

ESP, UNA ESCALA BREVE PARA IDENTIFICAR MALESTAR EMOCIONAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRIMER NIVEL: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS

Rosario Valdez Santiago*, V. Nelly Salgado de Snyder*

SUMMARY

The World Health Organization, in its report "Mental Health in the World" released in 2001 (WHO, 2002), suggests that approximately 450 million people in the world suffer some type of neurological or mental disorder; however, only a minority receive professional attention for their problems. Depression is the fourth disorder in terms of the weight of illness when measured in DALY's and it is the cause of losing one out of every ten years of healthy life, particularly in women, among whom depression is the most important cause of the weight of illness. In Mexico, according to recent data, depression is the disorder for which adult population seek help more frequently in first-level community-health centers in Mexico City, with a distribution of 34% of women and 1% men. Depression manifests itself in two women for every man, thus determining that the disability caused by mental or neurological disorders be 30% among women and only 12% among men. Similar results have been reported in our country, where depression affects women more severely and frequently than men. On the other hand, it has been documented that general physicians are able to identify only about one-half of the patients suffering disorders. De la Fuente and colleagues suggest that, according to previous research in this field, when brief and adequate screening tools are administered, the identification of mental problems by the general physician increases notably. The identification of possible cases with diagnosis of depression is an extremely useful prevention action because it allows to conduct early interventions of subclinic cases, which if not detected on time, could evolve into major depression.

Purpose: The purpose of this study was to conduct a series of statistical analyses aimed at determining the psychometric characteristics and the usefulness of a brief screening scale, the Personal Health Scale (*ESP, Escala de Salud Personal*), to identify generalized psychological or emotional distress and depressive symptomatology among women users of primary and secondary health care clinics of the three largest institutions of the health sector in Mexico: SSA, IMSS, and ISSSTE.

Method: We used the responses of 8,249 women who participated in the National Survey of Violence against Women conducted in 2003 (*Encuesta Nacional de Violencia hacia las Mujeres, ENVM*) by

the Women's Health Program and the Mexican National Institute of Public Health. In this national survey, the *ESP* was used to assess generalized psychological distress. This instrument was analyzed, obtaining descriptive statistics, reliability and validity (construct and criteria). We identified the presence and persistence of the emotional distress and determined a cut-off point for the scale, as well as the risk profiles.

Results: The *ESP* obtained a group mean of 16.3 (S.D.±5.5). It showed a high reliability (Cronbach Alpha of .85). The following were the items with the highest means for presence and persistence: «Have you felt tired?», «Have you felt nervous?» and «Have you felt tense or worried?». The factor analyses provided a three-factor solution with eigen values higher than 1. The identified factors were: 1. Negative affect (4 items, accounting for 44.0% of the variance); 2. Interpersonal relations (3 items, accounting for 12.1% of the variance; and 3. Flat affect (3 items, accounting for 3.7% of the variance). The combination of all three factors accounted for 63.4% of the total variance of the *ESP*. The cut-off point was determined using the group's mean value plus one standard deviation (16.3+5.5=21.8). Cases were grouped above and below the cut-off point. Sixteen percent of the women obtained scores of 22 and higher, suggesting the presence of some type of affective disorder, such as generalized psychological distress, depressive symptomatology or anxiety. An additional validation of the instrument was conducted by categorizing cases versus no-cases and three items that were indicators of well-being: Self-perception of health status, current use of medication or home remedies, and reporting a health problem. Findings revealed that 51.7% of the «cases» reported having a regular health status and one fourth reported their health was «bad» or «very bad»(p<.000). Most cases (62.3%) reported that, at the time the survey was conducted, they were taking some type of medication (p<.000) and were suffering health problems in the last month (75.5%) (p<.000). When analyzing the characteristics of this high risk group (scores of 22 and higher), we found that the group was formed by women with the lowest levels of education (illiterate and incomplete elementary school); they were 35 years and older; they were not receiving any help from any official programs aimed at helping the poor (Oportunidades); they were affiliated to the IMSS; and had been diagnosed with at

* Investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública.

Correspondencia: Dra. V. Nelly Salgado de Snyder. Directora de Bienestar Social y Salud Comunitaria del Centro de Investigación en Sistemas de Salud; Instituto Nacional de Salud Pública; Avenida Universidad 655; Colonia Santa María Ahuacatlán; 62508, Cuernavaca, Mor. México. e-mail: snyder@correo.insp.mx

Recibido primera versión: 6 de octubre de 2003. Segunda versión: 19 de marzo de 2004. Aceptado: 25 de marzo de 2004.

least one physical health problem.

Conclusion: The results of this study indicate that the *ESP* is a brief and easy tool for use in the general medical practice to identify the presence of generalized psychological distress, anxiety, somatization and conflicts among women users of health services provided by the public health sector. The *ESP* was easily understood even by patients with a very low level of literacy. Based on the fact that only a very small proportion of the population suffering mental problems receives attention for these types of ailments because of the absence of timely identification of the condition, it seems reasonable to propose the mandatory utilization of a tool such as the *ESP* for general practitioners in the first level of attention of the three largest health institutions in the health sector (IMSS, ISSSTE and SSA).

