

11282

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

1

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MEDICAS ODONTOLOGICAS Y DE LA SALUD



UNA PROPUESTA DE INTERVENCION PARA MUJERES EN RIESGO DE DEPRESION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

T E S I S

PARA OPTAR POR EL GRADO
ACADEMICO DE DOCTORA EN CIENCIAS

P R E S E N T A

MARIA ASUNCION LARA CANTU

TUTORA: DRA. MA. ELENA MEDINA MORA ICAZA

CO-TUTORES: DRA. LILIA DURAN GONZALEZ

DR. LEONARDO VINIEGRA VELAZQUEZ

MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

México, D.F., a 30 de abril de 2002

ASUNTO: Aprobación de tesis

DR LUIS FELIPE ABREU HERNÁNDEZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA
PRESENTE

Por medio de la presente notificamos a usted que la alumna Ma. Asunción Lara Cantú ha completado su trabajo de tesis **UNA PROPUESTA DE INTERVENCION PARA MUJERES EN RIESGO DE DEPRESION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**, el cual reúne la originalidad y calidad suficiente para ser sometida a consideración del jurado de examen de doctorado en Ciencias de la Salud con Campo de Estudios Principal en Sistemas de Salud.

En espera de su amable dictamen quedo de usted.

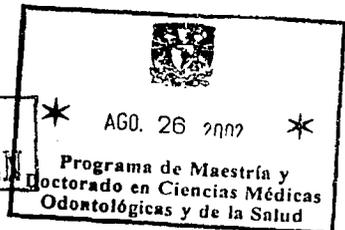
ATENTAMENTE


Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza


Dra. Lilia Durán González


Dr. Leonardo Viregna Velázquez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
Presente

Me permito informar a usted, que el Subcomité Académico de las Ciencias de la Salud, del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, según acuerdo AA1(CS/SCA/SO/30/02) acordó designar y se formaliza por el Comité Académico del Programa, el jurado para el examen de grado de Doctora en Ciencias, (Plan 5007) de la C. María Asunción Lara Cantú, quien defenderá la tesis denominada "Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención".

PRESIDENTE	DRA. CLAUDIA BEGOÑA INFANTE CASTAÑEDA
SECRETARIO	DR. HÉCTOR JUAN ANTONIO ÁVILA ROSAS
VOCAL	DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
VOCAL	DR. SERGIO LERÍN PIÑÓN
VOCAL	DRA. MARTHA HIJAR MEDINA
SUPLENTE	DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
SUPLENTE	DRA. MARÍA TERESA LARTIGUE BECERRA

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D. F. a, 10 de junio de 2002.

DR. LUIS FELIPE ABREU H.
El Coordinador

LFAH/LFET/ MEMK

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Agradezco la paciencia y sabia guía de mis tutores:
María Elena Medina Mora, Lilia Durán y Leonardo Viniegra**

**En memoria de mis padres:
Gustavo, Ma. Asunción, Elena.**

**Con cariño a mis adorables sobrinos:
Gustavo, Mercedes, Toya, Alvaro,
Marianne, Gerardo, Santiago, Fernanda,
Lillian, Stephan, Juan Pablo, Sofia,
Ana Lucía, Sergio, Paulina, Elena y Rodrigo.**

**A mis muy queridas amigas,
por su solidaridad y afecto.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Este proyecto no hubiera podido realizarse sin la colaboración de muchas personas e instituciones. A todas, con profundo agradecimiento.

Investigadoras del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente:
Claudia Navarro Guzmán, Liliana Mondragón Barrios, Norma Angélica Rubi Plata, Shoshana Berenzon Gorn y Daniela Arana
Apoyo de: Nora Angélica Martínez, Francisco Juárez, Silvia Carreño, Jerónimo Blanco, Alma Romero y Estela López

Alumnas de Servicio Social: Cristina Dallal Fratz, Alejandra Bonilla Cassani, Laura Navarrete, Cynthia Rojano

Facilitadoras de grupo: Maricarmen Acevedo Corona y Ma. del Socorro Luna Avila

Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc (SSA)
Ex directores: Dr. Humberto Rico Díaz, Dr. José Antonio Ortiz Guzmán, Dr. Jaime Arturo Olayo Guadarrama
Director: Dr. Cesar Javier Bañuelos Arzac
Trabajadoras Sociales: Hermelinda Graciano, Guadalupe López, Susana Murillo, Marcela Hernández

Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa (SSA)
Ex directores: Dr. Germán Villanueva, Dr. Jacobo Ronkzenoph,
Directora: Dra. Verónica Delgado Parra
Jefa de enfermeras: Ma. de Jesús Cruz y personal de enfermería

Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco (SSA)
Directora: Dra. Aimé Sobrino Saldivar
Enfermera: Patricia Ruvalcaba y personal de enfermería

Centro de Salud José Castro Villagrana (SSA)
Director: Dr. Miguel Angel Fernández Ortega
Ex subdirector: Dr. Eduardo González Quintanilla
Jefe de Psiquiatría: Jorge Alejandro Campos
Jefa de Enseñanza: Dra. Consuelo González Salinas
Trabajadora Social: Dolores Güemes

Estudio de factibilidad.
Personal de clínicas del IMSS
Dr. Arsiniega
Enfermera: Beatriz Botello

Hospital de Ginecobstetricia Escandón

Fortaleza. Centro de Atención Integral a la Mujer, la Pareja y la Familia I.A.P.
Directora: Psic. Rebeca González

Mujeres participantes de la investigación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Índice

Introducción	9-15
1. Marco conceptual	
1.1 La depresión y los servicios de salud	16-31
1.2 Clasificación y epidemiología de la depresión	32-44
1.3 Factores etiológicos de la depresión. Diferencias por género	45-58
1.4 Prevención y tratamiento de la depresión	60-72
1.5 Modelo conceptual	73-77
2. Metodología	
2.1 Estudio de factibilidad	78-83
2.2. Propuesta definitiva	83-99
3. Resultados	
3.1 Características de la muestra	100-111
3.2 Relación entre las principales variables y los síntomas de depresión	112-114
3.3 Asistencia	114-116
3.4 Efectos de la intervención	116-129
4. Discusión, Conclusiones y Propuesta	130-149
Apéndices	
Apéndice 1: Estudio de factibilidad	150-157
Apéndice 2: Folleto/Cartel	158-159
Apéndice 3: Consentimiento informado	160
Apéndice 4: Lineamientos para la Intervención Individual Mínima	161-162
Apéndice 5: Lineamientos para la Intervención Grupal	163-169
Apéndice 6. Análisis cualitativo del proceso de grupo	170-185
Apéndice 7. Problemas metodológicos en la investigación de intervenciones	186-193
Bibliografía	194-205

Lista de Tablas y Figuras

Tabla 1. Recursos Materiales, Humanos y Servicios en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud

Figura 1. Antecedentes y problema de estudio

Figura 2. Esquema piramidal de distribución de funciones en programas de salud mental.

Tabla 2. Diagnósticos relacionados a la depresión reconocidos en DSM-IV

Figura 3: Continuo de síntomas de depresión en la población

Tabla 3 Síntomas de la depresión mayor

Tabla 4 Prevalencia de depresión en diversos países

Tabla 5 Prevalencia de depresión en México

Figura 4 Problemas de salud mental en hombres y mujeres a nivel mundial

Figura 5: Interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de los trastornos mentales

Figura 6: Círculo vicioso entre pobreza y trastornos mentales

Tabla 6. Sugerencias para la evaluación y tratamiento de las mujeres con depresión

Figura 7 El espectro de las intervenciones en salud mental para los trastornos mentales

