

«Pa' qué sirvo yo, mejor me muero»: Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena

Guillermina Natera Rey,¹ Fransilvania Callejas Pérez,¹ Scarlett Barker,²
Tariana V. Little,³ Perla Medina Aguilar¹

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Mental health can have different meanings in indigenous communities, which is why understanding mental problems requires studying the context. Knowledge of mental health in these communities sheds light on the population's perception of how they live and experience the stressful events that cause depressive symptomatology. The aim of this article is to analyze the link between the symptoms expressed in an indigenous population and the symptoms evaluated using the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CES-D) and its link with socio-demographic variables.

Method

The sample comprises indigenous women from the Mezquital Valley who attended medical consultations and were referred for psychological treatment since they were considered to be suffering from emotional malaise due to their inability to cope with living with a relative who was a heavy drinker. A mixed method that explores meanings was used to analyze the information. This method involves the analysis of quantitative and qualitative data that complement each other in order to understand the cultural context and influences.

The quantitative analysis consisted of obtaining the score for depressive symptomatology and its link with socio-demographic variables such as academic achievement, age, occupation and marital status.

Presence (experiencing the symptom in the week prior to the interview, regardless of the number of days) and persistence (experiencing the symptom from five to seven days) were analyzed.

Results and discussion

Sixty-two per cent obtained high scores for depressive symptomatology. The qualitative data indicate that the women expressed feelings that correspond to items in the CES-D.

Working and being young constitute a protective factor that provides women with a social life and a degree of independence. The effectiveness of the CES-D as a screening instrument means that it can be applied in primary health care to alert professionals and ensure timely referral.

Conclusion

The CES-D scale is suitable for measuring depressive symptomatology in Mexico's indigenous population. However, these findings must be treated with caution because of the population's meanings and representations of health and illness.

Key words: Indigenous people, depressive symptomatology, mixed analysis.

RESUMEN

Introducción

En las comunidades indígenas la salud mental puede tener significados diferentes por lo que la comprensión de los problemas mentales requiere del estudio del contexto. Su conocimiento favorecería entender desde la perspectiva de la población cómo viven y experimentan los eventos estresantes que les ocasiona sintomatología depresiva. El objetivo de este artículo es analizar la relación entre los síntomas expresados en una población indígena, los síntomas evaluados con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y su relación con variables socio-demográficas.

Método

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ha venido trabajando por más de diez años en los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad indígena otomí del Estado de Hidalgo. Este trabajo es uno de los realizados en este campo. En este caso la muestra se integra por mujeres indígenas del Valle del Mezquital que asistieron a la consulta médica, y que fueron canalizadas a la atención psicológica por considerar que tenían malestares emocionales por no saber cómo enfrentar la situación de convivir con un familiar consumidor excesivo de alcohol. Para el análisis de la información se utilizó el método mixto, consistente en el análisis de datos cuantitativos y cualitativos que se complementan entre sí para comprender el contexto y explorar los significados y las influencias culturales.

El análisis cuantitativo consistió en obtener el puntaje de la sintomatología depresiva y su relación con variables sociodemográficas de escolaridad, edad, ocupación y estado civil.

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Princeton University (MHIRT Mental Health International Research Training).

³ Universidad de Massachusetts Boston (MHIRT Mental Health International Research Training).

Correspondencia: Guillermina Natera Rey. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F. Tel: +52 (55) 4160-5196. Fax: +52 (55) 5513-3446. E-mail: natera@imp.edu.mx

Se analizó la presencia (experimentar el síntoma durante la semana previa a la aplicación sin importar el número de días) y la persistencia (padecer el síntoma de cinco a siete días).

Resultados y discusión

El 62% tuvo puntuaciones altas de sintomatología depresiva. Los datos cualitativos indican que las mujeres expresan sentimientos que corresponden a los reactivos de la CES-D.

Trabajar y ser joven es un factor protector para la sintomatología, brinda a las mujeres una vida social y una esporádica independencia. La efectividad de la CES-D como instrumento de tamizaje, permite su

aplicación en el nivel de atención primaria para alertar al profesional y hacer una canalización adecuada.

Conclusión

La escala de CES-D es adecuada para medir la sintomatología depresiva en una población indígena de México. Sin embargo, la interpretación deberá realizarse con cautela por los significados y representaciones del proceso salud-enfermedad en esta población específica.

Palabras clave: Mujeres indígenas, sintomatología depresiva, análisis mixto.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un constructo social por lo que puede tener diferentes significados dependiendo de factores culturales que influyen en la experiencia de los malestares, sus significados, sus manifestaciones y la expresión de sus síntomas.¹⁻⁶ Las personas experimentan sucesos y eventos específicos que les generan sentimientos de angustia y estrés, y estas expresiones adquieren significado según el contexto en el que se manifiestan.³ Así, lo que en términos occidentales es conocido como trastornos mentales, para algunas culturas indígenas es considerado como «enfermedades del espíritu».⁴

Beiser⁴ señala que aunque el léxico de las comunidades indígenas difiere de los conceptos occidentales, es posible que se trate de problemas semejantes. Este mismo autor plantea que si las poblaciones indígenas tuvieran acceso a opciones de atención en salud mental y conocieran conceptos sobre los trastornos mentales podrían identificar cuáles de sus malestares se relacionan con los síntomas expuestos por la medicina occidental, lo que facilitaría su atención.

