

El apoyo social como parte de una intervención para prevenir la depresión en mujeres

SOLEDAD ANSALDI, INGRID BERENICE LÓPEZ Y MA. ASUNCIÓN LARA
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Resumen

Se pretende replicar la efectividad de una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión (IPPD; Lara et al., 2003) al agregar un entrenamiento más específico que mejore las habilidades para obtener apoyo social. El diseño es aleatorio y comparativo entre dos condiciones, con evaluaciones pre, post-tratamiento y seguimiento. Se asignaron al azar 35 mujeres que solicitaron participar, de las cuales, 23 prosiguieron en el programa. Los MANOVA para síntomas de depresión (BDI-II; Beck, 1996), satisfacción y número de apoyos (Sarason et al., 1983) muestran diferencias significativas intra-grupos, pero no inter-grupos y ningún cambio en el número de apoyos. Los resultados replican los del original en cuanto a efectividad, en reducir síntomas de depresión y aportan información respecto a su efecto en satisfacción con el apoyo social. Sin embargo, no se concluye que el entrenamiento en habilidades que fortalezcan dicho apoyo mejore la efectividad de la intervención en los aspectos evaluados.

Palabras clave: apoyo social, depresión, prevención, mujeres.

Social support in an intervention to prevent depression in women

The aim of the study was to replicate the effectiveness of a psycho-educational intervention to prevent depression (IPPD; Lara et al., 2003) by incorporating more specific training that would improve people's skills at obtaining social support. A randomized comparative design was used, between two conditions with pre- and post-treatment assessment and follow-up. Thirty five women were randomly allocated, of which 23 remained in the program. The MANOVA for depression symptoms (BDI-II; Beck, 1996) and satisfaction with the support (Sarason et al., 1983) provided showed significant intra-group differences but not between groups and no change in the number of supports. In short, the results replicate those of the original as regards effectiveness in reducing depression symptoms and contribute information on its effect on satisfaction with the support provided. However, they do not allow one to conclude that the training to reinforce this support enhances the effectiveness of the intervention in the aspects evaluated.

Key words: social support, depression, prevention, women.

Las autoras desean agradecer al Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc su valioso apoyo. Correspondencia en relación al presente estudio, deberá dirigirse a: Ma. Asunción Lara. Institu-

to Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan. México, D. F. 14370. Correo-e: laracan@imp.edu.mx.

INTRODUCCIÓN

La depresión es mucho más frecuente en el género femenino que en el masculino, en proporción de dos a uno (Kessler, 2003). En México, 4.5% de las mujeres y 2.0% de los hombres ha sufrido un episodio depresivo mayor alguna vez en la vida y 2.3% y 0.6%, respectivamente, un episodio depresivo menor (Medina-Mora et al., 2003). La mayor prevalencia en el género femenino, así como el hecho de que en las mujeres el padecimiento explica el 30% de la discapacidad producida por trastornos neuropsiquiátricos (Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1995), ha llevado a que se le considere un problema prioritario de salud mental en la población femenina y a explorar intervenciones para su prevención y tratamiento, factibles de ser aplicadas a gran escala.

Hay diversos factores de riesgo de la depresión, entre ellos los psicosociales. Sobresale que el apoyo social (AS) beneficia la salud mental (Jacobson, 1986; Gil Lacruz, 2000) y disminuye la vulnerabilidad a un episodio depresivo (Brown & Moran, 1994; Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin, & Ryan, 1996). Dos modelos explican el efecto del AS sobre la depresión: el directo, que considera que su presencia y las adecuadas relaciones interpersonales protegen a las mujeres de depresión con independencia del nivel de estrés (Brown, Andrews, Harris, Adler, & Bridge, 1986; Kendler, Gardner, & Prescott, 2002; Spotts et al., 2004; Wildes, Harkness, & Simons, 2002). El segundo, que subraya los beneficios indirectos del AS y señala que actúa como protector contra el riesgo a desarrollar sintomatología depresiva, pero solamente ante la presencia de un agente estresante o de un suceso adverso (Brown & Harris, 1978; Brown & Moran, 1994; Broadhead, Abas, Sakutukwa, Chigwanda, & Garura, 2001). Ambos modelos no se

contraponen, pues el AS puede tener cualquiera de las dos funciones (Paykel, 2001).

El AS es un constructo amplio —a veces considerado como *metaconstructo*— que con frecuencia se define según los propósitos del estudio que se trate (Murray, 1995). Éste puede aludir al número o densidad de la red social de apoyo, a su calidad, a la percepción subjetiva de que ciertas conductas brindan apoyo y al grado de intimidad con la pareja; así mismo, puede aludir a aspectos emocionales o prácticos (Pattinson, 1991). Ejemplo del primero es escuchar con empatía y del segundo, prestar dinero o compartir tareas.