Key words: Emotional distress, depression, scales, Mexican women.

RESUMEN

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud, en su reporte sobre «Salud Mental en el Mundo» elaborado en 2001 (WHO, 2002), indica que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de alteración mental o neurológica; sin embargo, sólo una minoría recibe atención profesional para sus problemas. La depresión es el cuarto trastorno en cuanto al peso de la enfermedad medida en DALYs, y es la causa de pérdida de uno de cada diez años de vida saludable, sobre todo en las mujeres, entre las cuales la depresión es la causa primordial del peso de la enfermedad. En México, de acuerdo con datos recientes, en la población adulta, la depresión es el trastorno mental para el cual se solicita más frecuentemente ayuda en los centros del primer nivel de atención en el DF, con una distribución de 34% de las mujeres y sólo de 1% entre los hombres. En el mundo, la depresión se manifiesta en dos mujeres por cada hombre, lo que determina que la discapacidad producida por trastornos mentales y neurológicos en las mujeres sea de 30% y tan solo de 12% en los hombres. Resultados similares se han reportado en nuestro país, donde la depresión afecta con mayor frecuencia y gravedad a las mujeres que a los hombres. Por otro lado, también se ha documentado que los médicos generales logran identificar únicamente a la mitad de los pacientes que sufren trastornos mentales. Sin embargo, De la Fuente y colaboradores sugieren que, de acuerdo con investigaciones previas en este campo, cuando se aplican instrumentos de tamizaje adecuados y breves, la identificación de problemas mentales por el médico general mejora notablemente. De este modo, la identificación de posibles casos de depresión es una acción de prevención importante ya que permite llevar a cabo intervenciones tempranas en casos de cuadros subclínicos que, si no se detectan a tiempo, pudieran evolucionar hacia cuadros mayores.

Objetivo: Llevar a cabo una serie de análisis psicométricos para determinar la utilidad y el comportamiento de una escala breve (Escala de Salud Personal, ESP), a fin de identificar posibles casos de malestar emocional y sintomatología depresiva en mujeres usuarias de los servicios de salud en clínicas de primer y segundo nivel de atención de las tres dependencias más importantes del Sector Salud en México: la SSA, el IMSS y el ISSSTE.

Material y métodos: Se utilizaron las respuestas de 8,249 mujeres recabadas durante la Encuesta Nacional de Violencia hacia las Mujeres 2003 (ENVM), llevada a cabo por el Programa Mujer y Salud (PROMSA) de la SSA y el Instituto Nacional de Salud

Pública (INSP). Para medir el malestar emocional, se utilizó la Escala de Salud Personal (ESP), la cual se analizó calculando primero toda la estadística descriptiva de la escala, así como su confiabilidad y validez (constructo y criterio). Se determinaron la presencia y la gravedad del malestar psicológico y se establecieron puntos de corte y perfiles de riesgo.

Resultados: La Escala de Salud Personal-ESP- obtuvo una media grupal de 16.3 (d.e.±5.5). Su confiabilidad fue alta, y arrojó un Alpha de Cronbach de .85. Los reactivos con las medias más altas correspondieron a los de mayor presencia y persistencia; éstos fueron: «se ha sentido cansada», «se ha sentido nerviosa», «se ha sentido angustiada o ansiosa» y «se ha sentido triste o afligida». El análisis factorial de la escala arrojó una solución de tres factores con valores eigen mayores a 1. Los factores identificados fueron: I. Afecto negativo (4 reactivos que explicaban 44% de la varianza); II. Relaciones interpersonales (3 reactivos que explicaban 12.1% de la varianza); y III. Aplanamiento afectivo (3 reactivos que explicaban 7.3% de la varianza). La combinación de los tres factores explicó 63.4% del total de la varianza de la ESP. Se determinó el punto de corte de la escala a partir de la media grupal más una desviación estándar ($16.3 \pm 5.5 = 21.8$), y se agruparon los puntajes por arriba y por debajo de este punto. Este agrupamiento reveló que 16.2% de las mujeres obtuvieron puntajes de 22 y más altos, lo que sugiere la presencia de algún trastorno del afecto, como malestar psicológico generalizado, sintomatología depresiva o ansiedad. Se hizo una validación adicional de la escala utilizando la categorización «caso vs. no caso», y tres reactivos adicionales: autopercepción del estado de salud, uso actual de medicamentos y padecer algún problema de salud. El 51.7% de los «casos» reportaron salud «regular» y una cuarta parte «mala» a «muy mala» salud ($p < .000$). La mayoría (62.3%) de los «casos» reportó estar tomando al momento de la encuesta algún tipo de sustancia médica ($p < .000$) y padecer problemas de salud en el último mes (75.5%) ($p < .000$). En el grupo de riesgo (puntajes de 22 y más altos) se ubicaron aquellas mujeres que reportaron tener los niveles de educación más bajos; tener por lo menos 35 años de edad, no recibir los beneficios del programa de "Oportunidades", ser derechohabiente del IMSS y tener algún problema de salud en el momento de la entrevista.

