

Intervención psicosocial para mujeres con depresión*

MARÍA ASUNCIÓN LARA^a

RESUMEN

Objetivo: Presentar los antecedentes y resultados de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión.

Antecedentes: Se sabe que la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y tiene un alto costo personal, social y económico, ocupando el cuarto lugar entre todas las enfermedades debido a la discapacidad y muerte prematura que ocasiona. Con este proyecto se busca dar alguna respuesta a la creciente preocupación mundial por la depresión y la enorme discapacidad asociada a ésta.

Material y métodos: La investigación se llevó a cabo en tres Centros Comunitarios de Salud Mental y un Centro de Salud de la SSA. Se diseñó y evaluó una intervención psicoeducativa, dirigida a mujeres con síntomas de depresión. Participaron 135 mujeres entre 20 y 45 años, con sintomatología depresiva moderada o severa (CES-D). El estudio fue comparativo entre una condición de grupo IG (seis sesiones de dos horas) y una individual IIM (una sesión de asesoría más material educativo), en cuatro mediciones: pretratamiento, postratamiento, seguimiento a cuatro meses y seguimiento a dos años.

Resultados: En análisis de varianza múltiple para medidas repetidas se observó una reducción significativa de síntomas de depresión en el postratamiento y seguimiento sin que hubiera diferencias significativas entre las condiciones (IG/IIM). Sobre la autoestima se encontró una reducción significativa en las mismas mediciones y no se encontraron diferencias significativas entre las condiciones (IG/IIM). Respecto al seguimiento a dos años, no se mantuvo la disminución en síntomas de depresión, sin embargo, éstos no fueron mayores que en el pretratamiento, pero sí se mantuvo el incremento en autoestima. También se observó que las participantes consideraron que la intervención tuvo una influencia positiva en su vida y en sus problemas y expresaron gran satisfacción con la ayuda recibida.

Conclusiones: Se encontró que ambas intervenciones fueron efectivas en reducir los síntomas de depresión, más a mediano que a largo plazo y en mejorar la autoestima a largo plazo con gran satisfacción con la ayuda recibida por parte de las participantes.

PALABRAS GUÍA: Depresión, intervención psicoeducativa, tratamiento, mujeres.

* Trabajo presentado en el Simposium "Mujer y Salud", del 19 al 20 de marzo de 2003. Programa Mujer y Salud de la SSA y el Instituto Nacional de Perinatología.
^a Jefa del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas.

Correspondencia:
Dra. María Asunción Lara
Departamento de Investigaciones Epidemiológicas, Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz.
Correo electrónico: laracan@imp.edu.mx

Recibido: 17 de julio de 2003.
Aceptado: 18 de noviembre de 2003.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se presentan los resultados de una intervención psicoeducativa diseñada para apoyar mujeres con síntomas de depresión, desarrollada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Dicho proyecto tiene su origen en una línea de investigación iniciada desde hace casi dos décadas sobre la salud mental femenina.^{1,2} El

estudio parte de considerar los estereotipos de género, señalados como particularmente importantes en nuestro país, y su asociación con la salud mental en mujeres y hombres. Entre otros resultados, se observó que los estereotipos de género informados en la literatura prevalecían, independientemente de la edad y nivel socioeconómico y la pertenencia urbana o rural.³ También fue interesante constatar que quienes se definieron con los estereotipos correspondientes a ambos géneros (andróginas), esto es con rasgos masculinos (asertivo, pragmático, seguro) y femeninos (afectivo, interesado en las relaciones interpersonales) mostraron una mejor salud mental que las personas con apego exclusivo al estereotipo propio de su sexo. Por otra parte, los hombres que se definieron con rasgos de machismo y las mujeres con sumisión-abnegación, obtuvieron resultados más deficientes en la evaluación de su salud mental, es decir, tuvieron más síntomas de depresión y mayor *neuroticismo*.^{*} Las mujeres más pobres se percibieron a sí mismas como más sumisas y abnegadas, que las de mejor situación económica y educativa, y mostraron más síntomas de depresión.⁴