La falta de AS también parece tener un efecto negativo sobre los tratamientos anti-depresivos (Zlotnick et al., 1996; Ezquiaga, García, Bravo, & Pallarés, 1998), aunque no todas las investigaciones lo demuestran (Hirschfeld, Klerman, Andreasen, Clayton, & Keller, 1986).

En cuanto a la prevención, la revisión de 69 intervenciones para prevenir la depresión (Jané-Llopis, Hosmas, Jenkins, & Anderson, 2003) encuentra que 15 incluyen al AS como uno de los métodos, mismo que fue más relevante en personas de mayor edad. Las intervenciones más efectivas en aminorar los síntomas de depresión son las que combinan varias técnicas: emocionales, cognitivas, conductuales, educativas y de AS. En suma, la revisión practicada muestra que la presencia de AS disminuye el riesgo de desarrollar un episodio depresivo y favorece el resultado de las intervenciones.

Lara (2002) diseñó una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión en las mujeres (IPPD), clasificada dentro de las *intervenciones preventivas indicadas*, según el modelo de Gordon (1983). Éstas se dirigen a individuos con alto riesgo de sufrir un trastorno mental, ya que presentan síntomas, aunque sean mínimos, o algún in-

dicador biológico, pero que aun no cumplen con un diagnóstico clínico (Mrazek & Haggery, 1994). Así, la prevención busca evitar que los síntomas evolucionen hacia mayor severidad. La intervención de Lara (2002) es, a la vez, multimodal, es decir, incluye diversos elementos terapéuticos que se describen más adelante. Como toda intervención psicoeducativa, hace énfasis en la instrucción más que en la psicoterapia y promueve actividades encaminadas a mejorar el estado de ánimo (Dowrick, Dunn, Ayuso-Mateos, Steffen, Page, & Lehtinen, 2000). Algunas de las técnicas que utiliza derivan de estrategias cognitivo-conductuales (Juniper, 1977; Muñoz, Aguilar-Gaxiona, & Gyzmán, 1986) y de otras que destacan la escritura y compartir sentimientos como métodos terapéuticos (Lepore, 1997; Pennebaker, 1993). La intervención fue evaluada en varios centros comunitarios de salud mental y en uno de salud, con diseño comparativo: aplicada en grupo (grupo de intervención, $n = 93$) y de manera individual (grupo comparativo, $n = 42$). Los resultados muestran que ambas son efectivas para atenuar los síntomas de depresión, sin que se observen diferencias entre ellas (Lara, Navarro, Rubí, & Mondragón, 2003a). También se evaluó la efectividad a dos años (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón, & Rubí, 2003b), la apreciación subjetiva (Lara, Navarro, Rubí, & Mondragón, 2003c) y la validez de la intervención (Lara et al., 2004a).

Una observación que inspiró la propuesta del presente trabajo es que las participantes de la IPPD que contaban con AS antes y después de la intervención, registraron mayor reducción de los síntomas de depresión en los mismos períodos (Lara, Navarro, & Navarrete, 2004b). Por ello, se consideró que hacer hincapié en el desarrollo de habilidades que mejoren el AS podría incrementar la

efectividad de la IPPD, ya que, aunque ésta reconoce la importancia de buscar AS, tanto práctico como emocional, no cuenta con actividades que promuevan dichas habilidades.

Por consiguiente, la finalidad del presente estudio es replicar la investigación de Lara y colaboradoras (2003a); se agrega un entrenamiento más específico que aumenta las aptitudes para lograr AS -que consiste en hacer más efectiva la comunicación- y evaluar su efecto en la sintomatología depresiva, en la satisfacción con el AS y en el número de apoyos. Con objeto de apreciar mejor la influencia del entrenamiento introducido, se formulan a las participantes preguntas directas en este sentido. El estudio tiene carácter preliminar, es decir, busca explorar los alcances de la manipulación a través de una muestra pequeña y vislumbra la pertinencia de un trabajo posterior de mayores dimensiones. Se pretende elevar la efectividad de una de las pocas intervenciones en habla hispana (que ya se aplica en diversos escenarios) y comprender mejor el papel del AS en éstas.