Un proyecto a futuro sería buscar una correspondencia entre lo que se propone en la medicina occidental y los conocimientos y significados de las culturas indígenas para entender y atender las necesidades en salud mental de manera más eficiente.

Sin embargo son pocos los trabajos hechos en México para conocer aspectos culturales y sociales de la salud mental, entre otros la depresión. Uno de estos es el de Salgado⁷ que expone que los trastornos afectivos de la población rural se explican en mayor medida por medio del concepto de «nervios». Bautista⁸ señala que «el susto», «el mal de aire» y «el mal de nervios» son algunas expresiones que describen malestares físicos y emocionales de los indígenas *hñahñus*.

Por su parte, Berenzon y Saavedra⁹ explican que los médicos tradicionales nombran a los problemas emocionales o de *nervios* con palabras tales como: presión, temor, desesperación, «nervios fuera de su lugar», «débiles» o «quebrantados», y los atienden por medio de la herbolaria pero ésta sólo es complementaria de otros métodos curativos como los rituales y los consejos.

A diferencia de las poblaciones urbanas que también expresan estados de estrés y tensión como «tener nervios»,

en las indígenas o rurales el significado de este concepto hace referencia a malestares que se sitúan en diferentes partes del cuerpo. En general, los malestares emocionales relacionados con la conciencia, el pensamiento, la sensación de vacío son *nervios* que pueden sentirse en el corazón, en el estómago, en la cabeza; esta última es importante en lo que se refiere a los trastornos mentales.⁸

La ubicación del síntoma y la creencia que se tenga de su origen van a determinar el tratamiento a seguir. Si el síntoma se explica por malestares con origen o terminología tradicional como el «susto», entonces recurren a baños con hierbas u otros métodos; si un malestar como la tristeza se adjudica a situaciones sociales o particulares como los problemas personales o familiares, entonces suponen que la tristeza en un «estado natural» que «no puede atenderse» a pesar de que les causa mucho dolor, y dificulta el desarrollo de sus actividades. Consideran que alcanzar el bienestar emocional sólo podría lograrse cambiando de vida, lo cual es prácticamente imposible.

Por ejemplo, el problema del alcoholismo puede tener una explicación sobrenatural, producto de embrujos. También puede explicarse como una dificultad derivada de un pasado familiar del consumidor. Sin embargo, los problemas emocionales que ellas viven a diario como consecuencia del consumo de alcohol de sus familiares son vistos como algo normal, parte de un destino que deben soportar y del que nadie las puede salvar porque así han vivido varias generaciones, la abuela, la madre y muy probablemente las hijas. Este sufrimiento se percibe como algo inevitable, que así debe ser; no se cuestiona el hecho, sólo se acepta; puede molestarles pero no identifican alternativas para mejorar su situación.^{8,10}

No obstante, hoy en día la superposición de las culturas ha hecho que al mismo tiempo se empiecen a identificar y nombrar conceptos como depresión, esquizofrenia, entre otros trastornos psiquiátricos.⁴ Por ejemplo, refiriéndose a la tristeza⁸ como una emoción negativa, los otomíes dicen que puede resolverse «con el apoyo de alguien para platicar, escuchar consejos, ser solidarios, etc.», incluso emplean el término «terapia» aunque exactamente su significado puede no ser igual al empleado en el mundo occidental.

La forma de nombrar los malestares y el significado que le da cada comunidad, puede entenderse conociendo el contexto en el que se enmarca el estrés experimentado, y encuentra su origen en los eventos particulares que ocurren en la vida cotidiana. Por ejemplo, Pedersen³ menciona que como consecuencia de la violencia social, los indígenas del Perú reportan un fuerte estrés y angustia que se expresa a través del concepto de «pensamientos preocupantes», ya sea por un «vacío en el pensamiento o un exceso de pensamientos», asociado a lo que localmente nombran locura. Tiburcio,¹¹ por su parte, explica que las mujeres otomíes se sienten mal por las experiencias que les produce el consumo excesivo de alcohol principalmente de sus esposos, sobre todo si está unido a la violencia. Experimentan emociones como deseos de morir, soledad, coraje, enojo, desesperación, ganas de llorar todo el tiempo, miedo, nervios, no tener ganas de hacer nada, pérdida de deseo sexual, preocupación, culpa, ideas que no pueden sacar de la cabeza, experimentan dificultad para levantarse, tristeza, etc.