Conclusión: A partir de los hallazgos del estudio, podemos reportar que la Escala de Salud Personal (ESP) es una herramienta sencilla, de fácil comprensión, rápida y eficiente para identificar la presencia de malestar psicológico generalizado, como los trastornos del afecto, problemas de relaciones interpersonales y de somatización en las mujeres usuarias de los servicios del sector salud. Si tomamos en cuenta que únicamente una proporción mínima de la población que sufre alguna alteración mental recibe atención para estos problemas debido a la falta de identificación oportuna de los mismos, resulta oportuno proponer la utilización de una escala como la ESP de manera rutinaria en la consulta general del primer nivel de atención en las tres instituciones más importantes del sector salud.

Palabras clave: Malestar emocional, depresión, escalas, mujeres mexicanas.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte sobre «Salud Mental en el Mundo» elaborado en 2001

(WHO, 2002), indica que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de alteración mental o neurológica; sin embargo, sólo una minoría recibe atención profesional para sus problemas. En el mismo documento, la OMS estimó que los trastornos mentales contribuyen con 12% al número total de DALY's (años de vida perdidos, ajustados por discapacidad) por todo tipo de enfermedades y lesiones; estimaciones de la misma organización sugieren que esta proporción aumentará a 15% en 2020. La depresión es el trastorno que ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de la enfermedad medida en DALY's, y es la causa de pérdida de uno de cada diez años de vida saludable, sobre todo en las mujeres, entre las cuales la depresión es la principal causa del peso de la enfermedad. Para 2020, la depresión ocupará en el mundo el segundo lugar como causa del peso de la enfermedad, sólo después de los problemas cardíacos (Murray y López, 1996).

Las causas de la depresión se estudian desde hace mucho tiempo, y son diversos los factores asociados a este trastorno. Sin embargo, los que se asocian más comúnmente con esa enfermedad incluyen la inequidad de género, las condiciones de pobreza, la edad, los conflictos político-sociales, los desastres naturales, los problemas físicos, sobre todo la enfermedad, los conflictos familiares y los factores ambientales (WHO, 2002). En México, las investigaciones sobre el tema revelan que los factores relacionados con la depresión son fundamentalmente la inequidad de género y la pobreza (Lara, 2002).

La depresión se manifiesta en todo el mundo en dos mujeres por cada hombre, lo que determina que la discapacidad producida por trastornos mentales y neurológicos en las mujeres sea de 30% y sólo de 12% en los hombres. Se han reportado resultados similares en nuestro país, donde la depresión afecta con mayor frecuencia y gravedad a las mujeres que a los hombres (Caraveo y cols., 2000; Salgado de Snyder y Díaz-Pérez, 1999).

El género como variable determinante en la manifestación de trastornos mentales, se ha estudiado ampliamente, sobre todo en el contexto de la manifestación de los trastornos depresivos. Por ejemplo, de acuerdo con la revisión general llevada a cabo por McGrath y colaboradores (1987), hay gran cantidad de factores que desencadenan la depresión en las mujeres, como aspectos de la salud reproductiva como la menstruación, el embarazo, el parto, el puerperio, la infertilidad, el aborto y la menopausia; las características de la personalidad; los roles de género tradicionales asignados a las mujeres que conllevan múltiples responsabilidades; la victimización y la pobreza, y los sesgos en el diagnóstico de la depresión cuando las pacientes son mujeres.

En México, de acuerdo con datos recientes, en la población adulta la depresión es el trastorno mental más frecuente para el cual se solicita ayuda en los centros del primer nivel de atención en el DF, con una distribución de 34% de las mujeres y sólo de 1% de los hombres. Por otro lado, también se ha documentado que los médicos generales logran identificar únicamente a la mitad de los pacientes que sufren trastornos mentales; la otra mitad la componen los que demandarán más servicios, consumirán más medicamentos y extenderán sus estancias hospitalarias (Martínez, Medina-Mora y Campillo, 1984; De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997). Esta falta de identificación se debe primordialmente a dos factores: muchos trastornos mentales cursan con síntomas somáticos y la formación académica de los médicos generales no profundiza lo suficiente en el estudio de las enfermedades mentales. Sin embargo, De la Fuente y colaboradores (1997) sugieren que, de acuerdo con investigaciones previas en este campo, la identificación de problemas mentales por el médico general mejora notablemente cuando se aplican instrumentos de tamizaje adecuados y breves (Medina-Mora, Padilla, Mass, Ezbán, Caraveo, Campillo y Corona, 1985).