MÉTODO

Participantes

Se propuso una muestra de veinte mujeres por condición ($N = 40$), en consideración a que el número adecuado para la IPPD es de quince por grupo (no hay número mínimo) y también por la frecuente pérdida de sujetos en este tipo de estudios, que se estima entre 20 y 52% (Muñoz & Ying, 1993; Mrazek & Haggery, 1994). Los criterios de elegibilidad fueron: tener entre 20 y 45 años, ya que la intervención está diseñada para este grupo de edad; presentar sintomatología depresiva (≥ 16) según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés; Radloff, 1977) -punto de corte aceptado para con-

siderar a una persona en riesgo de padecer depresión- y tener escolaridad mínima de primaria, para leer el material educativo. Se establecieron criterios de exclusión para eliminar posibles variables extrañas y para descartar mujeres con patologías más severas: encontrarse bajo tratamiento psicológico o farmacológico, presentar enfermedad grave, adicción a sustancias, ideación suicida o algún otro trastorno psiquiátrico. Treinta y cinco mujeres cumplieron con dichos criterios.

El trabajo se llevó a cabo en un centro comunitario de salud mental de la Secretaría de Salud en la ciudad de México. El proceso de reclutamiento se inició con la promoción mediante carteles e invitación directa en tal centro y en la comunidad aledaña, con la colaboración de las trabajadoras sociales y enfermeras adscritas al mismo centro. Los carteles describían la sintomatología depresiva, invitaban a las mujeres a participar en un taller (forma de referirse a la intervención de manera coloquial) y también el personal de la institución refirió a posibles beneficiarias. A las interesadas se les citó a la evaluación inicial, que se practicó por medio de entrevistas conducidas por psicólogas previamente capacitadas. Aquellas que cumplieron con los criterios y aceptaron participar, firmaron una carta de consentimiento informado, elaborada según los criterios de los “Principios éticos para investigación médica en seres humanos”, de la Declaración de Helsinki (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2002).

Posteriormente, fueron asignadas a una de las dos condiciones que se describen más adelante. Las que no cumplieron con los criterios y presentaban depresión o malestar emocional significativo, fueron canalizadas a los servicios de la mencionada institución.

Las treinta y cinco mujeres asignadas al azar tuvieron edad media de 35.4 años ($DE = 7.3$), la mayoría casada o en unión libre (65.8%), con hijos (94.3%) y nivel de escolaridad de secundaria (31.4%) o de preparatoria (42.9%) (Tabla 1). En relación con la situación laboral, más de la mitad (57.1%) trabajaba, (73.9%) como enfermeras o empleadas administrativas y el resto en el sector informal. De las mujeres que trabajaban,

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos

	Experimental (<i>n</i> = 18) <i>f</i> (%)	Comparativo (<i>n</i> = 17) <i>f</i> (%)	Total (<i>n</i> = 35) <i>f</i> (%)
<i>Estado civil</i>			
Casada, unión libre	14 (77.8)	9 (52.9)	23 (65.8)
soltera, viuda divorciada	4 (22.2)	8 (47.1)	12 (34.2)
<i>Número de hijos</i>			
0	1 (5.6)	1 (5.9)	2 (5.7)
1	3 (16.7)	8 (47.1)	11 (31.4)
2	10 (55.6)	6 (35.3)	16 (45.7)
3 o más	4 (22.3)	2 (11.8)	6 (17.14)
<i>Escolaridad</i>			
Primaria	1 (5.6)		1 (2.9)
Secundaria	4 (22.2)	7 (41.2)	11 (31.4)
Preparatoria	10 (55.6)	5 (29.4)	15 (42.9)
Universitario	3 (16.7)	5 (29.4)	8 (22.9)
<i>Situación laboral</i>			
Trabaja	10 (55.6)	10 (58.9)	20 (57.1)
Ama de casa	8 (44.4)	7 (41.2)	15 (42.9)
<i>Composición familiar</i>			
Nuclear	14 (77.8)	14 (82.4)	28 (80)
Extensa	4 (22.2)	3 (17.6)	7 (20)

la mitad era proveedora principal del hogar y pertenecía a una familia nuclear (80%). No se encontraron diferencias significativas al realizar comparaciones entre los grupos -intervención y comparativo- en las variables estado civil ($X^2(4, N = 35) = .28, NS$), número de hijos ($X^2(1, N = 35) = .89, NS$), escolaridad ($Z \text{ de } U(3, N = 35) = .635, NS$), situación laboral ($X^2(1, N = 35) = 1.00, NS$) y composición familiar ($X^2(1, N = 35) = 1.00, NS$).