Posteriormente, se participó en un proyecto interinstitucional sobre *Trabajo extradoméstico y salud en la infancia*, con una investigación sobre las repercusiones del trabajo fuera del hogar en la salud mental de madres e hijos/as. La preocupación por la salud de las mujeres trabajadoras nace de los datos que muestran que su inserción en el mercado laboral se ha dado en condiciones de mayor desventaja que la de los varones en cuanto a salarios, puestos, ascensos, etc.; aunado a la doble o en ocasiones triple jornada. Entre las enfermeras y amas de casa que conformaron la muestra del estudio,⁵ se encontró una alta presencia de síntomas de depresión, por encima de los estándares comparativos nacionales.⁶ Entre otras explicaciones, este hallazgo se considera como efecto de la profundización de la pobreza derivada de las crisis económicas recurrentes que han afectado al país, a un posible sobrerreporte de

los síntomas de depresión al traslaparse éstos con los rasgos del estereotipo femenino de sumisión-abnegación, y al hecho de que todas las mujeres entrevistadas eran madres de menores de seis años; situación que lleva a mayor vulnerabilidad de padecer depresión.⁷ También se encontró que las amas de casa tuvieron más síntomas de depresión que las mujeres con trabajo extradoméstico. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de otras investigaciones que señalan que, aunque el trabajo fuera del hogar incrementa el estrés en las mujeres, también puede tener un papel positivo en su salud debido no sólo a las ganancias directas del ingreso, sino a las ganancias secundarias como el sentimiento de logro, el reconocimiento por parte de otros, así como por un mayor acceso a una red social de apoyo.⁸ Un análisis con técnicas proyectivas del grupo de mujeres en su conjunto, reveló baja autoestima, insatisfacción en sus relaciones interpersonales, frustración por realizar grandes esfuerzos para lograr sus aspiraciones que se ven como inalcanzables y conflicto entre sus papeles de esposa y madre, así como el sentimiento de que no hay reconocimiento a sus actividades relacionadas con dichos papeles, ni por el exterior ni por ellas mismas.⁹

A las entrevistadas del estudio se les proporcionó un resumen de estos resultados, como una manera de retribuirles su colaboración. Al discutir dicha información con algunas de ellas, se observó que ésta les resultó interesante y además, les brindó elementos para analizar y evaluar sus experiencias y creencias sobre diversos aspectos, como: la depresión, sus papeles de género y sus relaciones con la pareja y los hijos, además de que se observó que tenían una enorme necesidad de ayuda para sus problemas emocionales y familiares.¹⁰ También fue patente que casi ninguna había hecho uso de algún tipo de servicio de salud mental. Esto llevó a plantearnos como meta siguiente el diseño de un material educativo sobre la depresión dirigido a mujeres de sectores populares. El material educativo tomó la forma de un libro ilustrado con caricaturas con el

^{*} Según es definido por Eysenck y Eysenck (1975).

título de: *¿Es difícil ser mujer? Una Guía sobre depresión*,¹¹ en el cual se sintetiza la experiencia de los estudios previos sobre la salud mental de las mujeres. Dicho trabajo, además de incluir los aspectos comúnmente contemplados por textos similares, es sensible a nuestra cultura e incluye la condición de género, como factor de gran importancia dentro de la etiología de la depresión en las mujeres.

El proceso de desarrollo de: *¿Es difícil ser mujer? Una Guía sobre depresión*¹¹ incluyó la evaluación de una versión preliminar por parte de profesionales y de usuarias potenciales. En la evaluación de estas últimas, en la que se usaron grupos focales, se observó que las entrevistadas no tenían interés en hablar de los aspectos formales del material, sino deseaban contar sus experiencias personales y analizar y reflexionar sobre la temática presentada. Además de constatar que el material tocaba puntos de interés para las mujeres, una vez más se hizo palpable que había una enorme necesidad de recibir atención para su malestar emocional y para otros problemas familiares, y de poder hablar de los mismos en un ambiente de seguridad y confianza.¹² Para fines prácticos, esta evaluación permitió darnos cuenta de que el trabajo en grupo con el material resultaba una vía adecuada para multiplicar y potenciar sus efectos. Con base en estos resultados, se diseñó una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión alrededor del material educativo mencionado.

Con este proyecto se buscaba dar alguna respuesta a la creciente preocupación mundial por la depresión y la enorme discapacidad asociada a ésta.¹³ Se sabe, además, que ésta afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y tiene un alto costo personal, social y económico. Ocupa el cuarto lugar entre todas las enfermedades, debido a la discapacidad y muerte prematura que ocasiona. Para el año 2020 se estima que ocupará el segundo lugar.¹⁴ Datos de diversos países informan cifras de prevalencia de por vida: de 1.3 a 12.7% para los varones y de 2.4 a 25.8% para las mujeres.¹⁵ En México, se ha identificado 17% de mujeres en comparación con 8.5% de hombres con

síntomas de depresión.⁶ Otros reportes sobre trastornos depresivos severos indican que la prevalencia de por vida es de 3.9% en hombres y 8.0% en mujeres.¹⁶ Por otra parte, estudios transversales muestran mayor frecuencia de trastornos depresivos en el grupo de edad de 30 y 59 años.¹⁷

