

Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México

V Nelly Salgado-de Snyder, Dra en Bienestar Social,⁽¹⁾ Ma de Jesús Díaz-Pérez, M en Psic,⁽²⁾
Tonatiuh González-Vázquez, Lic en Cien Pol.⁽¹⁾

Salgado-de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, González-Vázquez T.
Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México.
Salud Publica Mex 2003;45:19-26.

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Salgado-de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, González-Vázquez T.
A model for integrating mental healthcare resources in the rural population of Mexico.
Salud Publica Mex 2003;45:19-26.

The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Identificar conductas de utilización de servicios para resolver problemas de salud mental en los pobladores de localidades rurales de México; construir un modelo sobre los caminos de la atención para la salud mental que siguen los pobladores rurales, y proponer un modelo de integración para mejorar la calidad y el acceso a estos servicios. **Material y métodos.** En 1997 se realizaron entrevistas a profundidad con 21 pobladores adultos (nueve hombres y 12 mujeres), y siete prestadores de servicios de una comunidad rural del estado de Jalisco, México. El rango de edad de las mujeres fue de 23 a 44 años, 10 casadas y dos solteras. Los hombres tenían entre los 30 y 74 años de edad, ocho casados y un viudo. Los prestadores de servicios fueron un sacerdote, un médico general, un encargado de farmacia, dos enfermeras y dos sanadores tradicionales (un sobador y un curandero). **Resultados.** El primer intento que hace una persona para remediar un síntoma es acudir a los autocuidados. Cuando éstos no son suficientes para aliviarlo, las personas avanzan al segundo ámbito del camino: buscar ayuda de la red social, cuyos miembros, además de brindar información referente a remedios y cuidados, ofrecen su apoyo emocional e instrumental. Si después de consultar a la red el síntoma no ha desaparecido, el individuo busca la ayuda de otras fuentes externas, concretamente la de los miembros del sistema etnomédico local. La gente

Abstract

Objective. The purpose of this project was to identify behaviors of health service utilization to solve mental health-related problems among rural inhabitants of Mexico. A model of pathways to mental health services was built. Based on this model, an integration- intervention model is proposed to help improve access to mental health services and their quality. **Material and Methods.** In 1997, in-depth interviews were conducted among 21 adults (9 men and 12 women) and seven healthcare providers, in a rural community in Jalisco, Mexico. Women's age ranged from 23 to 44 years; ten were married and two single. Men were between 30 and 74 years old; eight were married and one was a widower. Healthcare providers in the same community were: a priest, a general physician, a pharmacy clerk, two nurses, and two traditional healers. **Results.** The pathways models suggest that the first attempt a person does to solve a symptom is self-care. When such strategies are not sufficient to relieve the symptom, the person turns to the members of his/her social network for help, who in addition to providing information about remedies, offer their emotional and instrumental support. If after consulting the social network, the symptom is not relieved, the individual seeks help from other external resources, such as the members of the ethnomedical local system. Inhabitants of rural communities tend to seek help from physicians, only when the symptom persists

Este proyecto fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (H9406-4257).

- (1) Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.
- (2) Coordinación del Programa de Promoción de la Salud Mental para Migrantes de Origen Hispano. Plan de Salud del Valle. Fort Lupton, Colorado, Estados Unidos de América.

Fecha de recibido: 30 de octubre de 2001 • Fecha de aprobado: 9 de agosto de 2002

Solicitud de sobretiros: Dra. Nelly Salgado-de Snyder. Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Avenida Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán. 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: nsnyder@correo.insp.mx

en esas localidades busca ayuda del médico únicamente cuando el síntoma persiste o cuando ha sido referido en repetidas ocasiones por algún miembro del sistema etnomédico local o de su red social. La búsqueda de un especialista de la salud mental (psiquiatra o psicólogo) es muy improbable entre los pobladores rurales debido a la dificultad de acceso geográfico a estos servicios por el costo que implica hacer uso de éstos y por la distancia cultural existente entre el prestador de servicios y el paciente. **Conclusiones.** Para llevar a cabo con éxito programas de intervención culturalmente sensibles en el medio rural se requiere contar con información detallada, derivada de la investigación y de la participación activa de todos los recursos humanos e institucionales disponibles, desde profesionales e investigadores auténticamente multidisciplinarios, hasta educadores, líderes sociales, religiosos, políticos, miembros de la comunidad e instituciones de esas localidades. El modelo propuesto de integración de recursos personales y comunitarios para la atención de la salud contempla la creación de programas de sensibilización, información y capacitación para los pobladores de la comunidad y los prestadores de servicios; el sistema etnomédico y el sistema formal de salud se proponen como indispensables. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: población rural; atención de la salud; salud mental; redes de apoyo social; caminos de la atención; México