Los malestares emocionales generados por conductas masculinas están muy relacionados con la cultura de los valores del machismo, pues son sociedades altamente patriarcales en las que el hombre es la autoridad, a los que se les permite hacer uso extremo del poder, cuya expresión más dramática es la violencia orientada principalmente a las mujeres y a los niños, y muchas veces como resultado de un consumo excesivo de alcohol.^{10,11}

Las mujeres indígenas no expresan fácilmente estas emociones, entran en conflicto ya que deben actuar de acuerdo a un rol culturalmente impuesto de obediencia, tolerancia y aceptación tácita de que «así es el hombre». No pueden acudir a denunciar legalmente o al servicio de salud. Implicaría una desobediencia a la autoridad masculina ya que son problemas que deben resolverse en familia,^{10,11} lo que oscurece un problema de salud mental obstruyendo la búsqueda de ayuda, y de este modo la mujer sufre en silencio.

Por las condiciones de marginalidad y pobreza en que generalmente vive la población indígena,¹⁰ cuando se identifica un malestar la primera opción de atención es el autocuidado y las redes de apoyo existentes;¹² posteriormente el sistema etno médico local el cual debe respetarse porque les ha sido útil por muchos siglos y la medicina occidental no ha estado muy accesible ni en costos ni en distancia.^{9,10,12} Estos autores coinciden en que la búsqueda de ayuda se relaciona principalmente con los síntomas somáticos, en tanto que los síntomas emocionales generalmente son ignorados como un problema que requiere de un especialista en salud mental, quizá porque a diario se enfrentan a los mismos problemas y aunque su sufrimiento puede ir en aumento no lo identifican. De hecho, al compararse entre ellas, unas mujeres se sienten afortunadas porque *no les va tan mal como a otras*, por ejemplo expresan lo «afortunadas» que son de que «las humillen pero no las golpeen», esa resignación les impide ver su situación como

un problema y su sufrimiento como algo remediable. Si los malestares emocionales se expresan abiertamente, la persona puede ser juzgada como loca, como que no necesita ayuda y que le gusta llamar la atención (Notas de campo).*

Sin embargo queda claro que no se trata de patologizar las expresiones de tristeza como problemas clínicos que requerirán de una intervención altamente especializada. Es posible que padecen lo que se denomina una depresión subumbral,¹³ con lo que pueden sobrevivir sin acudir a un servicio de salud, pueden superar estos estados emocionales con un remedio casero, pero que al ser persistentes se pueden convertir en un malestar mayor y es eso lo que hay que evitar.

Con base en lo anterior planteamos como objetivo general conocer más acerca de la expresión de la sintomatología depresiva en una comunidad otomí (*hñahñu*); por medio de la identificación de los índices de sintomatología depresiva con el uso de la CES-D y su relación con variables socio-demográficas. En un segundo momento se intentará establecer una relación entre las expresiones que utilizan las entrevistadas con los indicadores que evalúa la escala CES-D. Por esto se consideró de interés presentar este análisis en este número especial, dedicado a la CES-D.

MÉTODO

Se aplicó la escala CES-D a un grupo de mujeres indígenas otomíes, y simultáneamente se llevaron a cabo entrevistas personales con la finalidad de evaluar su sintomatología depresiva. La entrevista forma parte de una investigación más amplia para la aplicación de una intervención breve orientada a disminuir la tensión emocional y el estrés ocasionado por convivir con un familiar consumidor excesivo de alcohol, cuyos resultados se reportan en otro estudio.¹⁴

Por medio de un análisis mixto cualitativo y cuantitativo se trató de dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿cómo es la relación entre los síntomas depresivos de la CES-D y las variables socio-demográficas? ¿Reflejan los reactivos de la CES-D las emociones expresadas en las entrevistas a profundidad? ¿Hay o no una relación entre lo que expresan y las respuestas al cuestionario? ¿Es la CES-D un instrumento útil para evaluar la depresión en comunidades indígenas como la aquí estudiada? El objetivo de este trabajo es dar respuesta a estas inquietudes.

Muestra

La muestra se integró por personas que asistieron a la consulta médica por malestares físicos. El profesional de la salud les propuso ir con la psicóloga por considerar que tenían problemas emocionales relacionados con el abuso

* Natera G: Evaluación de programas de prevención en el campo de las adicciones. Proyecto de investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2007.

Cuadro 1. Datos socio-demográficos y puntuaciones de CES-D

Caso*	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Familiar**	CES-D
María	57	Hogar	Prim. incomp.	Separada	E	31
Juana	19	Hogar	Secundaria	Casada	P	47
Paty	53	Hogar	Prim. incomp.	Separada	E	13
Alex	32	Comerciante	Preparatoria	Casada	E/S	6
Olivia	21	Hogar/emp. temp.	Secundaria	Unión libre	E	48
Luisa	41	Hogar	Secundaria	Casada	E	55
Vero	16	Estudiante	Preparatoria	Soltera	P	18
Lore	16	Hogar/emp. temp.	Preparatoria	Soltera	A	18
Carmen	44	Tec. Ctro. de salud	Carera técnica	Casada	E	15
Sara	43	Comerciante	Primaria	Casada	P/E	0
Petra	14	Estudiante	Secundaria	Soltera	P	13
Rosa	30	Empleada	Sec. incomp.	Unión libre	E	36
Lety	52	Hogar	Primaria	Casada	E	29
Bety	33	Hogar/empleada	Primaria	Unión libre	E	7
Rosy	24	Hogar/empleada	Carrera técnica	Separada	H	44
Tere	48	Hogar	Secundaria	Casada	E/P	25
Alicia	35	Hogar/empleada	Secundaria	Casada	E	9
Nayeli	47	Hogar	Primaria	Casada	E	22
Lupe	39	Hogar	Secundaria	Casada	E	20
Viky	40	Hogar	Prim. incomp.	Casada	E	33
Isabel	51	Hogar	Prim. incomp.	Casada	E	29
Reina	34	Hogar/emp. temp.	Secundaria	Unión libre	E	6
Rita	52	Hogar	Primaria	Casada	E	20
Luz	44	Hogar/emp. temp.	Prim. incomp.	Casada	E	9
Sofía	33	Hogar/empleada	Primaria	Casada	E	9
Cristi	55	Hogar/empleada	Prim. incomp.	Casada	E/P	10
Clara	26	Hogar	Primaria	Unión libre	E/P	7
Mary	23	Comerciante	Preparatoria	Unión libre	P	28
Laura	27	Hogar	Secundaria	Unión libre	H	42
Edith	32	Hogar/emp. temp.	Primaria	Unión libre	E	42