Pese al reconocimiento de que la salud mental es parte fundamental de la salud y que los trastornos mentales son condiciones reales, ésta no es aún parte integral de los servicios de salud. Una tendencia mundial que tiene el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios para los trastornos mentales, ha sido proponer que éstos sean atendidos en el primer nivel. Esta propuesta –que ya comienza a llevarse a cabo en los países más desarrollados– en el nuestro es aún incipiente y tomará tiempo en generalizarse, debido a los cambios que se requieren en el presupuesto y la normatividad para incluir nuevas funciones. Entre muchas de las limitaciones actuales para que la depresión llegue a ser atendida en los servicios de medicina general, se encuentra la falta de capacitación del personal médico y paramédico y el escaso conocimiento de los pacientes sobre dicho trastorno, así como la ausencia de antidepresivos en el cuadro básico de medicamentos en el primer nivel. Por otra parte, la puesta en marcha de esta iniciativa requerirá de intervenciones de prevención y tratamiento para los trastornos mentales, probadas en cuanto a su eficacia y de demostrado costo-beneficio. En nuestro país no se cuenta con estudios de esta índole, pero a nivel internacional, aunque pocos, hay más investigación.¹⁸⁻²⁴

Con base en esta información, se diseñó y evaluó una intervención psicoeducativa grupal, dirigida a mujeres con síntomas de depresión, factible –por breve, fácil de implementar y que representara un menor costo que un tratamiento convencional– de llevarse a cabo en el primer nivel de atención.

Modelo multicausal de la depresión

Como la mayoría de los trastornos mentales, la depresión se debe a causas múltiples. En su aparición se entrelazan factores



biológicos, condiciones de desarrollo en la infancia, sucesos vitales, la condición de género femenino y circunstancias sociales. Mientras que la influencia de estos acontecimientos y circunstancias es más o menos obvia, es difícil determinar la medida de su participación en los casos concretos, debido a la interacción existente entre ellos.

En cuanto a los factores biológicos, los resultados sugieren la presencia de factores de vulnerabilidad hereditarios en la depresión, aunque aún no se ha llegado a determinar los posibles marcadores genéticos.²⁵ Una hipótesis alternativa ha planteado que tener un familiar con un trastorno afectivo puede causar una secuela negativa debido, entre otros factores, al impacto de una infancia más turbulenta, al aumento del estrés y al menor apoyo social por parte del adulto.²⁶ Los mecanismos involucrados en los trastornos afectivos sugieren alteraciones en la regulación de los sistemas de neurotransmisores monoamínicos, en particular los de noradrenalina y serotonina (así como una interconexión entre los neurotransmisores y el sistema endocrino;²⁷ también se considera que la depresión está asociada con una alteración primaria en el control hipotálamohipofisiario (HPA) que se da como respuesta al estrés.²⁸

La relación con los padres o con quienes se hacen cargo de menores, se ha visto que tiene una importancia enorme en el desarrollo. El cuidado dedicado, afectuoso y estable permite que los bebés y los niños pequeños desarrollen normalmente funciones tales como: el lenguaje, la inteligencia y la regulación de las emociones.²⁹ Entre otras teorías del desarrollo, la de Bowlbe sobre los patrones de apego, destaca la importancia que las características de las relaciones tempranas tienen como formadoras de patrones de las futuras relaciones. Sus observaciones lo llevaron a concluir que las relaciones desafortunadas llevan a mayor vulnerabilidad para presentar problemas psiquiátricos. Por otra parte, la ruptura en la relación temprana de apego, o el no poder lograr una separación sin conflicto de la madre, facilitan el desarrollo de trastornos afectivos o de personalidad en la edad adulta.³⁰

Brown y cols.³¹ pudieron constatar que los cuidados de crianza inadecuados operan como factor de vulnerabilidad –independiente o mediador– entre: la pérdida de la madre antes de los 17 años, la ocurrencia de un factor precipitador adecuado y la aparición de la depresión.³¹

En cuanto a los sucesos vitales, podemos mencionar la relación entre el estrés –y conceptos similares, como presión, esfuerzo, tensión y conflicto– y la depresión, quienes tienen una larga historia. Numerosos estudios concluyen que el estrés de la vida (medido casi siempre como sucesos vitales –life events) es un factor etiológico de importancia en la depresión. Hay consenso en que se requieren otros factores de vulnerabilidad, tanto psicosociales como biológicos, para precipitar un episodio de depresión, ya que por sí mismos, en la mayoría de las personas, no llevan a desarrollar un trastorno depresivo.³² Aunque habría que señalar que la relación entre acontecimientos vitales y depresión no es específica de este trastorno, pues también se encuentra en otros tipos de padecimientos.²⁶ Probablemente el apoyo social es uno de los factores de protección más importantes contra la depresión ante las situaciones estresantes.³⁰