and the suffering associated with it seems to be out of the individual's control, or if members of the social network or the ethno-medical local system refer the patient to the physician. Seeking help from a specialist in mental health (psychiatrist or psychologist) is quite improbable among the rural inhabitants of Mexico, mostly due to difficulties in accessing these services, such as geographical location, distance, transportation, cost, and cultural distance between the health providers and the patient. **Conclusions.** In order to conduct successful intervention programs that are culturally sensitive for rural inhabitants, it is necessary first, to have detailed information derived from research and second, the active participation of all human and institutional resources, from professionals and truly multi-disciplinary researchers, to educators, social, religious, political leaders, and members of the communities and local institutions. The proposed model of integration of personal and community resources for healthcare requires establishing programs that sensitize, inform, and train community members, as well as members the ethno-medical system and the formal health system. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: rural population; health care; mental health; social support networks; health services; pathways; Mexico

Los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISAs) en todo el mundo.¹ En México la prevalencia global de padecimientos mentales es de 25% y la pérdida de AVISAs por este tipo de trastornos en nuestro país es de 9.0 (10.4 en el medio rural y 7.9 en el medio urbano).² Resulta paradójico que, a pesar de su importancia, los indicadores relativos a la salud mental sean variables poco utilizadas para definir las condiciones generales de salud de la población mexicana. Esta situación se explica parcialmente si se toma en cuenta que la salud mental ha sido por mucho tiempo artificialmente escindida de la salud física, lo cual ha repercutido en la ausencia de información sistematizada sobre los padecimientos mentales de la población. Esta laguna de conocimientos es aún más acentuada en el medio rural.

En el medio rural mexicano, el número de AVISAs, el peso de la enfermedad y las muertes de la población son mayores que en el medio urbano, debido principalmente a estilos de vida poco saludables,² matizados por la pobreza, el desaliento y las múltiples limitaciones que enfrentan los pobladores rurales de nuestro país.^{3,4} De forma similar, la es-

casa presencia de servicios especializados en salud mental en ese medio incide en que los habitantes de áreas rurales, que presentan sintomatología mental aislada o cuadros clínicos claros, no reciban tratamiento profesional alguno para solucionar este tipo de padecimientos.⁴⁻⁶

La democratización de la salud es uno de los temas prioritarios del Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006. Este objetivo implica crear las condiciones para que toda la población de manera equitativa tenga la oportunidad de gozar de buena salud y de acceso a los servicios independientemente de su capacidad de pago.⁷ Es evidente que la promoción de la salud y el acceso a los servicios de manera equitativa, sobre todo en zonas aisladas, requieren de la acción comunitaria. Este tipo de acciones han sido documentadas y recomendadas en la literatura sobre el tema desde hace ya algún tiempo.^{4,8-10} En relación con la salud mental, Kleinman sustenta que ésta es una experiencia social que impacta a todos los miembros de una comunidad debido a que el sufrimiento ocasionado por este tipo de padecimientos está culturalmente determinado.⁸ Por esta razón, propone que para atender adecuadamente las necesidades de salud mental de una

población se requiere de una aproximación que tome en cuenta las múltiples interconexiones sociales y culturales que existen entre los enfermos, los sanadores y los miembros de la comunidad, ya que el estado de "enfermedad" es determinado por la experiencia subjetiva del individuo y de los miembros de su comunidad, más que por los datos clínicos.⁹⁻¹¹

El fortalecimiento de la acción comunitaria en la promoción de la salud también ha sido propuesto en el PNS 2001-2006, reconociendo que a través de estas acciones, que requieren de la participación corresponsable de los miembros de la comunidad, se pueden impulsar estilos de vida saludables que incidan en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.⁷ Este tipo de estrategias comunitarias para lograr la universalización de la salud resultan particularmente importantes en el medio rural, en donde la recuperación de la salud de un individuo depende en gran medida del apoyo que le brinden los miembros de su comunidad.