* Se ponen seudónimos.

** E: Esposo, H: Hijo, A: Abuelo, S: Suegro, P: Padre.

Los 10 primeros casos corresponden a los análisis cualitativos.

de alcohol de un familiar cercano y que les sería de utilidad tener una intervención psicológica.*

Cabe señalar que durante el periodo de la investigación principal 2009-2010, del cual se deriva el presente trabajo, fueron identificadas e invitadas 72 personas a participar en la intervención pero sólo 30 aceptaron integrarse en el programa y son las que aquí consideramos.

La no aceptación a participar puede obedecer a diferentes razones: características propias de la comunidad, que a pesar de sentir que requieren el apoyo psicológico los elementos culturales les impide asistir a solicitarlo.^{10,11}

Finalmente, las mujeres que integran la muestra son indígenas que además de su lengua hablan castellano, originarias del Valle del Mezquital en el Estado de Hidalgo, con edades de entre 16 y 57 años, con un promedio de siete años de estudios. El 70% de éstas son esposas de un consumidor excesivo de alcohol y en el 60% de los casos su principal actividad es ser amas de casa (cuadro 1).

De los 30 casos se seleccionaron aleatoriamente las entrevistas a 10 mujeres, las cuales fueron analizadas

cualitativamente para identificar sus expresiones de tristeza y malestares emocionales para compararlos con cada uno de los reactivos de la CES-D.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se les solicitó su consentimiento para la aplicación de instrumentos y entrevistas con la aclaración de que la información proporcionada por ellas sería confidencial.

Instrumentos

Se utilizó la CES-D, que mide el nivel de sintomatología depresiva en la última semana con énfasis en el componente afectivo,¹⁵ integrada por 20 reactivos con un punto de corte de 16, de acuerdo con la versión adaptada para la población *hñahñu* por Tiburcio y Natera.¹⁶ El instrumento se aplicó cara a cara. Las entrevistas semi-estructuradas exploraron las preocupaciones y malestares resultantes de vivir con un consumidor excesivo de alcohol.

Procedimiento

Para el análisis de la información se utilizó el método mixto para explorar significados, que consiste en el análisis de da-

* Generalmente los médicos no averiguan sobre problemas de salud mental porque no se tiene el servicio de psicología en las comunidades, pero en esta ocasión se estaba llevando a cabo el proyecto de investigación «Evaluación de programas de prevención en el campo de las adicciones», por lo que se contaba con psicólogas, externas a la comunidad, para desarrollar un programa de intervención breve a familiares de consumidores de alcohol.

tos cuantitativos y cualitativos que se complementan entre sí para comprender el contexto y las influencias culturales.

El análisis cuantitativo consistió en obtener el puntaje de la sintomatología depresiva de los 30 casos, y las correlaciones con variables socio demográficas de escolaridad, edad, ocupación y estado civil.

Se analizó la presencia (experimentar el síntoma durante la semana previa a la aplicación sin importar el número de días) y la persistencia (padecer el síntoma de cinco a siete días).

Posteriormente se analizaron las entrevistas a profundidad de los 10 casos seleccionados. El análisis se hizo buscando todas aquellas expresiones que identificaran estados emocionales y somáticos asociados con la expresión de la sintomatología depresiva y se compararon con los reactivos de la CES-D.

Los análisis cualitativos fueron llevados a cabo por cuatro psicólogas y verificados entre ellas a manera de jueces.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se muestran los resultados de la CES-D. Se encontró que el 62% (n=18) de la muestra obtuvo puntuaciones con sintomatología depresiva, es decir una calificación superior a 16 puntos. En relación a las variables socio-demográficas se encontraron diferencias significativas entre la sintomatología depresiva y las actividades fuera del hogar vs. las amas de casa ($t=1.692$, $gl=26$, $P=0.05$), así como al comparar jóvenes menores de 25 años vs. mujeres mayores ($t=2.06$, $gl=26$, $P=0.02$). Las diferencias de escolaridad, secundaria completa vs. secundaria incompleta, no fueron significativas en relación a los rasgos depresivos, como tampoco lo fue el estado civil. En cuanto a la presencia de la sintomatología

por cada uno de los reactivos y la persistencia (cuadro 2), los resultados indican porcentajes más altos a los reportados en poblaciones semejantes por Tiburcio¹⁶ y Salgado.¹⁷

Con relación al segundo objetivo, se identificaron las expresiones de los síntomas depresivos y se realizó una comparación por reactivo con la CES-D.