En la actualidad existe gran número de escalas, inventarios e instrumentos breves para determinar la presencia de sintomatología depresiva y otros síntomas asociados, como la ansiedad y la somatización. Entre los instrumentos más utilizados en estudios con base poblacional se encuentran el Inventario de Depresión de Beck (1961); Inventario de Depresión de Zung (1965); la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos, CES-D (Radloff, 1977) y el Symptom Checklist-90 (Derogatis, 1980). Aquí es importante señalar que la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre trastornos emocionales reporta que la prevalencia de la sintomatología depresiva o los estados depresivos en general es más alta que la prevalencia de la depresión mayor o los trastornos afectivos (Mariño y cols., 1993). En vista de lo anterior, la identificación de posibles casos diagnósticos de depresión es una acción preventiva importante, ya que permite llevar a cabo intervenciones tempranas en casos de cuadros subclínicos que, si no se detectan a tiempo, pudieran evolucionar hacia cuadros mayores.

El objetivo de este estudio fue conducir una serie de análisis psicométricos a fin de determinar la utilidad y el comportamiento de una escala breve para identificar posibles casos de malestar emocional entre usuarias de servicios de salud en clínicas del primer y el segundo nivel de atención de las tres dependencias más importantes del sector salud de México: SSA, IMSS e ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron las respuestas que dieron 8249 mujeres a una batería de preguntas incluidas en el cuestionario de la Encuesta Nacional de Usuarías de los Servicios de Salud, 2003 (ENVIM), llevada a cabo por el Programa Mujer y Salud (PROMSA) de la SSA y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). El objetivo general de la ENVIM fue cuantificar la prevalencia de violencia familiar en mujeres que demandan atención en los servicios de salud de instituciones del sector público del primer y el segundo nivel de atención en México, así como identificar el manejo de la violencia reportada por las usuarias por parte de los prestadores de servicios de salud.

Participantes

Las participantes en la ENVIM fueron un total de 8249 mujeres, residentes en los estados de Baja California Norte, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Chihuahua, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Yucatán, encuestadas entre noviembre de 2002 y enero de 2003. La edad promedio de la muestra fue de 35 años (d.e. ± 13), con un margen de edad de 15 a 86 años. La escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: 6.1 % era analfabeta, 38.2% había terminado la primaria; 28.3% la secundaria; 19.4% contaba con un nivel medio y 8% con una licenciatura o más.

La ocupación de las participantes se distribuyó de la siguiente manera: 65% reportó dedicarse a las labores del hogar; 32.4% eran empleadas y 2% estudiantes. La mayoría de las usuarias reportó tener pareja en el momento de la entrevista (75.6%). En relación con el número de personas que vivían en el mismo hogar, el margen fue de 1 a 13 personas. En la mayoría (61%) de las unidades domésticas había de uno a cuatro miembros, y sólo 2% estaba integrada por nueve o más personas.

Procedimiento

Las unidades de análisis fueron mujeres usuarias de los servicios de salud públicos (primer y segundo nivel de atención) en el territorio nacional, que demandaron atención a los mismos en el período en que se levantó la encuesta. Los criterios de inclusión fueron tener 15 años o más y aceptar responder voluntariamente a la encuesta. Las encuestas fueron administradas por mujeres encuestadoras previamente capacitadas y sensibilizadas hacia los problemas de salud y de violencia contra las mujeres.

Instrumento

Se utilizó un instrumento diseñado especialmente para este estudio compuesto por un total de 17 secciones,

las cuales incluyen diferentes categorías temáticas: características sociodemográficas, uso de los sistemas de salud, percepción de salud, malestar emocional, caracterización del maltrato, consecuencias del maltrato y evaluación del personal de salud ante el maltrato familiar. Este trabajo se referirá únicamente a los datos sobre malestar emocional.

Para identificar el malestar emocional, se utilizó la Escala de Salud Personal (ESP), desarrollada en Nicaragua por un grupo de profesionales de la salud mental. El objetivo de la escala es identificar una variedad de trastornos mentales, incluidos la depresión, la ansiedad y los traumas (Mezzich y col., 1996). La ESP se desarrolló como herramienta de tamizaje rápido de problemas de salud mental en clínicas del primer nivel de atención.

La ESP fue diseñada originalmente usando como base un cuestionario de autoreporte (SRQ, por su siglas en inglés: *Self Report Questionnaire*) creado y reportado por Penayo y colaboradores, 1990, y Caldera y colaboradores, 1995. La ESP integra un total de diez reactivos que aluden a situaciones que pueden indicar la presencia de malestar emocional, que se responden con tres opciones (0= raramente, 1= algunas veces y 2= casi siempre); éstas miden la frecuencia en el último mes en que se manifestaron los síntomas descritos en cada reactivo. En el presente estudio incorporamos una opción de respuesta adicional, lo que redundó en una mayor precisión: 1= nunca, 2= pocas veces, 3= varias veces y 4= casi siempre. Seis de las diez preguntas de la escala se refieren a problemas somáticos y trastornos afectivos como el insomnio, el nerviosismo, la tristeza y los sobresaltos. Tres se refieren a problemas funcionales: dificultades en el trabajo, la familia o en las relaciones sociales; la última pregunta es una autoevaluación global: ¿Ha sentido que tiene problemas emocionales que requieran atención o ayuda profesional?