En esta búsqueda intencionada de salud, la secuencia de contactos que una persona lleva a cabo para solucionar problemas de salud se conoce como los caminos de la atención.¹¹ Específicamente, el concepto "caminos de la atención" hace referencia a un patrón estructurado de interacción entre las redes sociales, los sistemas informales de ayuda (sistema etnomédico local) y los sistemas formales de cuidados a la salud. Los caminos de la atención que siguen los pobladores rurales de México son largos y complicados, y raramente llegan a los profesionales o a las instituciones que ofrecen servicios especializados,¹²⁻¹⁴ lo cual está estrechamente relacionado con lo reportado en la literatura: que los factores individuales (psicosociales) y colectivos (culturales) son los que determinan la duración y dirección de la búsqueda de ayuda.¹³ Finalmente, los caminos de la atención permiten la planeación de servicios para controlar la utilización de recursos y lograr resultados con una óptima eficiencia.¹⁵

El objetivo de este trabajo fue identificar conductas de utilización de servicios para enfrentar problemas de salud mental en pobladores de localidades rurales de México. Con este propósito se construyó un modelo sobre los caminos de la atención que siguen los pobladores rurales y, sobre la base de éste, se propuso un modelo de integración para alcanzar la calidad y el acceso a estos servicios.

Material y métodos

Los datos fueron recolectados gracias a dos técnicas de metodología cualitativa: a) el análisis de notas etnográficas,¹⁶ y b) entrevistas a profundidad,¹⁷ que se

llevaron a cabo en noviembre y diciembre de 1997 con pobladores de cuatro comunidades rurales (de menos de 5 000 habitantes) del estado de Jalisco, México. Los entrevistadores fueron cuatro psicólogos, tres con maestría y uno con doctorado, quienes desde 1990 hacen investigaciones en esa región.

Se trabajó con una muestra de conveniencia conformada mediante la técnica de bola de nieve, tratando de entrevistar a un número equivalente de hombres y mujeres hasta llegar al punto de saturación teórica sobre el tema de estudio. Se realizaron entrevistas a profundidad con un total de 21 adultos, nueve hombres y 12 mujeres. El rango de edad de las mujeres fue de 23 a 44 años, 10 casadas y dos solteras; todas eran amas de casa. La edad de los hombres oscilaba entre los 30 y los 74 años, ocho de ellos eran casados y uno viudo; trabajaban primordialmente en la agricultura de autoconsumo, como dependientes de pequeños comercios, como músicos ambulantes y en otros empleos temporales. También se entrevistó a siete prestadores de servicios: un sacerdote, un médico general, un encargado de farmacia, dos enfermeras y dos sanadores tradicionales.

Se informó a los participantes del propósito del estudio y la naturaleza de las preguntas, asegurándoles la confidencialidad y el anonimato; todas las entrevistas fueron audiograbadas, transcritas y codificadas a mano para clasificar el texto. Las preguntas guías, conceptos clave y temas sirvieron como categorías analíticas. Las notas de campo fueron estudiadas con análisis de contenido, identificando los temas generales y organizando la información en las categorías: sintomatología, enfermedades y cuidados.

La guía de entrevista consistió en 30 preguntas abiertas que recopilaban información sobre la percepción de los pobladores con relación a las enfermedades mentales y con la estrategia utilizada para enfrentar tales problemas. A los prestadores de servicios se les preguntó sobre las características de las personas que atendían y las de los servicios que les prestaban. No se enfrentaron problemas en la fase de levantamiento de datos.

Modelo de búsqueda de ayuda

El propósito de este modelo es identificar y describir las conductas de utilización de servicios de salud mental e intentar explicarlas. La figura 1 indica que la primera condición necesaria para buscar ayuda es la presencia de al menos un síntoma psicológico o fisiológico y la evaluación del mismo como severo (tomando en cuenta la molestia o dolor ocasionado y su interferencia con el funcionamiento cotidiano). Es

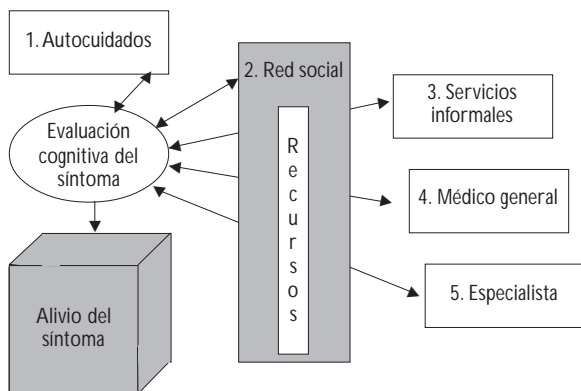


FIGURA 1. CAMINOS EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL. JALISCO, MÉXICO, 1997

importante enfatizar que en las localidades rurales los síntomas que llevan a buscar ayuda son en general somáticos. La manifestación casi exclusiva de este tipo de problemas contribuye a que la identificación de trastornos mentales sea difícil. En general, los síntomas emocionales tienden a ser ignorados, sobre todo si los padecen las mujeres, ya que en ellas algunos se consideran normales, aun cuando sean crónicos e incapacitantes.