Figura 8 Curso de los síntomas de depresión en pacientes en tratamiento

Tabla 7. Fases del estudio

Tabla 8. Características sociodemográficas

Tabla 9. Motivos para asistir a la intervención

Tabla 10. Conductas de enfrentamiento de los problemas

Tabla 11. Solicitud de ayuda formal

Tabla 12. Apoyo social

Tabla 13. Visitas a familiares y amigos

Tabla 14. Antecedentes familiares patológicos

Tabla 15. Experiencias de violencia antes de los 17 años

Tabla 16. Abuso sexual

- Tabla 17. Acontecimientos de la vida**
- Tabla 18. Síntomas emocionales y diagnósticos de depresión**
- Tabla 19. Relación entre las variables de la línea base y los síntomas de depresión**
- Tabla 20. Número de sujetos en cada fase del programa**
- Tabla 21. Asistencia a la Intervención grupal**
- Tabla 22. Asistencia a la sesión individual**
- Figura 9. Cambios en los síntomas de depresión (CES-D)**
- Tabla 23. Análisis de Varianza para los síntomas de depresión (CES-D)**
- Figura 10. Cambios en los síntomas somáticos y de ansiedad y en autoestima**
- Tabla 24 Cambios en episodio depresivo actual (DSM-III)**
- Tabla 25. Conductas de autoayuda**
- Tabla 26. Relación entre conductas de autoayuda y síntomas de depresión (CES-D)**
- Tabla 27. Grado de influencia atribuido a la intervención**
- Tabla 28. Razones por las que perciben "alguna" o "gran" influencia**
- Figura 11. Propuesta de atención psicosocial de la depresión en las mujeres para los servicios de primer nivel**

Introducción

Este proyecto de intervención para mujeres con síntomas de depresión tiene su origen en una línea de investigación desarrollada desde hace casi dos décadas sobre la salud mental femenina (Lara y cols., 1986, 1987). Se inició con el estudio de los estereotipos de género, señalados como particularmente marcados en nuestro país, y su asociación con la salud mental en mujeres y hombres. Entre otros resultados, se observó que los estereotipos de género eran prevaletentes, independientemente de la edad y nivel socioeconómico y la pertenencia urbana o rural (Lara, 1993). 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*¹. 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 (Lara, 1991).

Posteriormente, participamos 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 al mercado laboral se ha dado en condiciones de mayor desventaja a la de los varones en cuanto a salarios, puestos, ascensos, etc., aunada a la doble o en ocasiones triple jornada. Entre las enfermeras y amas de casa que conformaron la muestra del estudio (Lara y cols., 1993a), se encontró una alta presencia de síntomas de depresión, por encima de los estándares comparativos nacionales (Medina Mora y cols., 1992). 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 sobrereporte 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

¹ Según es definido por Eysenck y Eysenck (1975).

seis años, situación que lleva a mayor vulnerabilidad de padecer depresión (según los estudios de Brown y cols., 1975. Citados por McGrath y cols., 1990). 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 (Lara, 1998). 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 (Lara y cols., 1996a).

A las entrevistadas del estudio se 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 dio 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 (Lara y Acevedo, 1994). 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. Con este proyecto se buscaba dar alguna respuesta a la creciente preocupación mundial, por la depresión y la enorme discapacidad asociada a esta, la cual se espera sea mayor en los siguientes años (Desjarlais y cols, 1995). 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, ocupando el cuarto lugar entre todas las enfermedades debido a la discapacidad y muerte prematura que ocasiona (Murray y López (1996). El material educativo tomó la forma de un libro ilustrado con caricaturas con el título de *¿Es difícil ser mujer? Una Guía sobre depresión* (Lara y cols., 1996b), 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* (Lara y cols., 1996b) 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 (Lara y Acevedo, en prensa). Para fines prácticos, esta evaluación permitió darnos cuenta de que el trabajo en grupo con el material resultaba una vía que puede multiplicar y potenciar sus efectos.

Ante la presencia de elevados niveles de síntomas de depresión y la necesidad de ayuda que se detectó, una pregunta pertinente fue ¿qué respuesta social se ha dado, en cuanto a servicios de salud mental para esta población? En nuestro país, de manera similar a lo que ocurre en los países en desarrollo, la atención a la salud mental no ha sido un área prioritaria en la agenda de salud pública, lo que ha provocado grandes deficiencias en los servicios.² 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. Además, se sabe, que la mayoría de las personas con trastornos mentales no acude a los servicios de salud mental, entre otras causas debido a limitaciones en la disponibilidad y acceso (Medina Mora y cols., 1992). Las mujeres, por ejemplo, no solicitan ayuda por vergüenza, porque creen que no las van a entender o por no tener quién les cuide a sus hijos, entre otras razones (Lara y cols, 1996c).

Una tendencia mundial a fin 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

tomará tiempo por 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 su eficacia y de demostrado costo-beneficio. Este estudio se planteó en este sentido, con el objeto de diseñar y evaluar una intervención 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, cuya base fuera el material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una Guía sobre depresión* (Lara y cols., 1996b).