RESULTADOS

Los resultados de los análisis de la ESP revelaron una puntuación media grupal de la escala de 16.3 (d.e. ± 5.5); la mediana fue de 15 y la moda de 10. Posteriormente, con el objetivo de determinar la confiabilidad de la escala, se calculó el Alpha de Cronbach usando los 10 reactivos. Este análisis arrojó resultados, 0.85, que sugieren una consistencia interna muy alta.

Evaluación de la gravedad

La gravedad del malestar mental se determinó mediante la presencia y la persistencia de los síntomas (Craig y Van Natta, 1967). La presencia del síntoma se

CUADRO 1

Media, presencia y persistencia grupal de cada uno de los reactivos de la ESP (N = 8,249)

Reactivo	Media	Presencia		Persistencia	
		N	%	N	%
1. Ha tenido dificultades para dormir	1.7	3605	43.7	596	7.2
2. Se ha asustado o alarmado con facilidad	1.7	3921	47.6	432	5.2
3. Se ha sentido nerviosa o tensa, angustiada o ansiosa	2.0	5369	65.1	710	8.6
4. Se ha sentido triste o afligida	1.9	5099	61.8	661	8.0
5. Se ha sentido insatisfecha de sus actividades	1.9	2791	33.9	332	4.0
6. Se ha sentido cansada	2.2	5960	72.3	1070	13.0
7. Ha dejado de asistir o no se puede concentrar o hacer bien su trabajo	1.4	2420	29.4	212	2.6
8. Ha dejado de comunicarse o realizar actividades con la gente de su colonia	1.3	1650	20.0	201	2.4
9. Ha dejado de comunicarse o de realizar actividades con sus familiares	1.3	1466	17.8	183	2.2
10. Ha sentido que tiene problemas emocionales y que requieren atención o ayuda profesional	1.4	2009	24.4	303	3.7

refiere a la proporción de mujeres que indicó haberlo experimentado durante el mes previo a la aplicación de la encuesta. Para calcular este dato, se sumaron los casos que obtuvieron puntajes de 2, 3 y 4, excluyéndose los puntajes de 1 (“nunca”) en cada reactivo. La persistencia se refiere a la gravedad del síntoma y se determina calculando la proporción de mujeres que obtuvo un puntaje de 4 en alguno de los reactivos, es decir, cuando el síntoma se experimentó “casi siempre” durante el último mes. Como se puede apreciar en el cuadro 1, los reactivos con las medias más altas correspondieron a los de mayor presencia y persistencia; éstos son: “se ha sentido cansada”, “se ha sentido nerviosa”, “tensa angustiada o ansiosa” y “se ha sentido triste o afligida”. Cabe mencionar aquí que el reactivo 5, “se ha sentido insatisfecha de sus actividades”, obtuvo una media similar a las de los reactivos indicados arriba, sin embargo, no alcanzó niveles de presencia o persistencia altos.

Análisis factorial

Para determinar el origen de la variación de los reactivos y su agrupamiento, también se llevó a cabo un análisis

factorial de los principales componentes con rotación varimax. En el cuadro 2 se muestran los resultados del análisis factorial, el cual arrojó una solución de tres factores con valores *eigen* mayores a 1. Los factores identificados fueron: I. Afecto Negativo; II. Relaciones Interpersonales; y III. Aplanamiento Afectivo. Como se puede apreciar, el Factor I estuvo formado por 4 reactivos con cargas factoriales mayores a .49, el cual explicó 44% de la varianza total. Los Factores II y III explicaron 12.1 y 7.3% de la varianza, respectivamente. La combinación de los tres factores explicó 63.4% del total de la varianza de la ESP.

Determinación del punto de corte

La identificación del punto de corte de cualquier escala depende de múltiples factores, que incluyen el número de casos, las características metodológicas del estudio y el propósito del mismo. En esta investigación, se determinó el punto de corte a partir de la media grupal más una desviación estándar (16.3 + 5.5), lo cual dio como resultado 21.8. Con este punto de corte, se agruparon los puntajes para identificar la pro-

CUADRO 2

Matriz factorial de la escala con rotación varimax

Reactivos	Factor I Afecto negativo	Factor II Relaciones interpersonales	Factor III Aplanamiento afectivo
% de varianza explicada	44	12.3	7.3
Afecto negativo:			
· Se ha asustado o alarmado con facilidad	.784		
· Se ha sentido nerviosa, tensa o angustiada	.779		
· Ha tenido dificultades para dormir	.693		
· Se ha sentido triste o afligida	.639		
Relaciones interpersonales:			
· Ha dejado de comunicarse o de realizar actividades familiares		.860	
· Ha dejado de comunicarse con la gente de la colonia, comunidad o trabajo		.824	
· Ha sentido que tiene problemas emocionales que requieren atención o ayuda profesional		.492	
Aplanamiento afectivo			
· Se ha sentido insatisfecha de sus actividades			.783
· Se ha sentido cansada			.654
· Ha dejado de asistir o de hacer bien su trabajo			.581