Siguiendo esta explicación, las estrategias de los pobladores rurales para aliviar su(s) síntoma(s) están representadas en los cuadros numerados, que reflejan la secuencia de acciones para buscar ayuda. Esta secuencia varía dependiendo de la disponibilidad de recursos tanto internos (psicológicos) como externos (sociales y económicos). Las flechas bidireccionales indican que después de haber consultado a cada una de las fuentes de ayuda, las personas reevalúan la severidad del síntoma y determinan si deben continuar o no la búsqueda de ayuda. Las flechas son de diferente longitud para ilustrar la facilidad o dificultad de acceso en la obtención de ayuda de las diversas fuentes; las más cortas representan menor número de barreras para acceder a la ayuda.

1. *Recursos personales y autocuidados.* Generalmente, el primer intento que hace una persona para remediar un síntoma es el autocuidado, es decir, hace uso de su propio conocimiento y en general se basa en la utilización de yerbas, dietas, medicamentos de uso común y remedios populares. Otras conductas estratégicas son el autocontrol, utilizado para disminuir o eliminar con fuerza de voluntad

el malestar provocado por el síntoma, y el “aguantarse”, que implica no llevar a cabo acción alguna y esperar hasta que el problema desaparezca por sí mismo. Estas tácticas son utilizadas especialmente cuando se reconoce que el origen del síntoma es emocional.

“Pues trato de comprenderme mis situaciones, la causa de esos nervios, trato de controlarme yo mismo (...) para que no me (cause un gran) problema esa alteración nerviosa.” (Usuario/ caso 8)

Con el propósito de recuperar la salud, los pobladores rurales frecuentemente participan en rituales religiosos (por ejemplo, novenas, mandas, juramentos*) asociados con una fuerte creencia en el poder curativo de Dios. La participación en estas ceremonias es promovida socialmente, porque tiene una gran trascendencia tanto personal como comunitaria. La religiosidad y la fe del individuo ponen a su disposición recursos espirituales, personales, familiares y sociales que pueden ser fácilmente movilizados para la solución de problemas.

2. *Redes sociales.* Cuando el autocuidado no es suficiente para aliviar el síntoma, se avanza al segundo ámbito del camino (figura 1), que consiste en buscar ayuda de la red social, cuyos miembros ofrecen su apoyo emocional (consejos, guía) e instrumental (dinero, comida, cuidado de los hijos, etcétera). La red y los recursos que ésta ofrece permanecen a lo largo del camino de búsqueda de ayuda hasta la eventual salida del mismo.

“Cuando pide ayuda, pues uno va a recurrir a los familiares más cercanos (...) porque si carece de economía no va a poder ir con un profesionista que lo esté chequeando o que le aconseje (...) lo que no debe hacer.” (Usuario/caso 8)

La red social construye y valida la severidad de la condición de una persona. Por ejemplo, es común que cuando se observan cambios en la conducta y apariencia (“mal semblante”), éstos son señalados por los miembros de la red, y la persona es confrontada con la posibilidad de que esté sufriendo una enfermedad, aun cuando ella no lo

* Novena: periodo de oración que dura nueve días; manda: acción que involucra sacrificio o sufrimiento a cambio de un beneficio; juramento: promesa de no tomar bebidas alcohólicas por un tiempo determinado.

perciba así. Finalmente, cuando los miembros de la red social expresan sus opiniones y preocupaciones al individuo en general es porque consideran que su problema es lo suficientemente severo como para intervenir.

3. *Sistema etnomédico local.* Siguiendo el modelo, si después de consultar la red social el síntoma no ha desaparecido, el individuo generalmente busca ayuda en otras fuentes externas, en concreto de los miembros del sistema etnomédico local dependiendo de cuatro factores: 1) la atribución que la persona hace del origen de su problema (emocional o físico); 2) la legitimidad y prestigio de la fuente de ayuda; 3) el costo del tratamiento, y 4) la disponibilidad de ese tipo de servicios en su comunidad. El sistema etnomédico local incluye al sacerdote, al encargado de farmacia y los sanadores tradicionales (curandero, yerbero, sobador, inyeccionista).