Los resultados indican que las mujeres estudiadas manifiestan sentimientos y emociones que se expresan como tristeza, soledad, llanto, miedo y estados de ánimo como flojera, falta de apetito, problemas para dormir y falta de concentración, coraje, «*aunque yo no quiera hacer coraje, hago coraje, me preocupa, me da como esa tristeza*», «*no me dan ganas de comer o como de mala gana*», «*a veces como que me da flojera y digo mejor mañana lo hago voy a acostarme un rato*», «*me pongo a llorar y ya se me sale mi coraje*», «*un día hasta dos días me he sentido así completamente sola, completamente decaída, completamente así preocupadísima*». Estas expresiones corresponden a los síntomas evaluados por la CES-D en los reactivos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 17 y 18.

Sólo en los casos más complejos manifiestan deseos de morir, irse lejos o quitarse la vida, «*me sentía desesperada, desilusionada y hasta pensé en quitarme la vida*», «*mejor me muero porque ni mi esposo me quiere y si a nadie le hago falta para qué estoy aquí*». Estos enunciados corresponden a los reactivos 9 y 20. Además experimentan sentimientos de poca valía personal, miedo a la crítica y percepción de aislamiento «*siento que nadie, nadie siente nada por mí*», «*me siento sola, no tengo con quién platicar*» identificados en el reactivo 13.

La violencia doméstica y las privaciones económicas son sólo algunos de los efectos del consumo de alcohol en la vida de estas mujeres y deben afrontarlos de forma silenciosa por temor a la crítica y a la represión de los esposos. «*A quién le voy a contar allí, le cuento algo y ya le fue y le contó a*

Cuadro 2. Medias, presencia y persistencia por reactivo de la escala de CES-D

Durante la semana pasada ¿cuántos días...	Media	Presencia	Persistencia
		%	%
1. Le molestaron cosas que generalmente no le molestan	1.03	46.67	26.67
2. No sintió ganas de comer o tenía poca hambre	1.00	53.33	13.33
3. No podía dejar de estar triste ni con la ayuda de familiares	1.40	70.00	23.33
4. Sintió que era tan buena gente como cualquier otra persona	1.00	80.00	50.00
5. Tuvo dificultad para poner atención en lo que estaba haciendo	1.30	56.67	30.00
6. Se sintió deprimida	1.67	86.67	36.67
7. Le costó mucho trabajo hacer sus actividades diarias	1.20	60.00	20.00
8. Sintió que las cosas pueden ir mejor en el futuro	1.53	86.67	10.00
9. Pensó que su vida no sirve para nada	.77	43.33	13.33
10. Sintió miedo	.83	43.33	13.33
11. No durmió bien	1.40	66.67	30.00
12. Estuvo contenta	1.23	80.00	33.33
13. Habló menos de lo normal	.80	40.00	13.33
14. Se sintió sola	1.53	63.33	43.33
15. Sintió que la gente no era amable con usted	.97	50.00	10.00
16. Disfrutó de la vida	1.33	80.00	23.33
17. Pasó ratos llorando	1.00	66.67	10.00
18. Se sintió triste	1.60	86.67	30.00
19. Sintió que no le caía bien la gente	.73	36.67	10.00
20. Sintió que no podía seguir adelante	.70	36.67	10.00

alguien, no, yo no tengo con quien contarle o en lugar que me escuche me empieza a decir no sé que», «salgo pero con miedo, me tengo que apurar» asumiendo que no tienen libertad para platicar sus cosas personales. Estas situaciones dificultan la búsqueda de ayuda, no es que no tengan el deseo de hablar con alguien sino que temen ser parte del chisme, se preguntan ¿qué van a decir los demás? en lugar de ¿qué me puede hacer sentir mejor? Esto les crea fuertes estados emocionales porque sienten que muchas veces los profesionales y los familiares no son discretos en poblados tan pequeños.

Expresan tener una buena relación con los demás, aunque no suponen cuál es la percepción que se tiene de ellas: *«yo siempre lo siento, que soy buena pero quien sabe las personas cómo me ven»*, corresponde a los reactivos 4, 15 y 19.

A pesar de los problemas que enfrentan mantienen la esperanza (reactivo 8) de que las cosas pueden estar mejor en el futuro y pretenden esforzarse principalmente por sus hijos *«Quiero salir adelante... voy a salir adelante por mis hijos»* e identifican sentimientos y eventos agradables *«a veces me siento contenta pero casi siempre estoy enojada, casi nunca me siento alegre»* correspondiente a los reactivos 12 y 16.