CUADRO 3
Diferencias entre casos de malestar emocional (CME) y no casos (NCME)

Total	Casos de malestar emocional (CME)		No casos de malestar emocional (NCME)		P
	N(1336)	16.2%	N(6913)	83.8%	
Edad					.00
15-19	83	6.2	593	8.6	
20-34	472	35.4	3307	40.8	
35-50	536	40.2	2189	31.8	
51-60	138	10.4	496	7.2	
61 >	103	7.7	298	4.3	
Escolaridad					.00
No sabe leer ni escribir	126	9.4	379	5.5	
Primaria	543	40.6	2605	37.7	
Secundaria	316	23.7	2020	29.3	
Preparatoria	251	18.8	1355	19.6	
Licenciatura o >	71	5	454	7	
Ocupación					.33
Ama de casa	853	64.1	4506	65.4	
Trabaja fuera del hogar	452	34	2223	32.3	
Estudiante	25	1.9	159	2.3	
Situación civil					.00
Con pareja	938	70.2	5299	76.7	
Sin pareja	398	29.8	1610	23.3	
Institución a la que pertenece					.00
SSA	529	39.6	3184	46.1	
IMSS	662	49.6	3045	44	
ISSSTE	145	10.9	684	9.9	
Inscrita en el programa de oportunidades					.05
Sí	134	10	821	11.9	
No	1202	90	6091	88.1	
Problema de salud en el último mes					.00
Sí	1009	75.5	3296	47.7	
No	327	24.5	3613	52.3	
Percepción de salud en el último año					.00
Muy buena	38	2.8	355	5.1	
Buena	278	20.8	3429	49.6	
Regular	691	51.7	2613	37.8	
Mala	255	19.1	439	6.4	
Muy mala	74	5.5	73	1.1	
Tomó algún medicamento o remedio en el último mes					.00
Sí	832	62.2	2878	41.7	
No	504	37.8	4031	58.3	

porción de mujeres que quedaba por encima del punto de corte —grupo en riesgo— y las que quedaban por debajo de este indicador. El 16.2% de las mujeres encuestadas obtuvo puntajes de 22 o más alto, lo cual sugiere la manifestación en este grupo de síntomas cuya gravedad podría indicar la presencia de algún tipo de trastorno del afecto, como depresión o ansiedad.

Validez de criterio

Se llevó a cabo una validación adicional de la escala con tres reactivos que podrían ser usados como indicadores de malestar emocional. Se calcularon Chi cuadradas y tablas de contingencia con tres preguntas. Primero se hizo una tabla de 2 x 3 (caso *vs.* no caso) y autopercepción del estado de salud (buena/muy buena; regular; y mala/muy mala). Los resultados se muestran en el cuadro 3, en el que se observa que 51.7% de los “casos” reportó tener salud “regular” y casi 25%

indicó que su salud era de “mala” a “muy mala” ($X^2[2,2]=597$; $p<.000$).

El segundo reactivo utilizado en este proceso fue “tomar medicamentos o remedios en el último mes” (sí/no). Nuevamente, el cuadro 3 muestra que, en efecto, la mayoría de los “casos” reportó estar tomando al momento de la encuesta algún tipo de medicamento o remedio (62.3%); $X^2(1,1)=192.3$; $p<.000$. Finalmente, se utilizó también como indicador de malestar padecer algún tipo de enfermedad o problema de salud. Encontramos que la mayoría (75.5%) de las mujeres con puntajes mayores a 21.8 (casos) reportó padecer problemas de salud en el último mes $X^2(1,1)=347$; $p<.000$.

Determinación del perfil de riesgo

Nuestro análisis final de la escala fue determinar las características sociodemográficas que podrían contri-

buir a delinear un perfil de riesgo, es decir, las características de las mujeres "caso" que obtuvieron puntajes de 21.8 o más altos. En el cuadro 3 se presentan estos datos. Encontramos que las mujeres "caso" fueron aquellas que reportaron tener los niveles de educación más bajos (analfabeta o primaria); tener 35 o más años, no estar recibiendo los beneficios del programa "Oportunidades", ser derechohabiente del IMSS y tener algún problema de salud.