“(Busco ayuda) cuando yo veo que ya me estoy pasando los límites de razonamiento, que ya no razono como debo. Pues yo busco (...) platicar con personas que me ayuden, que me fortalezcan, en mi caso, pues mi fe, la asistencia de los sacerdotes que me ayudan, porque yo no puedo decir que hay psicólogos aquí.” (Usuaría/ caso 5)

En esta etapa de la búsqueda de ayuda, la persona puede moverse de una fuente a otra y también acudir a ellas de manera simultánea.

4. *Servicios de medicina general.* Entre los pobladores rurales, consultar a un médico no es una práctica común para el alivio de sus problemas; acuden únicamente cuando la molestia persiste o cuando han sido referidos en repetidas ocasiones por algún miembro del sistema etnomédico local o de su red social.

“Busca una ayuda cuando se siente uno ya más malo, anda uno desesperado y (...) entonces va uno con un doctor a platicarle y a que le dé una medicina para los nervios.” (Usuario / caso 9)

Antes de acudir al médico la persona toma en cuenta los costos de transporte, consulta, medicamentos y consultas subsecuentes. Frecuentemente, el costo de buscar atención médica llega a ser tan alto que el paciente pospone repetidas veces esa visita, lo cual contribuye a que su condición empeore.

5. *Servicios especializados en salud mental.* En el recuadro 5 del modelo, se indica que la consulta con

un especialista de la salud mental, como un psiquiatra o psicólogo, es muy improbable entre los pobladores rurales debido fundamentalmente a tres factores: la dificultad de acceso geográfico a estos servicios, el costo que implica hacer uso de éstos, y la distancia cultural entre el especialista y el paciente, la cual es aún mayor que con el médico general.

“(Las mujeres que sufren de nervios) pos a lo mejor piden un consejo a alguien, a algún superior o a la mejor un médico que les diga. Yo... No creo que vayan a un psiquiatra, como le nombran. La gente que he visto aquí no va con ellos.” (Usuario/ caso 10)

En caso de que un poblador rural llegue a obtenerlos, su apego a la terapéutica es incierto ya que implica hacer varios viajes para consultas subsecuentes, y asumir el costo de las mismas y de los medicamentos. La pobreza y marginación, características del medio rural, explican en gran medida la dificultad de acceso a los servicios de salud mental. Algunas personas alivian sus síntomas temporalmente; sin embargo, es común que éstos no desaparezcan del todo o se presenten nuevamente, de forma tal que una persona puede permanecer en el camino de búsqueda de ayuda por un largo tiempo antes de encontrar la que realmente solucione sus problemas mentales.

Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en el medio rural

El modelo que se presenta en la figura 2 contiene una propuesta de integración de recursos para facilitar el camino hacia la obtención de servicios de salud mental de los pobladores rurales, y disminuir el sufrimiento tanto físico como psicológico del paciente y de los familiares encargados de su cuidado. Evidentemente, la diversidad e individualidad de las regiones del país no permiten arribar a soluciones uniformes para los problemas de salud mental del medio rural, por lo que una sola estrategia no sería la más apropiada. Por esta razón, el modelo propuesto requiere ser adaptado a los diversos contextos socioculturales de México.

El modelo no propone una secuencia específica en la utilización de los recursos disponibles, sino mantener en forma permanente canales de comunicación abiertos entre tales recursos. El centro del modelo de integración lo constituye la evaluación cognitiva del síntoma por parte de la persona afectada y, a partir de ésta, la movilización de los recursos personales y comunitarios formales e informales. Es claro que este

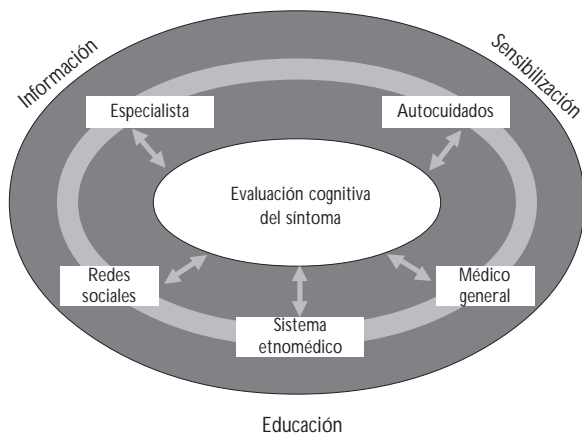


FIGURA 2. MODELO DE INTEGRACIÓN DE RECURSOS PERSONALES Y COMUNITARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. JALISCO, MÉXICO, 1997

modelo no sugiere eliminar los ámbitos tradicionales de ayuda descritos en la figura 1, sino que propone fortalecer la eficiencia de esos recursos, así como acercar los servicios formales de salud al paciente rural. Las acciones propuestas están dirigidas tanto a los pobladores como a los miembros del sistema etnomédico local (sacerdotes, encargados de farmacias, inyeccionistas, curanderos, sobadores y yerberos) y del sistema formal de salud (médicos, enfermeras y trabajadores sociales). La apertura de comunicación e intercambio entre disciplinas, instituciones, culturas y personas se ilustra con canales de flujo en la figura 2.