Otros dos aspectos que justificaron el emprender un trabajo de esta índole fueron, por una parte, el enorme costo que la depresión representa para la sociedad, la familia y el individuo; por otra, poder proporcionar una herramienta para la atención de las mujeres de bajos recursos, quienes por esta condición se ven más afectadas por este trastorno, a la vez que cuentan con menos servicios de salud. En cuanto al primero, se sabe que la depresión, además del gran sufrimiento que representa para quien la padece, se acompaña de síntomas somáticos, limita el desempeño laboral, dificulta las relaciones interpersonales e interfiere con las actividades diarias; incrementa el riesgo de suicidio y otras condiciones de salud, el uso problemático de alcohol y la mortalidad, por el aumento en la tasa de suicidios y el mayor riesgo de ciertas enfermedades. En la familia, es causa de tensión y estrés y cuando la madre la padece tiene efectos negativos sobre los hijos (Haddad, 1994). Socialmente, las personas con depresión tienen mayor riesgo de discapacidad que las asintomáticas, mayores gastos en cuidados a la salud por año, representan un mayor gasto en cualquier nivel de enfermedad crónica y aumenta la duración promedio de discapacidad y de recaídas al compararse con cualquier grupo médico (Gabbard, 1998).

² Sólo en fecha reciente, con el Programa Nacional de Salud 2001-2006 presenta algunos programas de acción en esta materia, pero con muy poco apoyo presupuestario. Pasará, por lo tanto, algún tiempo antes de ver resultados significativos.

En cuanto a la desventaja económica, se ha documentado que los síntomas depresivos son particularmente prevalentes entre quienes la sufren (Ortega y Corzine, 1990; Fried, 1975). Berenzon y cols. (1998) informan de mayor vulnerabilidad de presentar algún tipo de trastorno mental en personas con escasos recursos económicos. Las mujeres en esta situación se ven más afectadas por la violencia doméstica, la adicción a sustancias de algún miembro de la familia y la presencia de ancianos y enfermos crónicos; están más expuestas a las enfermedades, al trabajo arduo y cuentan con menos apoyo social (Belle, 1990; Desjarlais 1995). En las últimas décadas, los niveles de pobreza en nuestro país se han incrementado debido a las políticas económicas que privilegiaron la macroeconomía, la reducción del gasto social y el adelgazamiento del Estado, con lo que se calcula que actualmente existen cerca de 80 millones de pobres. Por otra parte, la reducción en los sistemas de seguridad social ha limitado servicios aumentando las cargas de trabajo para las mujeres. De ahí que los recursos con que cuentan las familias sean cada vez más escasos y, por consiguiente, las condiciones de vida más difíciles y su salud, estado alimenticio y educativo hayan declinado. No obstante los esfuerzos de las familias y sobre todo de las mujeres, la perpetuación de la crisis económica hace que los resultados sean limitados e incluso nulos, lo que genera sentimientos de abatimiento y desesperanza (Rangel, 1998).

Estos sentimientos son respuestas humanas "normales" ante la adversidad, las frustraciones y las pérdidas, por lo que se han establecido ciertos criterios en cuanto a número de síntomas, duración e intensidad de éstos con el fin de decidir sobre la presencia de un trastorno depresivo. Estos criterios han permitido mayor confiabilidad en los diagnósticos pero, ante la ausencia de marcadores biológicos o de otro tipo, permanecen problemas de validez que dificultan establecer los límites entre lo "normal" y lo patológico, aún más en los casos limítrofes. Como ya se mencionó, las mujeres tienen mayor vulnerabilidad de sufrir de depresión que los varones. Datos de diversos países de poblaciones urbanas informan de prevalencias de por vida entre 1.3 y 12.7% en los varones y entre 2.4 a 25.8% en las mujeres (Piccinelli y Gomez Homen, 1997). Esta mayor vulnerabilidad se ha asociado al peso de las demandas sociales sobre ellas, en cuanto a sus responsabilidades de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otros, a la vez que cada vez, en mayor número, se incorporan al mercado laboral y son el sostén económico de sus familias. Sumado a esto, aún en la actualidad, son víctimas de la inequidad de género que se refleja en violencia doméstica y restricciones en las oportunidades de educación, empleo y