Los factores sociales como la urbanización, la pobreza y los cambios tecnológicos se han asociado con el desarrollo de trastornos mentales y conductuales, sin embargo, los efectos en salud mental no son iguales para todos los segmentos de la sociedad. Un modelo propuesto por la OMS destaca que en un sentido amplio la pobreza se refiere a la carencia de recursos sociales (empleo, vivienda) y educativos. Las personas pobres y con grandes carencias tienen las más altas prevalencias de trastornos mentales y conductuales.^{7,29,33} El informe de la OMS considera que hay dos mecanismos por los que se da esta mayor prevalencia: el primero, debido a la mayor presencia de agentes causales; y el segundo, a que las personas con trastornos mentales caen en los estratos más pobres. El curso de la enfermedad mental también se ve afectado por el estatus socioeconómico del

individuo. Esto puede deberse a la carencia de servicios de salud mental, junto con las barreras que tienen algunos grupos de cierto nivel socioeconómico para acceder a ellos.²⁹

Otros estudios, sobre la condición social de la mujer, han mostrado diferencias en la depresión de hombres y mujeres. La mayor prevalencia de depresión en las mujeres ha llevado a sugerir que las hormonas reproductivas tienen un papel determinante en ellas, en las diversas etapas de la vida. Diversas revisiones de los principales estudios sobre el tema han llevado a la conclusión de que, si bien el ciclo reproductivo es único en las mujeres, no explica las diferencias por sexo en los trastornos afectivos. Para entender el impacto de estos eventos en el estado de ánimo de las mujeres se requiere de análisis que incluyan no sólo el aspecto biológico, sino el psicológico y el social.^{7,15,34}

Por otra parte, durante la infancia y adolescencia, las diferencias en la socialización y las condiciones de vida de niños y niñas influyen diferencialmente en la resistencia y vulnerabilidad a la depresión. Un considerable número de estudios ha documentado que las mujeres experimentan más situaciones estresantes relacionadas con su proceso de maduración y la adquisición del papel femenino; otros han encontrado menor resiliencia o un uso de estrategias de enfrentamiento menos efectivas y más disfuncionales en las niñas en comparación con los niños.¹⁵ A este respecto, destaca la construcción de la identidad femenina como pasiva y dependiente, lo cual condiciona respuestas pobres de enfrentamiento, sentimientos de desesperanza, actitud crítica ante ellas mismas, factores que se constituyen en precursores o riesgos de la depresión.^{7,15} Se ha visto, además, que las niñas muestran mayores niveles de preocupación por su autoevaluación y menores expectativas de éxito en el futuro, así como atribuciones poco adaptativas sobre éxito y fracaso.³⁵

Otro factor que en las mujeres incrementa el riesgo de depresión en la edad adulta, es la exposición a la violencia física o sexual, mucho más frecuente en niñas que en niños.^{7,34} Según Bebbington,³⁵ es posible que el abuso sexual

sea uno de los factores que más puede explicar la diferencia entre los sexos en cuanto a depresión. Pues ya se sabe que el abuso induce no sólo depresión posterior, sino baja autoestima, desesperanza y locus de control externo.³⁵ También hay evidencia de que un mayor porcentaje de mujeres con depresión ha experimentado abuso sexual en la infancia: 25% de las mujeres con depresión lo informa en comparación con 6% de los controles.³⁶ A lo largo de su vida, se ha estimado que una de cada cuatro mujeres tendrá un trato abusivo por parte de su pareja.³⁷ Las consecuencias de la violencia se reflejan en gran cantidad de síntomas, entre ellos, de depresión; sobre todo cuando es sexual, comparado con víctimas de otras formas de violencia.³⁸

Otra de las diferencias sobresalientes entre los géneros, es la importancia que dan las mujeres a las relaciones afectivas, en comparación con la que le otorgan los varones, por ejemplo, cuando termina el matrimonio se ha registrado más alta frecuencia de depresión en las primeras.³⁵ Por otra parte, la expectativa centrada en las mujeres, de que son las responsables de las relaciones afectivas dentro de la familia y las cuidadoras, en presencia de enfermedad física o mental, con una orientación hacia los demás, en lugar de hacia sí mismas, constituye una pesada carga que rebasa, con frecuencia, sus limitados recursos y se manifiesta en depresión.³⁹ Por poner un ejemplo, las esposas de alcohólicos muestran más síntomas de depresión.⁴⁰