Diseño

El estudio fue aleatorio y comparativo. Para la asignación al azar, las participantes eligieron un sobre cerrado con el nombre del grupo. El experimental (GE), recibió la IPPD, valorada previamente por Lara y colaboradoras (2003a) y basada en Es difícil ser mujer. Una guía sobre depresión (Lara, Acevedo, Luna, Weckmann, Villarreal, & Pego, 1997) en su modalidad de seis sesiones (Lara, Acevedo, & Luna, 2001) y se añadió el módulo de apoyo social (MAS) (adaptado de Muñoz et al., 2004), impartido en dos sesiones. El grupo comparativo (GC) también recibió la IPPD, pero en versión de ocho sesiones (Lara, Luna, & Acevedo, en prensa). La razón por las cuales se emplearon distintas modalidades de la intervención es que ambas condiciones reciben igual número de horas y el mismo contenido, con excepción del MAS. Se realizaron evaluaciones de: tamizaje, pretratamiento, postratamiento a los quince días y seguimiento a los tres meses.

Instrumentos

I Evaluación de criterios de inclusión y exclusión. Incluyó tres secciones

1. Riesgo de depresión. Evaluado por medio del CES-D (Radloff, 1977). Se compone de veinte reactivos que miden la frecuencia con la que se han presentado los síntomas en

la semana previa (0 = ningún día; 1 = 1 a 2 días; 2 = 3 a 4 días, 3 = 5 a 7 días). Se validó en México (Medina-Mora, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo, & Gómez, 1992; Salgado de Snyder & Maldonado, 1994) y es ampliamente utilizado para seleccionar sujetos con riesgo de depresión (Muñoz & Ying, 1993).

2. Características sociodemográficas. Edad, escolaridad, composición familiar, situación laboral, proveedor principal del hogar e ingreso familiar.

3. Criterios de exclusión. Se consideraron los siguientes aspectos: a) estar bajo tratamiento psicológico o farmacológico en el momento del estudio (*¿Actualmente está en tratamiento psicológico o psiquiátrico? Si sí, ¿con quién? ¿Para qué problemas o por qué motivo recibe tratamiento?*); b) padecer enfermedad terminal (*¿Padece actualmente alguna enfermedad seria o avanzada? Si es así, ¿cuál?*); c) adicción a sustancias (*¿Cree usted que bebe de manera excesiva? ¿Consume algún tipo de droga ilícita? ¿Alguna persona le ha sugerido que busque tratamiento debido a su consumo de alcohol y drogas?* (preguntas tomadas de Lara et al., 2001); d) ideación suicida (*¿Ha estado a punto de quitarse la vida? ¿Ha intentado quitarse la vida?*); estos indicadores han sido utilizados en repetidos estudios (González-Forteza, Ramos, Mariño, & Pérez, 2002); por último, e) psicosis, organicidad y trastorno bipolar, con base en los criterios de la Entrevista Clínica Estructurada (SCID, por sus siglas en inglés (Spitzer, Williams, & Gibbon, 1988).

II Evaluaciones de pre, postratamiento y seguimiento

1. Sintomatología depresiva. Se empleó el Inventario de Depresión de Beck, BDI-II, por sus siglas en inglés (Beck, 1996), que consta de 21 reactivos que valoran la presencia de síntomas y contemplan cuatro opciones de

respuesta indicadoras de intensidad y gravedad. A diferencia del BDI-I, trata sobre las dos semanas previas, por lo que se ajusta más a los parámetros de tiempo para el diagnóstico de depresión del DSM-IV (por sus siglas en inglés; Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales). Su validez en español es conocida (Penley, Nwosu, & Wiebe, 2003) y su punto de corte es de ≥ 14 (Beck, Streer, & Brown, 1996; Penley et al., 2003). Se usó este instrumento por considerarse sensible a los cambios cognitivos y conductuales que generan las intervenciones.

2. Apoyo social. Se estimó vía el Cuestionario de Apoyo Social de Sarason y colaboradores (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983), 27 preguntas que demandan al sujeto dos tipos de respuestas: primero, número de personas que pueden apoyarlo y segundo, qué tan a gusto está con el apoyo recibido, pregunta que se evalúa por medio de una escala de seis puntos (6 = muy satisfecho; 1 = muy insatisfecho). Se obtienen dos puntajes: *número de personas que brindan apoyo* y *satisfacción con el apoyo*. El cuestionario se considera un instrumento adecuado para medir los aspectos funcionales y cualitativos del AS (Barrón, 1996) y muestra ser válido para la población mexicana (Acuña & Bruner, 1999).

3. Influencia general de la intervención. Se evaluó en seguimiento con la pregunta: *¿Tuvo alguna influencia sobre sus problemas o su forma de ver la vida el hecho de que usted haya participado en el taller?* (Lara, et al., 2003c), así como también en escala de cuatro niveles (*influencia negativa, ninguna influencia, alguna influencia, mucha influencia*); se solicitó explicar los motivos.