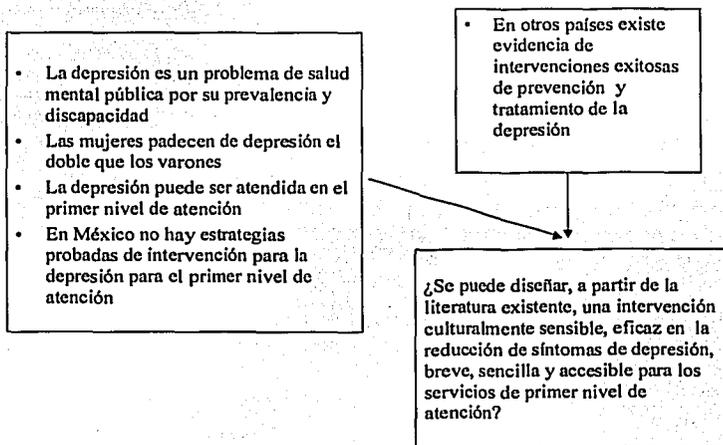
servicios de salud. Esta inequidad se encuentra también en la atención a su salud mental, en tanto que hay poca comprensión de los factores psicosociales asociados a ésta, lo que lleva a que con mayor frecuencia reciban un diagnóstico de depresión y a menudo sean más tratadas con medicamentos psicotrópicos, que los hombres.

Sin embargo, el estado del conocimiento respecto al tratamiento de la depresión muestra logros importantes, particularmente en los países desarrollados, en tanto que se cuenta con intervenciones probadas de diversa índole, tanto farmacológicas como psicológicas. No obstante, en el campo de la prevención y la promoción de la salud el avance no es tan amplio aunque se cuenta con algunos estudios importantes. En nuestro país, aunque hay algunas investigaciones sobre tratamientos de la depresión, casi no contamos con ninguna en cuanto a la prevención y la promoción de la salud. De ahí que el presente estudio, si bien se sustenta en las investigaciones internacionales, pretenda desarrollar una estrategia a partir de cero en cuanto a experiencias nacionales. Dada la importancia de que los nuevos modelos de atención que se requieren en esta área se fundamenten en información científica, este trabajo pretende hacer una contribución.

La prevención en salud es un proceso complejo debido a la conjunción e interacción de múltiples factores de índole biológico, psicológico y social. En la salud mental es un proceso todavía más complicado debido a que es difícil explicar los beneficios de tomar medidas preventivas; que a veces no es una medida que resulte lógica automáticamente para quienes no están enfermos y la evaluación de los resultados, en términos de cambios en los trastornos mentales, es más problemático (Mrizeck y Haggerty, 1994; Eaton y Harrison, 1996). Con base en la observación del comportamiento de las/los mexicanas, podemos decir que la nuestra no es una cultura en la que se privilegien las medidas preventivas considerando un amplio rango de actividades. Es común que las personas sólo acudan a tratamiento, tanto para problemas físicos como mentales, cuando ya el trastorno se encuentra muy avanzado. En tal contexto, un proyecto de esta índole resulta en un enorme reto. Debido a esto, y como se explica a lo largo del trabajo, la intervención que se evaluó tuvo un carácter preventivo sólo para la mitad de las mujeres, para las demás resultó ser una intervención temprana.

En la Figura 1 se resumen los antecedentes que llevaron al planteamiento del problema de investigación que se han descrito en la introducción. En el siguiente capítulo se describe el marco conceptual en el que se basa el estudio y abarca cinco apartados: 1) Una descripción de los servicios de salud mental, así como algunos datos sobre su cobertura, utilización y calidad y se aborda la situación de la atención de la salud mental en el primer nivel. 2) Las clasificaciones de la depresión y los datos epidemiológicos en México y en otros países. 3) Se revisan los aspectos etiológicos y las diferencias por género en este trastorno. 4) Los estudios sobre prevención y tratamiento de la depresión, y 5) se presenta el modelo conceptual que subyace a la intervención. Los capítulos subsecuentes están dedicados a la metodología, los resultados, la discusión y las conclusiones.