Gran parte del malestar de las mujeres proviene de situaciones que caracterizan su vida cotidiana, como la subordinación e inequidad de género, el papel tradicional femenino, así como la pobreza, la dependencia económica, la sobrecarga de trabajo y la violencia. En los países pobres, no son menos importantes la desnutrición, el estrés, la guerra y la migración.^{13,37} La pobreza recae mayoritariamente sobre las mujeres y son ellas quienes más padecen de violencia doméstica, adicción de algún miembro de la familia y la presencia de ancianos o enfermos crónicos; adicionalmente, un alto número es el sostén económico de la familia, están más expuestas



a las enfermedades, al trabajo arduo, tienen menor apoyo social y cuentan con menos servicios de salud.^{13,41,42} En nuestro país la situación resulta similar en cuanto a mayor nivel de depresión, según muestra la revisión llevada a cabo por Lara y Salgado.⁴³

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló en tres fases. En la primera se llevó a cabo un estudio de factibilidad cuyo objetivo fue evaluar la intervención en mujeres que solamente tuvieran síntomas de depresión, pero no una depresión clínica, esto es, como una estrategia de prevención. Se encontró, como principal resultado, una disminución de dichos síntomas. Por otra parte, se vio que 80% de las participantes, que fueron captadas por medio de una promoción en la comunidad aledaña a los centros en los que se realizó el estudio, ya presentaba una posible depresión clínica, por lo que en la siguiente fase se decidió incluir también a esta población.⁴⁴

En la segunda fase se realizó un estudio comparativo entre una intervención grupal (IG) y una intervención individual mínima (IIM), de carácter preventivo y como intervención temprana, esto es, se incluyó a mujeres con y sin depresión clínica. Se llevaron a cabo mediciones pre, postratamiento (a los quince días en la IG y al mes en la IIM) y seguimiento a los cuatro meses. En la tercera fase se estudiaron los efectos a dos años en una submuestra de la fase dos, de 40 participantes, no obstante, se sabe que las intervenciones breves no tienen efectos a largo plazo.

Características de la intervención

La intervención tiene tres componentes: el educativo, el psicológico y la intervención en sí (grupal e individual mínima). Estos componentes llevan (a través de cambios cognitivos, conductuales y emocionales) a la reducción de síntomas de depresión.

El componente educativo lo constituye la información contenida en el material educativo,¹¹ que proporciona los elementos para comprender el problema de la depresión en cuanto a tres aspectos: las características de

ésta, sus causas y la manera de enfrentarla. El componente psicológico incluye algunas técnicas utilizadas en la psicoterapia y otras derivadas de la terapia cognitivo conductual. Estas técnicas han sido adaptadas con el fin de que sean culturalmente sensibles y significativas a la condición social y de género de esta población. Entre éstas se encuentran: incrementar las conductas positivas, ampliar el repertorio conductual, mejorar su autoestima, cambiar la percepción de su entorno, mejorar la solución de problemas y la expresión de sentimientos de tristeza, miedo y enojo.

En cuanto a la intervención grupal, se trabaja el material educativo con un grupo de mujeres durante seis sesiones semanales, con duración de dos horas cada una, conducido por una facilitadora. La intervención individual mínima descansa totalmente en el material educativo como estrategia para el cambio. Una orientadora explica, durante una sesión de veinte minutos a una hora, el objetivo y el contenido del material y motiva a la participante a usarlo.⁴⁵

Sujetos

La investigación se llevó a cabo en tres centros comunitarios de salud mental y un centro de salud de la SSA. En un inicio se planeó contar con una muestra de 120 mujeres que hubieran participado en toda la intervención y de quienes se contara con las evaluaciones de postratamiento y seguimiento. La selección de la muestra se llevó a cabo a partir de una promoción comunitaria en dichos centros. A las mujeres se les invitó a participar en la intervención y quienes aceptaron fueron evaluadas. A quienes cumplieron con los criterios especificados se les aceptó en la intervención. Los criterios de inclusión fueron: Tener entre 20 y 45 años, escolaridad mínima para leer el material educativo e informar sintomatología depresiva moderada o severa de acuerdo con el instrumento de medición. Los de exclusión fueron: presentar diagnóstico de daño orgánico, psicosis o trastorno bipolar, o alguna enfermedad terminal, estar bajo algún otro tratamiento psicológico o farmacológico en el momento del estudio, tener alguna adicción a sustancias, presentar ideación

suicida, mostrar evidencia de incapacidad severa debida a su estado de depresión, estar embarazada. Participaron 93 mujeres en la intervención de grupo y 42 en la individual.