Una pregunta que se planteó esta investigación fue identificar expresiones que implican síntomas de depresión y que la CES-D no averigua. Por un lado, del análisis de las entrevistas se desprende que las mujeres explican tener síntomas como irritabilidad, dificultad para dormir, tristeza, falta de apetito, sensación de soledad, temas que la CES-D explora claramente. Por otro, no indaga acerca de «las preocupaciones» como algo general, tema muy recurrente en el discurso de estas mujeres para describir su malestar emocional. Con relación a los síntomas somáticos, no averigua sobre el dolor de cabeza y éste es un síntoma expresado con frecuencia en la manifestación de malestares físicos que denotan más bien uno emocional: *«pues sí me duele mucho la cabeza a veces y ya no sé ni qué hacer»*, *«a veces me dolía mucho la cabeza de tanto pensar»*, *«casi ya no hago mucho coraje, ya estoy tranquila casi ya no pero antes si mi cabeza ya no aguantaba»*.

Por otro lado, no saben explicar o desconocen la causa de sus sentimientos ante el reactivo ¿has sentido que no vales nada? *Sí ¿por qué? Pues... nomás así*. Las mujeres expresan sus sentimientos en forma básica, usan palabras simples como «mal» o «feo» para describir sus sentimientos, quizá por las limitaciones en el manejo del lenguaje castellano. Sobre todo las de mayor edad lo expresan ante un estado emocional como si hubiera un «vacío» incapaz de expresarse con palabras.

Dos casos de calificaciones extremas en la CES-D

Por sus características se presentan estos dos casos que obtuvieron calificaciones extremas en la CES-D.

Luisa, caso (6),* obtuvo un puntaje de 55 lo que significa una sintomatología intensa. En el momento de la en-

trevista esta mujer se encuentra en un estado de crisis porque su esposo abusa del alcohol y le es infiel, lo que le ha producido un fuerte malestar emocional. Al momento de la entrevista expresa que ha pensado seriamente en la posibilidad de quitarse la vida. Durante la entrevista hace referencia constantemente a síntomas de depresión: *«na'mas pensaba y digo mejor, pa'qué sirvo yo aquí mejor me muero, agarré el cuchillo solita, iba yo a matarme»*. La correspondencia entre lo expresado y sus calificaciones en la CES-D son semejantes. Este sería un caso en donde únicamente por la evaluación con la CES-D se podría canalizar a la consulta especializada en salud mental.

Por el contrario, Sara, el caso (10) (cuadro 1) obtuvo una puntuación de cero en la aplicación de CES-D, lo cual en una encuesta poblacional y anónima hubiera sido suficiente para descalificarla. En este caso al serle aplicada la escala cara a cara las respuestas que Sara proporcionaba para cada reactivo eran amplias explicaciones y justificaciones de por qué a ella no le pasaba nada de lo que decía el reactivo. No se anuló este caso justamente por lo que aportó durante la entrevista. Cuando habló más ampliamente, lloraba continuamente tanto por lo que sentía ahora como por el recuerdo del maltrato que recibió de su padre en la infancia. Manifestó resentimiento hacia su madre por no haberle explicado el proceso de la menstruación, expresó haber sentido odio hacia los padres durante mucho tiempo. En el pasado se sintió muy deprimida y en soledad *«me ponía triste, me enfermaba mucho... de depresión de soledad»*. Cuando ella se sintió en confianza con la entrevistadora reconoció que continuamente tiene momentos de malestar emocional (que durante la aplicación de CES-D no quiso manifestar) *«un día, hasta dos días, me he sentido así completamente sola, completamente decaída, completamente preocupadísima, pero luego en veces me veo en el espejo, ¿acaso por estar preocupada, acaso de ponerme mal, acaso de estar aquí deprimida voy a resolver algo?»* Durante la entrevista decía tener síntomas físicos como mareos, cansancio, aunque siempre manifestaba tener esperanza. Sin embargo, ¿este último comentario es suficiente para que en los 20 reactivos de la CES-D su actitud haya sido la de no tener ninguno de los síntomas y la de una expresión positiva ante las preguntas correspondientes? ¿O su resistencia a contestar las preguntas de la CES-D obedeció a otras razones? Esto último no se exploró. Un caso semejante llevaría a obtener información poco clara de la sintomatología depresiva con un instrumento, ocultando la gravedad de la misma.

Parte de la explicación del cambio de ella del momento de la aplicación del cuestionario a la hora de la entrevista, es que finalmente la psicóloga logró obtener su confianza y empatía para vencer su resistencia original. Este caso sería un ejemplo claro de que la sola evaluación por medio de un

* Luisa ingresó al programa de intervención breve. Asistió a cinco sesiones de aproximadamente una hora cada una y al final su calificación en la CES-D fue de 3. Se sentía fuertemente empoderada, buscó trabajo y planteó límites claros frente a su marido.

instrumento podría ser poco eficiente en poblaciones con patrones culturales en los que ocultar los problemas es una opción para evitar episodios de violencia o crítica.