Figura 1. Antecedentes y problema de estudio



1. Marco Conceptual

En la construcción del marco conceptual se dio prioridad a cuatro aspectos: la depresión en el primer nivel de atención, la clasificación y los aspectos epidemiológicos de la depresión, los factores etiológicos y las diferencias por género y la prevención y el tratamiento de la depresión.

1. 1 La depresión y los servicios de salud

Aunque existe suficiente acuerdo en cuanto a que la salud mental es parte fundamental de la salud y que los trastornos mentales son condiciones reales de salud cuyo impacto es tremendo en el individuo, la familia y la sociedad, en la mayoría de los países esta evidencia no se ha visto traducida en que los servicios de salud mental sean parte integral de los servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a ésta como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental, por su parte, es considerada como "la ejecución exitosa del funcionamiento mental, que se aprecia en actividades productivas, relaciones satisfactorias con otras personas y la habilidad de adaptarse al cambio y hacer frente a la adversidad; la salud mental es, desde la infancia hasta la edad adulta, el trampolín de las habilidades del pensamiento y la comunicación; el aprendizaje, el crecimiento emocional, la *resiliencia*³ y la autoestima" (Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999). Los trastornos mentales, en cambio, se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, ánimo, o conducta (o en una combinación de éstas) asociados con malestar y/o alteración en el funcionamiento (Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999).

En las últimas décadas se ha observado un avance importante en la comprensión de los trastornos mentales, en cuanto a los aspectos bioquímicos, psicológicos y sociales.

³ Del inglés *resilience*. Designa a los mecanismos que protegen a las personas del riesgo psicológico asociado a la adversidad.

También en la actualidad se cuenta con soluciones efectivas para tales problemas, más en el campo del tratamiento que de la prevención y la promoción de la salud. No obstante, en la mayoría de los países, la salud mental es el área en la que se dan las mayores disparidades en cuanto a disponibilidad y acceso a los servicios (Desjarlais y cols., 1995; Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999).

Sabemos que la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afectan a la mayoría de las personas en alguna época de su vida. Se trata del trastorno mental más frecuente y que tiene un alto costo personal y social. Por ejemplo, en el ámbito mundial ocupa el cuarto lugar en cuanto al *peso de enfermedad* medido en años de vida perdidos ajustados por discapacidad; es responsable de uno de cada diez años de vida saludable perdidos. Se calcula que para el año 2020 ocupará el segundo lugar, sólo después de los problemas cardiacos (Murray y Lopez, 1996). En México, según el Programa de Acción de Salud Mental (2001), la depresión se encuentra entre las 15 principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA). La misma fuente informa que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padece en el curso de su vida un trastorno mental; con cuatro millones de personas que sufren de depresión.

Los servicios de salud de primer nivel han sido considerados como idóneos para la atención de ciertos trastornos mentales pues se considera que entre 34% y 51% de los pacientes en medicina general presentan algún trastorno psiquiátrico (De la Fuente y cols., 1997). Esta medida está siendo analizada, en tanto la adecuada atención de los trastornos mentales en este nivel no sólo depende de mayor disponibilidad y acceso, sino de una serie de medidas que involucran cambios en la organización de los servicios, nuevas funciones para los médicos y el personal, quienes requieren de capacitación; educación adecuada de los pacientes; monitoreo de resultados, coordinación con profesionales de la salud mental y, sobre todo, contar con intervenciones de probada efectividad-eficiencia.

A continuación se presenta una somera revisión del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud mental, como antecedente, para entender el contexto en que se da la

atención de la depresión en el primer nivel. Por otro lado, en tanto el estudio se desarrolla en población urbana, no se hace referencia a los servicios de salud mental en población rural.⁴

El sistema nacional de salud ⁵

Los servicios de salud mental se insertan dentro de la red estratificada del sistema general de salud, la cual divide a la población mexicana en cuatro segmentos: (a) los que tienen acceso a los servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE); (b) los que son cubiertos por los servicios que ofrecen tanto la Secretaría de Salud como el Programa IMSS-Solidaridad; (c) los que acuden a los servicios privados de salud, y (d) quienes no tienen acceso a los servicios regulares de salud. Ya se ha señalado que las instituciones que atienden a la población abierta tienen los menores recursos materiales y humanos, lo que repercute en la calidad de la atención (Frenk, 1992).