El punto de partida del modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural es la capacidad del paciente de reconocer síntomas psicológicos o psiquiátricos como tales, y de emprender acciones dirigidas a encontrar ayuda en el menor tiempo posible y en los ámbitos adecuados. La manifestación e interpretación de este tipo de síntomas están siempre matizadas por la cultura local, por lo que es necesario que el profesional de la salud se familiarice con las creencias y los procesos locales de salud-enfermedad. Al mismo tiempo, es importante que los sanadores del sistema etnomédico local cuenten con información que les permita identificar y evaluar la severidad de la sintomatología psiquiátrica con el fin de intervenir adecuadamente. Para lograr esto, en un primer momento, resulta indispensable diseñar y llevar a cabo programas de información, educación y sensibilización sobre salud mental para todos los miembros de la comunidad, incluyendo a los profesionales de la salud. Los programas tienen como objetivo principal proporcionar información para el reconocimiento de síntomas importantes tanto en la

cultura local como en la psiquiatría moderna. Este tipo de intervenciones constituye el contexto en el cual se llevan a cabo el resto de las interacciones entre los diferentes recursos explicitados en el modelo.

Recursos personales y autocuidados. Prácticas como cambio en regímenes alimenticios, uso de remedios caseros o medicamentos de uso común, estrategias de autocontrol, así como la fe en el poder curativo de Dios han sido reportadas como fuentes importantes de fortaleza personal y de autoayuda para enfrentar problemas emocionales. Resulta necesario valorar este tipo de acciones en cuanto respuestas espontáneas de protección ante la amenaza de la pérdida de la salud. Por lo tanto, es indispensable no devaluar este tipo de prácticas cuando están presentes, sino fortalecerlas e incorporarlas como acciones complementarias al tratamiento prescrito por el especialista o por el médico general.

Redes de apoyo social. Como se describió en el primer modelo (figura 1), las redes de apoyo social en el medio rural juegan un papel determinante como mediadoras y facilitadoras en el inicio y en los pasos subsecuentes de la búsqueda de ayuda, ya que sus miembros proporcionan apoyo continuo a los pacientes para apegarse a su tratamiento hasta que alcanzan su recuperación. Las redes de apoyo, particularmente en el medio rural, son el factor más importante en la búsqueda de ayuda para problemas de salud y en el ingreso a los caminos de la atención.¹⁸ La densidad de la red, es decir, la cantidad de personas que la conforman, y el grado de interconexión entre sus miembros, pueden facilitar o entorpecer el camino de búsqueda de ayuda, ya que ambas funcionan como intermediarias entre la aparición de los primeros síntomas y el contacto con los servicios formales.¹⁹ Se ha documentado que la red social también forma parte del proceso terapéutico a través de diversas acciones como escuchar los problemas y ofrecer consejo, así como proporcionar ayuda instrumental.^{6,20}

Un recurso importante para maximizar la efectividad de la red social es proporcionar a los pobladores rurales –sobre todo a los líderes naturales y las mujeres– información sencilla, clara y concisa a través de educación básica sobre la identificación de síntomas psiquiátricos, y sobre el significado y la evolución de la enfermedad mental. También se propone la reafirmación y promoción de las características positivas ya existentes en la red, como apoyo emocional, consejo, ayuda económica, apoyo instrumental y reciprocidad.

Sistema etnomédico local. La efectividad del sistema etnomédico local reside en el acuerdo cultural entre el sanador y el paciente respecto a las causas de la

enfermedad, y quizá uno de los elementos más importantes de este acuerdo es la vinculación del funcionamiento físico y psicológico del individuo. En este sentido, se propone fortalecer entre los miembros de este sistema conocimientos generales sobre el proceso de la enfermedad mental, sus signos y síntomas, evolución de los padecimientos más importantes, así como posibilidades de tratamiento, con la finalidad de que sean una fuente de ayuda más efectiva, tanto haciendo intervenciones como remitiendo a los pacientes que así lo ameriten a los servicios formales de salud mental. Conviene destacar que esta capacitación se considera de gran utilidad, ya que la autoridad y el prestigio de los miembros de este sistema son reconocidos y privilegiados por los pobladores y facilita el apego a las acciones terapéuticas prescritas por el especialista.

