal por la que lo consumen es por padecer de *nervios*.

TABLA 2
Consumo de medicamentos

	Grupo 1 N = 200	Grupo 2 N = 100
<i>Porcentaje de mujeres que simultáneamente consumen</i>		
1 medicamento	50 %	25 %
2 medicamentos	10 %	5 %
3 medicamentos	0 %	3 %
<i>¿Qué medicamentos consume y por qué razón?</i>	N	N
Remedios	59	16
Dolor	0	1
Nervios	54	11
Descansar	5	3
Otros	0	1
Homeopatía	3	1
Dolor	0	1
Nervios	3	0
Drogas Médicas		
Tranquilizantes	10	1
Dolor	1	0
Nervios	7	1
Descansar	2	0
Analgésicos	5	5
Dolor	3	4
Nervios	1	0
Descansar	1	1
Antiepilépticos anticonvulsionantes	2	0
Nervios	2	0
Antidepresivos	1	0
Depresión	1	0
Otros	3	1
No especificó	7	2
Dolor	0	1
Nervios	6	1
Descansar	1	0
	\bar{X}	\bar{X}
<i>Última vez que la usó (meses)</i>	19 (D.E. = 60.6)	13 (D.E. = 6.5)
<i>Primera vez que la usó (edad)</i>	24 (D.E. = 12.2)	22 (D.E. = 10.8)

* Incluye remedios caseros y drogas médicas

TABLA 3
Uso de alcohol

	Grupo 1 N = 200 %	Grupo 2 N = 100 %
<i>Frecuencia de consumo (bebidas alcohólicas)</i>		
Nunca	46	32
Menos de una vez al año	23	38
Por lo menos una vez al año	31	30
<i>Qué bebidas alcohólicas utiliza</i>		
Cerveza	57	61
Mezcal/tequila	10	14
Destilados	31	20
Alcohol combinado	1	0
De todo	1	5
<i>Qué cantidad consume (cuántas copas cada vez)</i>		
Una o dos	74	27
Tres o cuatro	22	46
Cinco o más	4	27

Para explorar el uso del alcohol se preguntó: ¿qué tan frecuentemente utiliza alcohol?, las respuestas tenían tres categorías predeterminadas: "nunca", "menos de una vez al año", "por lo menos una vez al año". En la tabla 3 encontramos que un alto porcentaje (46 %) de las mujeres del grupo 1 reportó que "nunca" consume alcohol; mientras que en el grupo 2, la mayoría de las mujeres (38 %) dijo consumir alcohol "menos de una vez al año" y 30 % que lo consume "por lo menos una vez al año". De las mujeres que consumen alcohol, la mayoría de ambos grupos (57 % del grupo 1; 61 % del grupo 2) prefieren tomar cerveza y, en general, no consumen más de tres o cuatro cervezas cada vez. Finalmente, sólo un pequeño porcentaje de las mujeres de ambos grupos (3 %) reportó que alguna vez se había visto afectada su actividad por el consumo de alcohol.

Se exploró también la utilización de alcohol y sustancias psicoactivas (drogas no médicas) en los esposos de nuestras entrevistadas, y se encontró, como se observa en la tabla 4, que un porcentaje similar de las mujeres de ambos grupos (14 %) reportó que su esposo usa alguna droga, como la marihuana y la combinación de marihuana con cocaína. En cuanto al uso de alcohol de los esposos, un porcentaje alto de las mujeres de ambos grupos (63 % del grupo 1 y 48 % del grupo 2) indicaron que sus esposos consumen alcohol de manera regular. Cincuenta y cuatro por ciento del grupo 1 y 82 % del grupo 2 reportaron que su esposo utiliza de manera preferente cerveza, aunque también se puede ver que el consumo de destilados ("vino") fue reportado en un alto porcentaje por el grupo 1 (25 %). Cuando se le preguntó a las mujeres "¿qué tan frecuentemente se emborracha su esposo?", el 21 % del grupo 1 y el 7 % del grupo 2 indicó que sus esposos se emborrachaban aproximadamente cada mes. Mientras que el 26 % del grupo 1 y el 33 % del grupo 2 reportó que sus esposos lo hacen cada semana.