Procedimientos

Como se mencionó anteriormente, la IPPD es una intervención multimodal con tres

componentes: 1) educativo, que proporciona información sobre la depresión, sus causas, manifestaciones y manera de enfrentarla; 2) psicológico, que incluye actividades dirigidas a modificar pensamientos negativos, mejorar la autoestima, incrementar el repertorio conductual y dar salida a emociones asociadas con duelos no resueltos; 3) grupal, para crear una atmósfera de confianza y seguridad que facilite la expresión de las emociones y favorezca el cambio. La intervención es sensible a la perspectiva de género respecto a la depresión femenina. Cada sesión, de dos horas semanales, se compone de: introducción al tema, objetivos, compartir experiencia del trabajo en casa, lectura del material educativo, reflexiones y comentarios de las participantes; retroalimentación de la facilitadora, ejercicios didácticos y actividades para la semana. El material educativo está ilustrado como los comics y presenta lecturas y ejercicios (Lara, et al., 1997). Por ejemplo, la autoestima se afirma a partir de una lectura sobre el tema, un ejercicio (enlistar sus cualidades y defectos y compartirlos con el grupo) y de una actividad para la semana (percibir sus rasgos positivos y detectar otros más, a la vez que ejercitan una actitud benévola ante los negativos).

El MAS es adaptación de un ejercicio similar desarrollado por Muñoz y colaboradores (2004), con base en la teoría del aprendizaje social de Bandura, evaluado por el grupo del propio Muñoz (Muñoz et al., 2007). Su estructura es coherente con la de la IPPD y tiene como propósito brindar información y herramientas que favorezcan ampliar la red de apoyo y obtenerlo de manera más efectiva. Advierte sobre los beneficios del apoyo en el estado de ánimo; ayuda a identificar a los miembros de su red y el tipo de apoyo que le pueden prestar, así

como a detectar a personas potenciales que se lo brinden. Pretende que mejoren las habilidades para comunicar sus necesidades de manera asertiva, en vez de pasiva y agresiva e instruye para practicar lo aprendido.

La intervención fue conducida por una facilitadora (psicóloga) con experiencia, certificada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, pero que no tomó parte en las evaluaciones; éstas fueron realizadas por el personal del centro aludido, que igualmente fue adiestrado.

RESULTADOS

Se dio cita inicial a 51 mujeres interesadas y acudieron 43 (84.3%); 35 (81.3%) cumplieron con los requisitos y fueron asignadas al azar (18 al GE y 17 al GC), pero seis no asistieron. Así, participaron 17 mujeres en el GE y 12 en el GC, de las cuales se perdieron seis entre la primera y la tercera sesión. En el postratamiento concurren 23 (13 del GE y 10 del GC) y 13 al seguimiento a tres meses (6 del GE y 7 del GC). El porcentaje de pérdida en el postratamiento fue 34.3% y en el seguimiento, 62.9%.

Para examinar los efectos de la pérdida se compararon a quienes asisten hasta el postratamiento ($n = 23$) y a quienes no ($n = 12$), en las siguientes variables: edad ($t(33) = 1.31$, NS), escolaridad ($t(33) = -0.89$, NS), estado civil ($X^2(4, N = 35) = 2.64$, NS), número de hijos ($t(33) = -0.60$, NS), situación laboral ($X^2(1, N = 35) = 1.78$, NS) y síntomas de depresión. ($t(33) = 0.38$, NS). No se encontraron diferencias significativas entre unas y otras: el menor número de sujetos no sesgó la muestra.

Depresión y apoyo social pretratamiento

Como se observa en la Tabla 2, las participantes ($n = 35$) mostraron un nivel alto de sintomatología depresiva ($M = 29.54$; $DE = 9.70$); en el BDI-II: ≥ 14 es considerada significativa y ≥ 30 , severa. En relación con la satisfacción con el AS, la media fue de 2.60 ($DE = 1.44$), puntaje que se ubica entre las categorías de *poco satisfecha* y *bastante insatisfecha*, mientras que la media de personas que dan apoyo fue de 1.51 ($DS = 0.68$).