Servicios de medicina general. En México se ha encontrado que cuando una persona sabe cómo obtener servicios formales de salud es más probable que busque a un médico, aun cuando su problema sea mental.^{6, 21} Esto reafirma la importancia del papel del médico general como el primer profesional de la salud con el que tiene contacto el paciente mental. Muchos pobladores rurales que solicitan atención médica en los centros de salud del primer nivel de atención sufren problemas psiquiátricos, por ello, la capacitación en salud mental del personal de estos centros es fundamental. La ausencia de profesionales especializados en la salud mental en las zonas rurales de México determina que los médicos, trabajadores sociales y enfermeras que laboran en los centros de salud comunitarios se integren como equipos interdisciplinarios. Su capacitación requiere incorporar el manejo de conocimientos básicos que les permita canalizar adecuadamente los casos, desarrollar habilidades psicoterapéuticas básicas (consejería y terapia breve) y la incorporación de algunas herramientas curativas inocuas recomendadas y utilizadas por los miembros del sistema etnomédico.

Servicios especializados de salud mental. Con la capacitación en salud mental del personal de salud para atender casos poco graves se esperaría que la atención psiquiátrica fuera requerida por una pequeña proporción de la población. En tal caso, especialistas de la salud mental prestarían sus servicios a pacientes psiquiátricos ambulatorios en forma periódica en las clínicas de salud comunitaria, y los médicos de la clínica harían el seguimiento. Es necesario señalar que aun cuando el servicio psiquiátrico especializado estuviera disponible permanentemente en los centros de salud de las pequeñas localidades, la gente probablemente no acudiría si antes no cuenta con la información que le permita identificar la necesidad de este tipo de servicios.

Es igualmente importante que los psiquiatras y psicólogos clínicos participen en cursos de sensibilización hacia la cultura local, lo cual les permitiría, por un lado, mantener una actitud informada y flexible en relación con las creencias y expectativas de tratamiento para las enfermedades mentales, y por otro, conocer algunas estrategias de sanación del sistema etnomédico local que pudieran ser complementarias al tratamiento terapéutico por ellos prescrito. Esta aproximación permitiría la congruencia cultural necesaria para facilitar el apego terapéutico del paciente.

Conclusiones

Este trabajo describe dos modelos de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en el medio rural. El primero presenta los caminos de la atención que siguen los pobladores rurales de México, y el segundo es un modelo de integración que tiene la finalidad de propiciar la calidad y el acceso de estos servicios a las poblaciones con mayor grado de desventaja social. Ambos enfatizan el papel de las redes de apoyo social como el elemento más determinante en la búsqueda y consecución de ayuda.

En estos dos modelos es clara la relación entre la salud de un individuo y la salud de su comunidad. Una comunidad saludable es aquella que proporciona apoyo, estima, cuidados y un sentido de pertenencia a sus miembros. Por otro lado, la salud individual incluye la predisposición genética del individuo, un cuerpo libre de enfermedades, un estilo de vida que minimice riesgos y accidentes, y el acceso a servicios de salud. Por esto, es indispensable la integración de esfuerzos colectivos e individuales para promover la salud, y para prevenir y solucionar problemas de salud mental en el medio rural.

El modelo representado en la segunda figura propone identificar, valorar, utilizar e integrar los recursos personales y comunitarios ya presentes en el individuo y en las localidades con el objetivo de mejorar el acceso y la calidad de los servicios especializados en salud mental. Sin embargo, para llevar con éxito la integración propuesta se requiere contar con información detallada derivada de la investigación y de la participación activa de todos los recursos humanos e institucionales disponibles, desde profesionales e investigadores auténticamente multidisciplinarios, hasta educadores, líderes sociales, religiosos, políticos, miembros de la comunidad e instituciones de esas localidades. Por otro lado, para poder implantar un modelo como el propuesto se requieren cambios radicales en la estructura de los sistemas de atención a la salud

que prevalecen en nuestro país, particularmente en el medio rural. Esto implicaría costos elevados, lo cual podría disminuir el interés en esta propuesta por parte de los tomadores de decisiones en el sector salud.

Propuestas generales

Es importante empezar esta sección con la propuesta de promover la ampliación del concepto tradicional de salud a uno de salud integral que incorpore, además de la salud física, la salud mental y la calidad de vida de los individuos y de las comunidades a las que pertenecen. En tanto se continúe separando artificialmente la salud mental y la salud física, la investigación y el acceso a servicios especializados permanecerá en un lugar secundario.