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos del estudio, podemos reportar que la ESP es una herramienta sencilla, de fácil comprensión, rápida y eficiente para identificar la presencia de malestares psicológicos generalizados, como los estados depresivos, los trastornos de ansiedad y los problemas de relaciones interpersonales y de somatización en las mujeres usuarias de los servicios del sector salud. Si tomamos en cuenta que únicamente una proporción mínima de la población que sufre alguna alteración mental recibe atención para sus problemas, por la falta de identificación oportuna de los mismos (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997), es conveniente proponer la utilización de una escala como la ESP de manera rutinaria en la consulta general del primer nivel de atención, en las tres principales instituciones del sector salud, ya que estos tres organismos atienden los problemas de salud de la mayoría de la población del país. La SSA atiende a 33% de la población, en tanto que el IMSS y el ISSSTE atienden a 55% de la población (trabajadores y asalariados) (Berenzon y Medina Mora, 2002).

La incorporación de la ESP como herramienta de tamizaje en el primer nivel de atención permitiría llevar a cabo intervenciones oportunas dirigidas a un sector amplio de la población usuaria de los servicios de salud; este sector lo componen las personas que acuden al médico general en busca de alivio a sus problemas. Como se mencionó anteriormente, el médico general no cuenta con los conocimientos ni con los elementos de diagnóstico clínico necesarios para identificar trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión y, muchas veces también carece de tiempo suficiente para llevar cabo una indagación exhaustiva en el área de la salud mental, por lo que una escala breve como la ESP podría ser una herramienta útil en este tipo de situaciones.

Los resultados presentados aquí indican que la prevalencia de malestar emocional fue de 16%, lo cual coincide con lo reportado por la OMS y otros estudios. Estos señalan que la depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia en el mundo y que nues-

tras cifras nacionales registran una mayor proporción de este diagnóstico, sobre todo en las mujeres. En general, este trastorno del afecto cursa con la manifestación de sintomatología somática. Es común que —en particular en las mujeres de bajos ingresos y de origen rural—, este trastorno se exprese matizado por las formas y creencias culturales que prevalecen en torno a los roles de género (Salgado de Snyder y cols., 1999). Por ejemplo, los resultados de nuestro estudio coinciden con lo reportado en otras investigaciones sobre el tema, las cuales proponen que la depresión es una expresión de la inequidad entre hombres y mujeres, y frecuentemente es un indicador de las condiciones de pauperización de un sector amplio de la población (Lara y Salgado de Snyder, 2002; Caraveo y cols. 1997; Medina Mora y cols., 1997; De la Fuente y cols., 2000; Salgado de Snyder y cols., 1999). En nuestros resultados, las mujeres con menor educación (analfabetas y con primaria) presentaron los indicadores más elevados de malestar emocional. Peor aún, la proporción de "casos" (puntajes mayores a 21.8) entre las mujeres inscritas en el programa "Oportunidades" al momento de la encuesta fue más baja comparada con la proporción de "casos" en el grupo de mujeres no inscritas en el mismo programa.

Los resultados del presente estudio evidencian una relación cercana entre la presencia de malestar emocional grave ("casos") y la ingesta de medicamentos o remedios en el último mes. Más de la mitad de los "casos" reportó estar tomando al momento de la encuesta algún tipo de sustancia médica o remedio. Este dato parece confirmar la propuesta de Burín (1990) de que la gravedad y la frecuencia del malestar que sienten las mujeres las obliga a buscar alivio o consuelo en los medicamentos. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (1993) también parece apoyar este hallazgo, ya que señala que en el país el consumo de medicamentos es mayor entre las mujeres (18.0%) que entre los hombres (11.0 %). Según datos de la ENA, mujeres de todas las edades, incluidas las ancianas, consumen más medicamentos (estimulantes, depresores y opioides) que los hombres (Secretaría de Salud, 1994; Tapia-Conyer y cols., 1996). Esto coincide con algunos reportes internacionales que señalan que mujeres de todas las edades son las mayores usuarias de medicamentos, muchas de ellas por prescripción de un profesional (Burín y cols., 1990; Finlayson y Davis, 1994).

Por último, es importante señalar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, este artículo reporta los resultados del uso de la EPS en un grupo únicamente conformado por mujeres. El diseño y el objetivo del proyecto original, del cual se derivan estos datos, estaban encaminados desde un principio a la población femenina, razón por la que no se incluyen da-

tos de varones. Evidentemente, la falta de datos comparativos por género es una limitación importante de este estudio que requiere ser abordada en investigaciones futuras. Asimismo, sería recomendable realizar un estudio posterior que incorpore la evaluación clínica de los participantes identificados positivamente como "casos", utilizando el punto de corte del instrumento, de esta manera se podría corroborar la sensibilidad y la consistencia de la ESP.

Finalmente, queremos enfatizar la necesidad de contar con herramientas breves y sencillas, como la EPS, que permitan al profesional de la salud, en el primer nivel de atención, identificar los posibles casos de depresión para tratarlos por su cuenta o referirlos con especialistas. Consideramos que el costo-beneficio del uso de mecanismos de identificación temprana del malestar emocional reeditarán a mediano y largo plazos en un ahorro significativo en el gasto en salud.