Efectos de la intervención en los síntomas de depresión y el apoyo social

En *sintomatología depresiva*, el MANOVA (Tabla 3) revela una disminución significativa de los síntomas intra-grupo ($F(2,12) = 12.0$, $p < .01$), pero no se encontraron diferencias significativas entre grupos ($F(1,12) = 0.00$, NS). Para las comparaciones posteriores se usaron ANOVAs con corrección por Bonferroni, mismos que indicaron que

Tabla 2. Características clínicas de los grupos

	Experimental ($n = 18$) $f(\%)$	Comparativo ($n = 17$) $f(\%)$	Total ($n = 35$) $f(\%)$
Síntomas de depresión	28.9 (8.52)	30.2 (11.03)	29.5 (9.70)
Satisfacción apoyo social	2.34 (1.52)	2.98 (1.31)	2.60 (1.44)
Número de apoyos	1.64 (0.76)	1.32 (0.76)	1.51 (0.68)

las diferencias acontecieron entre la evaluación pretratamiento y postratamiento a los quince días ($F(1,22) = 64.9$, $p < .01$) y entre pretratamiento y seguimiento a los tres meses ($F(1,13) = 15.5$, $p < .01$), pero no entre

Tabla 3. MANOVA para síntomas de depresión, satisfacción con el apoyo y número de apoyos, según condición y grupo

Variables	Grupo	Tratamiento		Seguimiento	MANOVA	MANOVA
		Pre M DE	Pos-15 M DE	3 meses M DE	Intra-grupo F (df)	Entre grupos F (df)
Síntomas de depresión	Experimental n = 6	29.8 (8.5)	15.2 (11.2)	18.0 (14.7)	12.04 (2,12)**	.004 (1,12)
	Comparativo n = 7	30.2 (11.1)	17.4 (10.4)	16.6 (15.7)		
Satisfacción apoyo social	Experimental n = 6	1.9 (.33)	5.4 (.75)	5.3 (.48)	16.85 (2,12)*	1.53 (1,12)
	Comparativo n = 7	3.2 (1.3)	5.5 (2.5)	5.5 (1.9)		
Número de apoyos	Experimental n = 6	1.7 (.72)	2.2 (.75)	2.0 (.37)	3.35 (2,12)	.135 (1,12)
	Comparativo n = 7	1.3 (.60)	3.0 (1.4)	2.1 (1.1)		

* $p < .005$; ** $p < .01$

postratamiento y seguimiento ($F(1,12) = 0.20$, NS), esto es, los cambios persistieron del primero al segundo.

Con respecto a la *satisfacción con el AS*, se observó mejoría significativa intra-grupo ($F(2,12) = 16.85$, $p < .005$), aunque tampoco hubo diferencias significativas entre condiciones ($F(1,12) = 1.53$, NS). Se comparó con ANOVA, con corrección de Bonferroni, y se encontraron diferencias entre la evaluación pretratamiento y postratamiento a los quince días ($F(1,22) = 33.27$, $p < .01$), entre pretratamiento y seguimiento a los tres meses ($F(1,13) = 5.01$, $p < .01$), pero no entre postratamiento y seguimiento ($F(1,12) = 6.98$, NS). Ello manifiesta que los cambios persistieron entre postratamiento y seguimiento. En lo conducente a *número de apoyos*, no hubo aumento significativo intra-grupo ($F(2,12) = 3.35$, NS) y tampoco entre condiciones ($F(1,12) = 0.13$, NS).

Influencia de la participación en la intervención

En la evaluación de la *Influencia del taller sobre sus problemas y forma de ver la vida*, las trece participantes en el seguimiento a tres meses opinaron que tuvo *alguna* ($GE = 14.2\%$, $GC = 28.5\%$) o *mucha influencia* ($GE = 85.7\%$, $GC = 71.5\%$) y ninguna de ellas le atribuyó *ninguna influencia* o *influencia negativa*. También se solicitó a las mujeres de ambos grupos que explicaran los motivos de percibir tal influencia. En el GE se resaltaron los siguientes motivos: *reconocimiento de la necesidad de contar con apoyo, mejoría de las relaciones familiares, de las relaciones sociales de apoyo y adquisición de confianza y seguridad en sí misma*. En el GC, las razones fueron: *reconocimiento de la depresión y de los motivos personales que la llevaron a ella, mayor entendimiento de sus problemas y mejoría de la manera de enfrentarlos, mejora del estado*

de ánimo e influencia del intercambio de experiencias en el grupo.

DISCUSIÓN

El estudio pretendió replicar el trabajo de Lara y colaboradoras (2003a) en relación con una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión (IPPD). Se añadió un entrenamiento concreto para mejorar las habilidades para obtener AS. A través de un diseño aleatorio comparativo, se evaluó su efecto en la sintomatología depresiva, la satisfacción con el AS y número de apoyos. Dicho entrenamiento se desarrolló a partir de la propuesta de Muñoz et al. (2004) y para este trabajo se nombró Módulo de Apoyo Social (MAS).