Es indispensable continuar investigando con detalle el contexto en el que se presentan los trastornos mentales en el medio rural para determinar el costo humano, social y económico de la enfermedad mental en ese medio, así como identificar los factores que permiten a los pobladores rurales mantener un relativo estado de bienestar a pesar de las condiciones adversas que los rodean. Se propone apoyar la producción de investigación sobre salud mental en el medio rural a través de programas de estímulos para investigadores e instituciones comprometidas con el avance del conocimiento en esta área, fomentando la integración de equipos internacionales e interdisciplinarios para investigación, prestación de servicios y diseño de políticas de salud integrales. Las instituciones gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y los programas nacionales e internacionales que proporcionan financiamientos en salud, podrían priorizar la asignación de fondos a proyectos de investigación e intervención en salud mental llevados a cabo en áreas remotas con grupos desfavorecidos, particularmente en el medio rural.

También se hace necesario capacitar a los médicos generales y residentes que prestan sus servicios en los centros de salud de las zonas rurales para identificar trastornos mentales e intervenir adecuadamente, así como sensibilizarlos en torno a la cultura local y a las creencias sobre la enfermedad mental que manejan los pobladores. Fortalecer y movilizar los recursos ya existentes en los miembros de las localidades para apoyar la labor de los profesionales en este campo, tanto en la prevención como en el tratamiento, es otra tarea indispensable. Finalmente, como trabajadores de la salud debemos estar convencidos de que en el acceso a la atención no se debería favorecer a unos pobladores (urbanos) más que a otros (rurales), pues la equi-

dad es un concepto clave en este contexto, y la salud es un derecho de toda la población.

Referencias

1. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World Mental Health: Problems and priorities in low income countries*. Nueva York (NY): Oxford University Press, 1995.
2. Frenk J, Lozano R, González-Block MA. *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe final. México, D.F.: FUNSALUD, 1994.
3. Salgado-de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. La salud mental de las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas. En: Lara MA, Salgado-de Snyder VN, ed. *Cálmese son sus nervios, tómete un tecito: la salud mental de las mujeres mexicanas*. México, D.F.: PAX, 2002: 171-194.
4. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. *Salud mental en México*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica/ Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997.
5. Lara MA, Salgado-de Snyder VN. Mujer, pobreza y salud mental. En: Szasz I, Salles V, ed. *Las mujeres en la pobreza*. México, D.F.: El Colegio de México, 1993: 243-291.
6. Salgado-de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Maldonado M. Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Mental* 1995;18:50-55.
7. Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001.
8. Kleinman A. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley (CA): University of California Press, 1995.
9. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley (CA): University of California Press, 1980.
10. Angel R, Thoits P. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Cult Med Psychiatry* 1987;11:465-494.
11. Rogler LH, Cortés DE. Help-seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *Am J Psychiatry* 1993;150: 554-561.
12. Salgado-de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Maldonado M, Bautista E. Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village with high migratory tradition to the United States. *Health Soc Work* 1998; 24:136-148.
13. Poole DL, Salgado-de Snyder VN. Pathways to health and mental health care: Guidelines for culturally-competent practice. En: Albert R, Gilbert J, ed. *Social Workers' Desk Reference*. Nueva York (NY): Oxford University Press, 2002: 51-56.
14. Young J. *Medical choice in a culture context: Treatment decision making in a Mexican town*. Nueva Brunswick (NJ): Rutgers University Press, 1980.
15. Poole DL. Politically correct or culturally competent? *Health Soc Work* 1998;23:163-166.
16. Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago (IL): University of Chicago Press, 1995.
17. Hudelson PM. *Qualitative research for health programmes*. Ginebra: World Health Organization, Division of Mental Health, 1994.
18. Bronfman M. Presencia y ausencia de redes sociales. En: Bronfman M, ed. *Como se vive se muere. Familias, redes sociales y muerte infantil*. México, D.F.: CRIM/UNAM, 2000:143-166.
19. Birkel RC, Repucci ND. Social networks, information-seeking, and utilization of services. *Am J Community Psychol* 1983;11:185-205.
20. Mas-Condes C, Caraveo AJ. La medicina folklórica: un estudio sobre la salud mental. *Rev Interam Psicol* 1991;25:147-160.
21. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Campillo-Serrano C. Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. *Salud Mental* 1984; 7: 63-67.