Instrumentos

Los síntomas de depresión se evaluaron con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés),⁴⁶ la depresión clínica con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID, por sus siglas en inglés),⁴⁷ y la autoestima con el Inventario de Autoestima de Coopersmith.⁴⁸ También se incluyeron preguntas sobre las variables sociodemográficas y otras específicas para la evaluación del estudio.

RESULTADOS

La media de edad fue de 35.3 años (DE 6.5); la mayoría está casada o en unión libre (66%), su escolaridad es muy variada, la mayor parte tiene preparatoria o equivalente (39%) y la minoría primaria (16%). Respecto a la ocupación, casi 65% realiza alguna actividad económica, aunque no todas de tiempo completo. En cuanto al ingreso familiar, la media es de \$3,546.39 pesos mensuales (DE \$2,285.25). De las entrevistadas, 34.3% no tiene pareja; 9% no tiene hijos.

En el análisis de varianza múltiple para medidas repetidas se observó una reducción significativa de síntomas de depresión en el postratamiento y seguimiento, sin que hubiera diferencias significativas entre las condiciones de grupo e individual. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el grupo con y sin depresión. Un análisis similar sobre la autoestima mostró una reducción significativa en ésta en el postratamiento y seguimiento, y no hubo diferencias significativas entre condiciones (IG/IIM).⁴⁹ Por otro lado, un elevado número de participantes utilizó las sugerencias de autoayuda, que consistieron en leer el material educativo por su cuenta, darse tiempo para ellas mismas, utilizar la escritura como medio para resolver sus problemas, hablar con otras personas sobre sus problemas y llevar a cabo los ejercicios de reflexión y cognitivo-conductuales.⁵⁰ En cuanto

a si la intervención tuvo influencia en su vida y en su depresión, se les interrogó directamente sobre el grado de influencia que ellas le asignaban: en ambos grupos la respuesta fue que tuvo gran influencia (alrededor de 60%) y alguna influencia (alrededor de 35%). Las razones que señalaron para percibir alguna o gran influencia positiva fueron: que entienden y enfrentan mejor sus problemas, mejoró su estado de ánimo, cambió su manera de pensar, se conocen y aceptan mejor y obtuvieron información.⁵⁰

Respecto al seguimiento a dos años, no se mantuvo la disminución en síntomas de depresión, sin embargo, éstos no fueron mayores que en el pretratamiento. Por otro lado, la mejoría en autoestima se mantuvo en este periodo. De manera similar a como respondieron a los cuatro meses de seguimiento, más de la mitad de las participantes consideró que la intervención tuvo gran influencia en su vida y en su depresión y más de una tercera parte informó alguna influencia. Las razones para esto fueron similares a las anteriores. Aunque no fue el objetivo del estudio, se observó una reducción significativa en depresión clínica de la evaluación pretratamiento al seguimiento a dos años.⁵¹ Noventa por ciento de las participantes mencionó que la intervención debería seguirse impartiendo de la misma manera, debido a que perciben libertad para expresarse en el grupo, por la relación y dinámica que se da, por la conducción de la facilitadora del grupo y orientadora individual y por la ayuda que reciben a sus problemas.⁵¹

CONCLUSIONES

Como ha podido observarse, la intervención resultó eficaz en reducir síntomas de depresión, en ambas modalidades: tanto en grupo y de manera individual, y en mujeres con y sin diagnóstico clínico de depresión. Además, las participantes reportaron alta satisfacción con la atención recibida. También se observó una mejoría significativa en autoestima. A los dos años, conforme a lo observado en otros estudios, la mejoría de síntomas de depresión no se mantuvo, pero sí en autoestima. Estos



datos nos han llevado a hacer algunas modificaciones en la intervención con el fin de mejorar su efectividad a largo plazo. Entre las razones por las que pensamos que la intervención individual tiene un resultado tan favorable está el hecho de que las evaluaciones también tuvieron un efecto muy positivo (las participantes se sintieron escuchadas en aspectos importantes, aclararon dudas y recibieron retroalimentación), así como por la efectividad del material educativo.

Debido a que hemos desarrollado una guía para la conducción de la intervención⁴⁵ y a que impartimos cursos de capacitación para implementarla, muchas instituciones la han adoptado como parte de sus programas regulares. En el futuro, tenemos previsto evaluarla nuevamente con las sugerencias derivadas de estos estudios, en poblaciones más específicas, como podrían ser las mujeres embarazadas, como una estrategia para prevenir la depresión posparto.