Entonces, ¿es la escala CES-D un instrumento válido para evaluar la depresión en comunidades indígenas como la aquí estudiada? Sí lo es, la presencia de cada uno de los síntomas explorados por la escala de CES-D en el discurso de esta población indica que son síntomas experimentados y reconocidos por la comunidad. Sin embargo, la interpretación de los resultados deberá considerar las características de la población pues puntajes altos no necesariamente representan un riesgo de requerir medicamentos o de una intervención especializada que, por otra parte, no hay quien la ofrezca en la comunidad. Es posible que se trate de síntomas sub-umbrales que pueden ser atendidos desde los servicios de atención primaria.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los objetivos que nos planteamos en este trabajo encontramos información que nos permite ir construyendo la percepción de la sintomatología depresiva en una comunidad indígena y que proporcione pistas adecuadas para su atención.

En relación a las variables socio-demográficas y la sintomatología depresiva nos preguntamos ¿Por qué trabajar fuera de casa puede contribuir a la disminución de la sintomatología depresiva?

Tener empleo fuera de la casa puede ser un factor protector y una fuente de apoyo para las mujeres del Valle del Mezquital, lo que expresaban de la siguiente manera: «Se me olvidan mis problemas de casa cuando estoy fuera trabajando.» Trabajar fuera de la casa puede ser una distracción, un desahogo. Les da un propósito en sus vidas, para la mayoría de las mujeres aparentemente su dominio es el hogar, sin embargo ni siquiera son apreciadas por este esfuerzo y paradójicamente tampoco tienen control en mucho de lo que pasa en la vida doméstica. Por ejemplo, no pueden influir o decidir nada en relación al esposo ante el consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias o poner límites a las conductas de sus hijos. Relativamente deciden acerca de la comida, en ese terreno los familiares masculinos les marcan claramente el territorio «aquí los que mandan son los hombres; tú vas a mandar en tu cocina, a mí no me mandes» (Luisa). Por lo que el empleo fuera de la casa puede brindarles una interacción social y una esporádica independencia que les ayude a reducir los síntomas de depresión.¹⁸

Por otra parte, si bien es cierto que el trabajo fuera de casa es un factor protector, la cultura pesa mucho sobre ellas porque sienten que no están cumpliendo con el rol asignado. Sin embargo, algunas mujeres luchan contra la cultura patriarcal, no sólo contra el poder ejercido por los hombres sino también tienen que lidiar contra algunas com-

plicidades de las mujeres que las critican por no ver el trabajo como una posibilidad para ellas, «la gente habla mal de ella por trabajar» (María).

Una participante, víctima de violencia doméstica y del alcoholismo del esposo, se atrevió a defenderse de su violencia echándolo de la casa, al reflexionar sobre sus acciones, ella comentó, «Me hacen sentir (la comunidad) que cometí el error al defenderme de mi esposo... a lo mejor sí tienen razón.» (Paty). Las mujeres indígenas aquí mencionadas tienen miedo a hablar de sus esposos porque ellos se molestan, las amenazan por hablar con sus amigas, familiares y profesionales de la salud, por consiguiente ellas tienen limitada la comunicación, dificultándose la búsqueda de tratamiento.^{10,11}

¿Por qué las mujeres jóvenes presentan una menor sintomatología depresiva que las mayores?

Las mujeres jóvenes (Juana, Vero, Oliva) tienen menores responsabilidades y mayor interacción con las personas. Algunas mujeres mayores ni siquiera son parte de un grupo social como la iglesia (María, Carmen).

Sin embargo la mayoría de las mujeres no presentaba una depresión clínica, si fuera así no se hubieran obtenido datos de mejoría como se percibió en los cuestionarios que se aplicaron al finalizar la intervención breve de cinco sesiones (estos datos no se incluyen en este artículo).¹⁴ El problema podría estar relacionado con la persistencia del síntoma y no con su presencia, por lo que los resultados deben interpretarse con base en el contexto sociocultural. Por ejemplo, Salgado¹⁷ obtuvo puntuaciones más altas en presencia y persistencia que otros estudios similares en una zona rural.

El temor a la crítica que es un elemento dominante en esta cultura las induce a decidir sus acciones en función de lo que opinarán los demás. Aun viviendo con violencia doméstica se preguntan si hacen bien o no al defenderse de sus esposos porque sienten que la gente las juzga (Paty).

Lo que observamos es que en la mayor parte de los casos estudiados incluso aquellos que obtuvieron puntajes elevados –y las entrevistas nos lo confirmaron– por lo general se trata de una depresión subumbral (SD) que es frecuentemente una reacción a los estresores de la vida cotidiana¹³ y es particularmente relevante en poblaciones vulnerables que no tienen a nadie que las oriente y padecen un fuerte estrés por no saber cómo enfrentar una situación como el alcoholismo de un familiar cercano.

La SD es una trayectoria, un espectro continuo de trastornos, por eso es importante detectarla antes de que se convierta en una enfermedad que tiene altos costos y mucho sufrimiento para ellas y los familiares.^{19,20} Por esto la aplicación de la CES-D como una política para aplicarse en atención primaria a la salud puede poner en alerta al profesional y tratarla con intervenciones breves antes de que avance, que han demostrado ser costo-efectivas.