REFERENCIAS

1. BECK AT: An inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4:561-571, 1961.
2. BELK SS, SNELL WE Jr: The Beliefs About Women Scale (BAWS): Components and correlates. *Personality Social Psychology Bulletin*, 12 :403-413, 1986.
3. BELK SS, SNELL WE Jr: Stereotypic beliefs about women as moderators of stress-distress relationships. *J Clinical Psychology*, 45:665-672, 1989.
4. BERN SL: The measurement of psychological androgyny. *J Consulting Clinical Psychology*, 42:155-162, 1974.
5. BURIN M: *El Malestar de las Mujeres. La Tranquilidad Recetada*. Paidós, Buenos Aires. 1990.
6. CALDERA JT, KULLGREN G, PENAYO U, JACOBSON L: Is treatment in groups a useful alternative for psychiatry in low-income countries? An evaluation of a psychiatric outpatient unit in Nicaragua. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 92:386-391, 1995.
7. CRAIG MD, VAN NATTA MA: Presence and persistence of depressive symptoms in patient and community populations. *American J Psychiatry*, 133:1426-1429, 1967.
8. CARAVEO AJ, MARTÍNEZ VNA, RIVERA GBE, VARGAS AL, POLO DA: Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental*, (20 supl 2):15-23, 1997.
9. CROMWELL RE, RUIZ RA: The myth of macho dominance in decision making within Mexican and Chicano families. *Hispanic J Behavioral Sciences*, 1:355-373, 1979.
10. DE LA FUENTE R, MEDINA-MORA ME, CARAVEO J: *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica/Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1997.
11. DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A: *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-income Countries*. Oxford University Press, Oxford, 1995.
12. FABREGA R, WALLACE C: Working class Mexican psychiatric outpatients. *Archives General Psychiatry*, 16:704-711, 1967.
13. LARA A: Introducción. En: Lara MA, Salgado de Zinder VN (eds.). *Cálmese son sus Nervios, Tómese un Tecito: La Salud Mental de las Mujeres Mexicanas*, pp.vii-xx, México, 2002.
14. MEZZICH JE, CALDERA JT, BERGANZA CE: *Proceedings of the IX World Congress of Psychiatry*. World Scientific Publishing Nueva Jersey, 1996.
15. MURRAY C, LOPEZ A: *The Global Burden of Disease and Injury Series*. Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization, Harvard, 1996.
16. MARTÍNEZ LP, MEDINA-MORA ME, CAMPILLO SC: Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. *Salud Mental*, 7:63-67, 1984.
17. MEDINA-MORA ME, TAPIA MC, MARIÑO MC, JUAREZ F y cols.: Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3:48-55, 1992.
18. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, MASS CC, EZBAN M, CAREVO AJ, CAMPILLO SC, CORONA J: Prevalencia de los trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 31:53-61, 1985.
19. MEDINA-MORA ME, BERENSON S, LOPEZ LE, SOLIS L, CABALLERO MA, GONZALEZ J: El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*, (20 supl 2):32-38, 1997.
20. SALGADO DE SNYDER VN, DIAZ-PEREZ MA: Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, 68-74, 1999.
21. SALGADO DE SNYDER VN, MALDONADO M: Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública México*, 36:200-209, 1994.
22. SALGADO DE SNYDER VN, DIAZ-PEREZ MA, OJEDA V: The prevalence of *nervios* and associated symptomatology among inhabitants of Mexican rural communities. *Culture, Medicine Psychiatry*, 24:453-470, 2000.
23. RADLOFF L: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1:385-401, 1977.
24. MCGRATH E, PUTYEAR-KEITA G, STRICKLAND B, FELIPE-RUSO N: *Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues*. American Psychological Association. Washington, 1990.
25. SATTCL J: The inexpressive male: Tragedy or sexual politics? *Social Problems*, 23 :469-477, 1976.
26. SNELL WE Jr: The Masculine Role Inventory: Components and correlates. *Sex Roles*, 15:443-455, 1986 (b).
27. SNELL WE Jr, BELK SS, HAWKINS RC: The Masculine and Feminine Self-Disclosure Scale: The politics of masculine and feminine self-presentation. *Sex Roles*, 15:249-267, 1986 (a).
28. SNELL WE Jr, MILLER RS, BELK SS: Development of the Emotional Self-Disclosure Scale. *Sex Roles*, 18:59-73, 1988.
29. SNELL WE JR: Men's and women's emotional disclosures: The impact of disclosure recipient, culture, and the masculine role. En : Snell WE Jr. (ed.). *New Directions in the Psychology of Gender Roles: Research and Theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. 2002. WEB: <http://cstl-la.semo.edu/snell/books/gender/gender.htm>.
30. WORLD HEALTH REPORT 2000: *Mental Health New Understanding, New hope*. WHO, Ginebra, 2001.
31. ZUNG WWK: A self-rating depression scale. *Archives General Psychiatry*, 12:63-70, 1965.