Discusión

En México todavía se desconoce la magnitud y la naturaleza de las enfermedades mentales que afectan a los pobladores de las áreas rurales. Tampoco hay estudios que documenten la necesidad de implementar servicios especializados en salud mental en estas poblaciones. Estos son retos particularmente difíciles ya que en estas comunidades, las conductas asociadas con la enfermedad mental son muchas veces interpretadas en forma radicalmente diferente a las consideraciones propuestas por la psiquiatría moderna. Las expresiones culturales de trastornos emocionales, tales como *nervios*, "susto" y otras alteraciones, se han reportado desde hace tiempo, sobretudo en las mujeres de las áreas rurales (8,10), entre las cuales los roles tradicionales del género, aunados a las múltiples carencias que rodean su vida cotidiana, tienden, por un lado, a perpetuar estados emocionales negativos, y por otro, a limitar su acceso a los servicios especializados.

Las mujeres entrevistadas en este estudio padecen de problemas emocionales que se reflejan en la expresión de sintomatología depresiva, caracterizada por la falta de afecto positivo y la presencia significativa de afecto negativo y somatización. Se han reportado resultados similares en estudios anteriores de la misma población (18). También observamos que el malestar emocional de las mujeres entrevistadas (sintomatología depresiva) se consideró como *nervios*. Debido a la interpretación cultural de su padecimiento, éste puede ser atribuido a causas no relacionadas con el problema real que enfrentan y, por lo mismo, algu-

TABLA 4
Uso de alcohol y sustancias psicoactivas (esposos)

	Grupo 1 N = 200 %	Grupo 2 N = 100 %
<i>Su esposo usa drogas</i>		
Sí (cuáles)	14	10
No sabe	21	32
Marihuana	71	68
Cocaína y marihuana	8	0
No	86	90
<i>Su esposo consume alcohol regularmente</i>		
Sí (qué toma)	63	48
cerveza	54	82
mezcal/tequila	8	11
destilados	25	2
alcohol	3	0
alcohol combinado	4	2
de todo	5	3
no sabe	1	0
No	37	52
<i>Con qué frecuencia se emborracha su esposo</i>		
Nunca	17	23
Casi nunca	31	32
Aprox. cada mes	21	9
Aprox. cada semana	26	33
Diario	0	3
No sabe	5	0

nas veces la búsqueda de ayuda se lleva a cabo por medio de métodos alternativos. Heller y cols. (9) sugieren que dentro de la cultura mexicana tradicional, el padecer de *nervios* es considerado como algo normal para las mujeres casadas; muchas veces se acepta este padecimiento debido a la imposibilidad de la mujer de responder satisfactoriamente a sus múltiples obligaciones.

Encontramos que ninguna de las mujeres que vive en México había utilizado los servicios especializados de salud mental, a pesar de reportar altos niveles de sintomatología depresiva o *nervios*. Sin embargo, en las comunidades rurales es importante hacer notar el papel que desempeñan las fuentes alternativas de ayuda, las cuales parecen tener una función igualmente terapéutica, como son las redes de apoyo social y los remedios caseros. Los problemas de *nervios* los solucionan frecuentemente utilizando sus redes de apoyo social, y los integrantes de estas redes contribuyen a solucionar los problemas proporcionando consejos y ayuda práctica o instrumental (prestándoles dinero, cuidándoles a los niños, etc.). El uso de remedios caseros surge también como respuesta eficaz debido a la carencia de servicios especializados.

En relación con las mujeres de origen rural que emigraron a los Estados Unidos, fue interesante observar que, con excepción de dos casos, tampoco

utilizan los servicios especializados, a pesar de que, por un lado, manifiestan un alto nivel de sintomatología depresiva y, por otro, tienen acceso a una amplia gama de este tipo de servicios. Estas mujeres, al igual que sus contrapartes en México, utilizan con mayor frecuencia sus redes de apoyo social y los remedios caseros para solucionar los problemas de *nervios*.

En esta muestra el uso del alcohol no representa un problema importante, a pesar de que hay reportes que indican que esta práctica tiende a disminuir el estrés (12,17). Sin embargo, el reporte verbal de nuestras entrevistadas, en relación con el consumo de alcohol de sus cónyuges, indica que ellos presentan no sólo un consumo elevado de alcohol, sino también la utilización de sustancias psicoactivas, como la marihuana y la cocaína.