ABSTRACT

Objective: To present the antecedents and results of a psychological and educational intervention for women with depression symptoms.

Background: The depression affects twice times more to women than men and it has a high personal, social and economic cost, occupying the fourth place among all the illnesses due to disability and premature death that it causes. This project give some answer to growing world concern for depression and the enormous disability associated.

Material and methods: The investigation was carried out in three Community Centers of Mental Health and Health Center of Health Ministry. It was designed and it evaluated a psychological and educative intervention, directed to women with depression symptoms. One hundred-thirty five women participated between 20 and 45 years old, with moderate or severe depressive symptomatology (CES-D). The study was comparative among a group condition IG (6 sessions of two hours) and an individual IIM (an educational session and educational material), in four phases: pre-treatment, post-treatment, and following by four months and by two years.

Results: In multiple analysis of variance for repeated measures a significant reduction of depression symptoms was observed in post-treatment and following phases without there were significant differences among the conditions (IG/IIM). The self-esteem was found with a significant reduction in the same mensurations and they were not significant differences among the conditions (IG/IIM). In the following by two years, didn't show the decrease in depression symptoms, however, these were not bigger than in the pre-treatment phase, but the self-esteem increased. It was also observed that the participants considered that the intervention had a positive influence in hers lives and problems and they expressed great satisfaction with help received.

Conclusions: It was found that both interventions were effective in reducing the depression symptoms, more to medium term that long term and in improving the long term self-esteem with great satisfaction with help received in the participants.

KEY WORDS: *Depression, psychological intervention, treatment, women.*

REFERENCIAS

1. Lara CMA, Navarro AR. Positive and negative factors in the measurement of sex roles: findings from a Mexican sample. *Hispanic J Behavioral Sci* 1986; 8: 143-55.
2. Lara CMA, Navarro AR. Self-descriptions of Mexican college students in response to the BSRI and other sex role items. *J Cross-Cultural Psychol* 1987; 18: 331-4.
3. Lara CMA. *Inventario de Masculinidad y femineidad*. IMAFE. México: El Manual Moderno; 1993.
4. Lara MA. Masculinidad-Feminidad y Salud Mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Ment* 1991; 14: 12-8.
5. Lara MA, Acevedo M, López EK, Fernández M. (1993a). La salud emocional y tensiones asociadas a los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Ment* 1993; 16: 13-22.
6. Medina-Mora ME, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J, Gómez M. Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1992; 3: 48-55.
7. McGrath E, Keita G, Strickland B, Russo N. Women and depression. Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression; 1990.
8. Lara MA. Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas. En: Figueroa JG. (Comp.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. Programa Salud Reproductiva y Sociedad y Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México; 1998: 131-54.
9. Lara MA, Fernández M, Acevedo M, López EK. Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación del género. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1996; 42: 329-40.
10. Lara MA, Acevedo M. Mujer, trabajo y salud mental: evaluación de la retro-alimentación de los resultados de una investigación a los sujetos participantes. *Salud Problema* 1994; (4): 45-9.
11. Lara MA, Acevedo M, Luna S, Weckmann C, Villarreal AL, Pego C. ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. Instituto Mexicano de Psiquiatría e Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa. Impresos Minal. 4a. reimpresión. México: Editorial Pax; 1996.
12. Lara MA, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cuadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (En prensa).
13. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World Mental Health. Problems and priorities in Low-Income countries*. New York: Oxford University Press; 1995.
14. Murray CJL, López AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press. World Health Organization and The World Bank; 1996.
15. Piccinelli M, Gomez Homen F. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organization; 1997.
16. Caraveo J, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, Martínez-Velez A, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Ment* 1996; 16: 14-21.
17. Berenzon S, Medina-Mora ME, López EK, González J. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Mex J Psychol* 1998; 15: 177-85.
18. Vega WA, Valle R, Kolody B, Hough R. The hispanic social network prevention intervention study: A community-based randomised trial. In: Muñoz RF: *Depression prevention: Research directions*.