Los resultados replicaron los del trabajo original (Lara et al., 2003a) en síntomas de depresión (BDI-II) en tanto que la intervención fue eficaz en sus dos modalidades, con y sin MAS, en disminuir los síntomas en el postratamiento a quince días y el seguimiento a tres meses, respecto a la medición pretratamiento. Con el MAS, los resultados no permitieron confirmar la hipótesis de que la intervención fuera más efectiva con este módulo para aminorar dichos síntomas, ya que las diferencias entre las condiciones no fueron significativas. La imposibilidad de encontrar diferencias entre las dos modalidades de intervención puede atribuirse al tamaño de la muestra, por la elevada pérdida de sujetos: el estudio terminó con 23 participantes al postratamiento y 13 al seguimiento. Este factor pudo impedir que la acción diferencial se reflejara en las variables estudiadas. Tal pérdida está documentada en este tipo de evaluaciones y aun el uso de estrategias para disminuirla no logra mejorar la retención (Lara et al., 2003^a; Muñoz & Ying, 1993; Mrazek & Haggerty, 1994).

Se observó un impacto positivo sobre la

satisfacción con el AS en las dos condiciones por igual en ambas evaluaciones posteriores, lo que es un aporte de este estudio, ya que no se había evaluado previamente. No se confirmó el mayor efecto del MAS sobre esta variable. Si el grupo que recibió este entrenamiento no expresó mayor satisfacción fue debido quizá al reducido número de sujetos, pero no se descarta el que efectivamente no haya tenido mayor impacto. Finalmente, ninguna modalidad de intervención incidió en incremento del número de personas que brinda AS, o sea, las participantes quedaron más satisfechas, pero no elevaron la cantidad de personas que les ofrece ayuda. Este dato parece coincidir con la aseveración de Cohen y Wills (1985) respecto a que importa más la calidad de un solo buen confidente que numerosos apoyos para reducir el estrés. De aquí que en futuras investigaciones se sugiere tomar en cuenta que dar prioridad a mejorar la comunicación es más pertinente que ver el aumento del número de apoyos -que también es considerado en esta estrategia-.

La mayoría de las participantes (arriba del 70%) consideró que la intervención tuvo gran influencia en su vida y en la solución de problemas y ninguna manifestó que no la tenga o sea negativa, lo que es un hallazgo positivo. En cuanto al porqué del influjo, aludieron a aspectos específicos de cada una de las intervenciones, esto es, mientras que las participantes del GE enfatizaron motivos vinculados con la calidad de las relaciones interpersonales y del apoyo social, las del GC consideraron la mayor comprensión de sus dificultades. De lo anterior se sugiere que cada condición, pese a tener una base común, provee aprendizajes distintos, mismos que son percibidos por las participantes. A pesar de estas discrepancias, no se observó que tuvieran impacto diferencial sobre

las variables dependientes estudiadas.

Se concluye que los datos del estudio replican los resultados de Lara y colaboradoras (2003a) en cuanto a efectividad en reducir los síntomas de depresión e influencia positiva que adjudican las participantes (Lara et al., 2003c). Estos resultados amplían la información respecto a satisfacción con el AS, pero no permiten mostrar que un entrenamiento más específico en este aspecto mejore la efectividad. No pueden soslayarse en estas conclusiones las limitaciones metodológicas, para tomarlas con reserva: 1) la ausencia de un grupo control que no reciba ninguna intervención, 2) la falta de seguimiento más allá de los tres meses, 3) el reducido tamaño de muestra y 4) la pérdida de sujetos. Por último, de acuerdo con este estudio, no se considera pertinente llevar a cabo un estudio posterior que evalúe la efectividad del MAS con una muestra más grande.

REFERENCIAS

- Acuña, L. & Bruner, C. (1999). Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Basham y Sarason en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (2), 267-279.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC: Autor.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones* (1a. ed.). España: Siglo Veintiuno de España.
- Beck, A. T. (1996). *BDI-II Spanish Translation*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Streer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Broadhead, J., Abas, A., Sakutukwa, G.K., Chigwanda, M., & Garura, E. (2001). Social support and life events as risk for depression among woman in an urban setting in Zimbabwe. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36, 115-122.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, W. B., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Brown, G. W. & Moran P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes I: A community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2002). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J., Steffen, O., Page, H., & Lehtinen, V. (2000). Problem-solving treatment and group psycho-education for depression: multicentre randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 1-6.
- Ezquiaga, E., García, A., Bravo, F., & Pallarés, T. (1998). Factors associated with outcomes in major depression: a 6-month prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 552-557.
- Gil Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social. Análisis de una comunidad*. Centro de Investigaciones Sociológicas. España: Siglo Veintiuno de España.
- González-Forteza, C., Ramos, L. L., Mariño, H. M., & Pérez, C. E. (2002). Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicología de América Latina*, 48 (1-4), 74-84.
- Gordon, R. (1983). An operational definition of disease prevention. En P. J. Mrazek & R. J. Haggerty. (1994). *Reducing risk for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G. L., Andreasen, N. C.,