Finalmente, es importante hacer notar que se requiere de información que responda a los cuestionamientos generados por la gran laguna que existe en el conocimiento de esta área. Es necesario llevar a cabo investigaciones que nos permitan identificar la problemática de salud mental de los pobladores de las áreas rurales de nuestro país y conocer no sólo los problemas mentales que prevalecen, sino entender también la interpretación sociocultural de esos problemas y la forma en que los resuelven o en la que se enfrentan a ellos por medio de la utilización de los recursos a su alcance.

REFERENCIAS

1. BELLE D (Ed.): *Lives in Stress: Women and Depression*. Sage Publications. Beverly Hills, 1982.
2. BURIN M, MONCARZ E, VELAZQUEZ S: *El Malestar de las Mujeres*. La Tranquilidad Recetada. Paidós México, 1990.
3. CUEVAS S, GUTIERREZ E, VILCHIS M: Trastornos mentales en un grupo de mujeres inmigrantes. *La Psicología Social en México*, 3:67-71, 1990.
4. DALTABUIT M: Mujer rural, pobreza y medio ambiente. Ponencia presentada en el Foro sobre Mujer, Trabajo, Salud y Pobreza. Mayo 12 de 1993. El Colegio de México, 1993.
5. DE LA FUENTE R: Problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo. En: Martínez PA (ed). *Investigación en Salud. Informe de la Comisión de Investigación para el Desarrollo*. El Colegio Nacional, México, 299-315, 1991.
6. DE LA FUENTE R: Semblanza de la salud mental en México. *Salud Pública de México*, 30:861-871, 1988.
7. FRENK J: Integración de la prestación de los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 34:82-104, 1992.
8. GUARNACCIA P, FARIAS P: *The social meaning of nervios: A case study of a Central American woman*. *Social Science and Medicine*, 26:1223-1231, 1988.
9. HELLER P L, RIVERA-WORLEY M C, CHALFANT H P: Socioeconomic class, abnormal behavior and mental health. *Sociology of Health and Illness* 108-121, junio, 1987.
10. KLEINMAN A: *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley, 1980.
11. KLEINMAN A, GOOD B (Eds.): *Culture and Depression*. University of California Press, Berkeley, 1985.
12. LANG A A: Psychosocial factors in drinking performance and stress. En: LA Pohorecky, J Brick (eds), *Stress and Alcohol Use*. Elsevier Biomedical, 229-248, Nueva York, 1983.
13. LARA M A, SALGADO DE SNYDER V N: Mujer, pobreza y salud mental. En: Zsaz I, Salles V (eds.) *Las Mujeres en la Pobreza*. Colegio de México, GIMTRAP, 1994.
14. MAS C, CARAVEO J: La medicina folkórica, un estudio sobre la salud mental. *Revista Interamericana de Psicología*, 25:147-160, 1991.
15. MARSELLA A J, WHITE G M (Eds.): *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1982.
16. MEDINA MORA M E, RASCON M L, TAPIA R, MARIÑO M C, JUÁREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3:48-55, 1992.
17. NEF J A: Alcohol consumption and psychological distress among U.S. Anglos, Hispanics and Blacks. *Alcohol and Alcoholism*, 21:111-119, 1985.
18. PADILLA G, PELAEZ H: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*, 8:66-72, 1985.
19. RADLOFF E: The CESD Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1:385-398, 1977.
20. RUSSO N F, AMARO H, WINTER M: The use of inpatient mental health services by Hispanic women. *Psychology of Women Quarterly*, 11:427-442, 1987.
21. SALGADO DE SNYDER V N, MALDONADO M: Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) en mujeres mexicanas rurales. *Salud Pública de México*. 36:200-209, 1994.
22. TROTTER R T: Remedios caseros: Mexican American home remedies and community health problems. *Social Science Medicine*, 15B:107-114, 1981.
23. Young C E, Giles D E, Plant M C: Natural networks: Helping and help-seeking in two rural communities. *American Journal of Community Psychology*, 10:457-469, 1982.