Es por esto que hacemos énfasis en la afectación de la salud mental de las mujeres que origina el abuso de alco-

hol, preocupación de las que no pueden escapar con facilidad debido a la dificultad para solicitar apoyo, en parte porque el abuso de alcohol por parte de los hombres es visto como «algo normal y natural», por la falta de redes sociales o del sistema de salud que la apoye. Es necesario que se conozca que la concepción sobre la salud y la enfermedad puede ser diferente entre el personal de salud y la población, por lo que es necesario seguir explorando la percepción del individuo en la vida, en el contexto de la cultura y sus sistemas de valores.

Aunque hoy en día la mayoría de las culturas se superponen y casi no existen culturas puras y aisladas, se deben hacer esfuerzos por entender la salud mental en su contexto, en sus diferentes significados. Se trata de desarrollar y continuar un diálogo entre los discursos de la salud-enfermedad, reconocer la diversidad de los diferentes lenguajes étnicos, religiosos, a fin de comprender más los problemas culturales que causan tensiones, los cuales quedan sin atención y pueden incapacitar a la población para afrontar la vida cotidiana. Los profesionales de la salud, con una breve capacitación, podrían contribuir notablemente de manera rutinaria a identificar casos con instrumentos como la CES-D en los servicios de atención primaria.

Un aspecto importante es que se detectaron expresiones de riesgo suicida, como el deseo de morir o quitarse la vida que la CES-D de 20 reactivos no explora por lo que se sugiere incluir preguntas referentes a esta temática como los que plantea Roberts.²¹

CONCLUSIÓN

Al igual que el realizado por Salgado¹⁸ este estudio indica que la CES-D es una escala adecuada para medir sintomatología depresiva en comunidades rurales e indígenas, sin embargo, el punto de corte así como la interpretación de los puntajes deberá realizarse con cautela. Es importante profundizar en el conocimiento de los significados y representaciones en la población acerca de los trastornos depresivos a través del estudio del contexto sociocultural utilizando métodos mixtos que comparen la definición clínica de la depresión y el discurso de las personas sobre ésta, así como generar un ambiente de confianza en la población de estudio para obtener una evaluación más confiable.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el financiamiento para llevar a cabo esta investigación a CONACyT, proyecto FOSIS S0008-2005-1-14091, así como a las autoridades y personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 6, Ixmiquilpan, Hidalgo, y muy en especial a las mujeres que hicieron favor de responder al instrumento y a la entrevista.

REFERENCIAS

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.
2. Good B. Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective. New York: Cambridge University Press; 1994.
3. Pedersen D, Kienzler H, Gamarra J, Llaki and Nakary: idioms of distress and suffering among the highland Quechua in the peruvian Andes. *Cult Med Psychiatry* 2010;34:279-300.
4. Beiser M, FRCPC. Why should researchers care about culture? *Can J Psychiatry* 2003;48:154-160.
5. Antze P, Lambek M. Telling stories, making selves. memory and identity in multiple personality disorder. En: Tense past: Cultural essays in trauma and memory (eds.) New York: Routledge; 1996; pp. 3-24.
6. Chung Chi-Ying R, Kagawa M. Interpretation of symptom presentation and distress: A southeast asian refugee example. *J Nerv Ment Dis* 1995;10:639-648.
7. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez M. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental* 1999 (número especial):68-74.
8. Bautista N. Salud mental y cultura una aproximación al modelo salud-enfermedad hñahñu. Tesis de licenciatura. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 2009.
9. Berenzon S, Saavedra N. Presencia de la herbolaria en el tratamiento de los problemas emocionales: Entrevista a los curanderos urbanos. *Salud Mental* 2002;1:55-66.
10. Natera G, Tiburcio M, García E, Valeriano Y et al. Una visión antropológica de los desafíos para un programa de intervención relacionado con el consumo de alcohol en una comunidad indígena. *Antropología física y salud en sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia-ENHA; 2007; pp.329-348.
11. Tiburcio M. Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena. Tesis doctorado. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
12. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, González-Vázquez T. Modelos de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud Mental* 2003;45:19-23.
13. Beekman ATF, Deeg DJH, Tilburg T, Smit JH et al. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 1995;36:65-75.
14. Natera G, Medina P, Callejas F, Juárez F et al. Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena de México. *Salud Mental* 2011;34:195-201.
15. Radloff LS. The CES-D Scale: A new self-report depression scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Measurement* 1977;1:385-401.
16. Tiburcio M, Natera G. Adaptación al contexto Nāhñu del cuestionario de enfrentamientos (CQ), la escala de síntomas (SRT) y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental* 2007;30(3):48-58.
17. Salgado-Snyder VN, Maldonado M. Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública Mex* 1994;36:200-209.
18. Matud P, Carbelreira M, López M, Marrero R et al. Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental* 2002;25:32-37.
19. Angst J, Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *J Affect Disord* 1997;45:31-40.
20. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *General Archive Psychiatry* 2005;62:66-72.
21. Roberts E. Reliability of the CES-D: Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Res* 1980;2:125-134.

Artículo sin conflicto de intereses