- Clayton, P. J., & Keller, M. B. (1986). Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 648-654.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250-263.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Juniper, D. (1977). *How to lift your depression*. London: Open books.
- Kendler, S. K., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159 (7), 1133-1145.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Lara, M. A. (2002). *Intervención psico-educativa para mujeres con depresión en el primer nivel de atención*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Lara, M. A., Acevedo, M., & Luna, M. S. (2001). *Guía didáctica para el trabajo del material educativo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. México, DF: Editorial Pax.
- Lara, M. A., Acevedo, M., Luna, S., Weckmann, C., Villarreal, A. L., & Pego, C. (1997). *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. México, DF: Editorial Pax.
- Lara, M. A., Navarro, C., Rubí, N. A., & Mondragón, L. (2003a). Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 35-43.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., & Rubí, N. A. (2003b). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lara, M. A., Navarro, C., Rubí, N. A., & Mondragón, L. (2003c). Two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. Compliance and programme assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 43-57.
- Lara, M. A., Navarro, C., Acevedo, M., Berenzon, S., Mondragón, L., & Rubí, N. A. (2004a). A psychoeducational intervention for depressed women: A qualitative analysis of the process. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 77(4), 429-447.
- Lara, M. A., Navarro, C., & Navarrete, L. (2004b). Influencia de sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, 4, 378-387.
- Lara, M. A., Luna, A. M. S., & Acevedo, C. M. (en prensa). *Mujeres y depresión. Manual para conducir un programa de intervención psicoeducativa*, México, DF: Editorial Pax.
- Lepore, S. L. (1997). Expressive writing moderates the relationship between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1030-1037.
- Medina-Mora, M. E., Tapia R., Mariño, M. A., Juárez F., Villatoro, J., Caraveo J., & Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3, 48-55.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S. A., & Guzmán, J. (1986). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión* [Group therapy manual for cognitive-behavioural treatment of depression]. San Francisco: San Francisco General Hospital, Depression Clinic, EUA.

- Muñoz, R. F. & Ying, Y. (1993). *The prevention of depression. Research and practice*. Baltimore and London/Washington, DC: Johns Hopkins University Press, Hemisphere Publishing.
- Muñoz, R. F., Le, H. N., Ghosh-Ippen, C., Diaz, M.A., Urizar G.G., & Lieberman, A. F. (2004). The mother and babies course: Instructor's manual. Recuperado el 21 de marzo de 2007 de: <http://www.medschool.ucsf.edu/latino/Englishmanuals.aspx>
- Muñoz, R. F., Le, H., Ghosh-Ippen, C., Díaz, M. A., Urizar, G.G., Soto, J., Mendelson, T, Delucchi, K., & Lieberman, A. F. (2007) Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the "Mamás y bebés/Mothers and Babies Course", *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
- Murray J. (1995). *Prevention of anxiety and depression in vulnerable groups*. United Kingdom: The Royal College of Psychiatry.
- Pattinson, E. M. (1991). A theoretical-empirical base for social system therapy. Citado en: Monroe, S. M. & Depue, R. A. Life stress and depression. En: Becker, J. & Kleinman, A. *Psychological Aspects of Depression: Toward a Cognitive-Interpersonal Integration*. New York: J. Wiley.
- Paykel, E. S. (2001). The evolution of life events research in psychiatry. *Journal of Affective Disorders*, 62, 141-149.
- Penley, J. A., Nwosu, A., & Wiebe, J. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15, 569-577.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic and therapeutic implications. *Behavior Research Therapy*, 31(6), 539-548.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Salgado de Snyder, V. N. & Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36, 200-209.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1988). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R*. New York: Departamento de Psiquiatría e Investigaciones Biométricas de la Universidad del Estado de Nueva York.
- Spotts, E. L., Neiderhiser, J. M., Ganiban, J., Reiss, D., Lichtenstein, P., Hansson, K., Cederblade, M., & Pedersen, N. L. (2004). Accounting for depressive symptoms in women: a twin study of associations with interpersonal relationships. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 101-111.
- Wildes, J. E., Harkness, K. L., & Simons, A. D. (2002). Life events, numbers of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of woman. *Depression and anxiety*, 16, 104-113.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Elkin, I., & Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1021-1027.

Recibido el 3 de febrero de 2009

Revisión final 26 de mayo de 2009

Aceptado el 12 de junio de 2009