- Washington DC: Hemisphere Publishing; 1987, p. 217-31.
19. Vega WA, Murphy J. Proyecto Bienestar: An example of a community-based intervention. In: Westport CT: Culture and the restructuring of community mental health: Contributions in psychology. Series No. 16. Greenwood Press; 1990; p. 103-22.
 20. Muñoz RF, Ying Y. The prevention of depression. Research and practice. Johns Hopkins University Press. Baltimore and London./Washington, DC: Hemisphere Publishing; 1993.
 21. Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, Simon G, Walker E. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives General of Psychiatry* 1996; 53: 924-32.
 22. Kathol R, Katon W, Smith GR, Petty F, Triverdi M, Rush AJ. Guidelines for the diagnosis and treatment of depression for primary care physicians. Implications for consultation-liaison psychiatrist. *Psychosomatics* 1994; 35: 1-12.
 23. Dowrick C, Casey P, Dalgard O, Hosmand C, Lethinen V, Vázquez-Barquero JL, Wilkinson G and the Odin Group. Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. *Br J Psy* 1998; 172: 359-63.
 24. Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD (1999). The prevention of depression and anxiety. Prevention and treatment, 2 pre 0020008a.html.
 25. Souery D, Lipp O, Mahieu B, Mendlewicz J. Advances in the genetics of depression 297-310. In: Honig A, Van Praag HM. Depression neurobiological, psychopathological and therapeutic advances. Clinical and neurobiological advances in psychiatry; 1997.
 26. Jenaway A, Paykel ES. Life events and depression 279-96. En: Honig A, Van Praag HM. Depression neurobiological, psychopathological and therapeutic advances. Clinical and Neurobiological Advances in Psychiatry. USA: Sons NJ; 1997.
 27. Reus VI. Trastornos Afectivos. En: Goldman H. *Psiquiatría General*. 2da. Edición. México: Ed. El Manual Moderno; 1989.
 28. O'Keane V. Evolving model of depression as an expression of multiple interacting risk factors. *Br J Psy* 2000; 177: 482-3.
 29. The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO; 2001.
 30. Becker J, Schmalting K. Interpersonal aspects of depression from psychodynamic and attachment perspectives. In: Becker J. Kleinman A. Psychosocial aspects of depression. New Jersey hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale; 1991.
 31. Harris T, Brown G, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. *Psych Med* 1986; 16: 641-59.
 32. Monroe S, Depue R. Life stress and depression. In: Becker J, Kleinman A. Psychosocial aspects of depression. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey hove and London: Publishers. Hillsdale; 1991.
 33. Belle D. (Ed.). Social ties and social support. In: D Belle (Ed). *Lives in stress: Women and depression*. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1982.
 34. Dennerstein L, Astbury J, Morse C. Psychosocial and mental health aspects of women's health. Genova: Word Health Organization; 1993.
 35. Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *Internat Revi Psych* 1996; 8: 295-332.
 36. Meagher D, Murray D. Women's Health. Supplement to the *Lancet* 1997; 349(Supl. I): sI17-sI20.
 37. Padgett DK. Women's mental health: Some directions for research. *American Orthopsychiatric Association* 1997; 67: 522-34.
 38. Ramos L, Esteban R, Aceves LG, Santijeral MT, Caballero GM, Pérez GG. Significado personal del delito en víctimas de asalto en vía pública, robo a casa y violación. Trabajo presentado en el 23rd. International Congress of Applied Psychology. Madrid 1994(7), 17-22.
 39. Burin M, Moncarz E, Velázquez S. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. México: Paidós; 1990.

40. Natera G, Casco M, Herrejón E, Mora J. Interacción entre parejas con diferente patrón de consumo de alcohol y su relación con antecedentes familiares de consumo de México. *Salud Ment* 1993; 18: 33-43.
41. Belle D. Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist* 1990; 45: 385-9.
42. Jauregui H. Salud mental y pobreza en asentamientos humanos de San Martín de Porres. *Anales de Salud Mental* 1996; 12: 27-44.
43. Lara MA, Salgado de Snyder N. Mujer, pobreza y salud mental. En: *Las mujeres en la pobreza*. México: El Colegio de México y Grupo Interdisciplinarios de Mujer, Trabajo y Pobreza; 1994, p. 243-91.
44. Lara MA, Mondragón L, Rubí NA. Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. *Salud Ment* 1999; 22: 41-8.
45. Lara MA, Acevedo M, Luna MS. Guía didáctica para el trabajo del material educativo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. México: Ed Pax; 2001.
46. Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1997; 1: 385-401.
47. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R. Departamento de Psiquiatría e Investigaciones Biométricas de la Universidad del Estado de Nueva York (Structured Clinical Interview for the DSM-III-R. Patient version [SCID-P,4/1/88]. New York State Psychiatry Institute, Biometrics Research); 1998.
48. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. Palo Alto, California: Consulting Psychologists' Press; 1981.
49. Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L. Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *Am J Orthopsychiatry* 2003; 73: 35-43.
50. Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L. Two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. Compliance and programme assessment. *Inter J Soc Psychiatry* 2003; 49: 43-57.
51. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Mondragón L, Rubí NA. Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión. *Salud Ment* 2003; 6: 27-36.