Entre muchos datos que podrían presentarse sobre las características de los servicios de salud, sólo se han seleccionado algunos representativos. En cuanto a los recursos del Sistema Nacional de Salud, por ejemplo, se observa que hay mayor número de unidades médicas para la población abierta que para la población derechohabiente, aunque los segundos cuentan con más médicos. Por otro lado, aunque la medicina privada tiene un bajo porcentaje de unidades médicas, en ella participa más de una tercera parte del personal médico.⁶ La misma fuente señala, respecto a la cobertura, que los servicios de seguridad social cubren a poco más del 50% de la población. Pero si se quita a aquellos que tienen

⁴ Una revisión de la salud mental en población rural puede encontrarse en Salgado de Snyder y colaboradores (1998, 1999).

⁵ Por sistema de salud debe entenderse "a todos los elementos de una sociedad relacionados directa o indirectamente con la salud. No se limita al llamado Sector Salud e incluye a otros, extrasectoriales, como educación, servicios públicos (agua drenaje, electricidad, transporte, etc.) el sistema económico, el político y en general todos los elementos de la cultura de una sociedad o grupo que inciden en la salud" (Gutiérrez, 1991, P. 618). Por Sistema de servicios: al "conjunto de mecanismos debidamente seleccionados y organizados, a través de los cuales los recursos humanos y de infraestructura se ordenan y estratifican por medio de un proceso administrativo y de organización de la tecnología médica y sanitaria para ofrecer prestaciones de salud integral. Para que estas prestaciones tengan impacto a nivel de salud y bienestar deben ser accesibles a toda la comunidad, sin excepciones, tener calidad uniforme y proporcionarse en forma continua e integral de acuerdo con las necesidades del ser humano" (Martínez Narvaez, 1992, P. 17).

⁶ Fuente: Anexo Estadístico del Cuarto Informe de Gobierno. Secretaría de Salud, a través de la información proporcionada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. <http://www.ssa.gob.mx/dgei/sns/infogog/aig1.html>

acceso a los servicios para población abierta y a los que hacen uso de la medicina privada, alrededor de 10 millones de personas no tienen acceso regular a estos servicios. Otras fuentes señalan que el porcentaje de quienes carecen de servicios públicos de salud es de entre el 11 y 21%, y considerando los obstáculos para acceder a ellos, la cifra aumenta a 33% (Frenk, citado por Medina Mora y cols., 1997).

La división de los servicios de salud en diversas instituciones ha provocado problemas ya señalados por diversos autores (Frenk, 1992; Laguna, 1992) y por el Programa de Reformas al Sector Salud, 1995-2000. Estos informes hacen notar que la división de los servicios con funciones normativas y propuestas independientes hace difícil la coordinación y propicia inequidad. Además, los servicios presentan problemas importantes en cuanto a calidad, duplicaciones, centralismo y cobertura limitada. Resalta, también, la ausencia de incentivos intrínsecos para la calidad y eficiencia así como la limitada capacitación de los trabajadores y la deficiente organización administrativa que provoca baja calidad y limitada eficiencia. El crecimiento en los servicios, caracterizado por adiciones de segmentos, ha generado una burocracia altamente centralizada y fragmentada, así como gran desigualdad en cuanto a recursos y calidad de éstos en cada institución. Algunas fuentes mencionan que el 36% de los asegurados en el sistema de salud se atiende fuera de estas instituciones, por sentirse insatisfechos con la calidad de la atención (Medina Mora y cols., 1997).

Los servicios de salud mental

Se sabe que los servicios para la atención de los problemas de salud mental en nuestro país son insuficientes, al igual que en los demás países en desarrollo. De acuerdo con Desjarlai y colaboradores (1995) la enfermedad mental no ha recibido la atención proporcional al sufrimiento que produce. Esto se debe, de alguna manera, a que el sufrimiento permanece invisible al no derivar en un número de muertes, así como por el desconocimiento de que existen tratamientos efectivos. Para estos autores la salud mental rara vez es vista como parte integral de la salud y se le considera como un lujo que puede esperar hasta que la sociedad logre un nivel económico que permita costearla.

Sin embargo, en la actualidad, se ha hecho patente que los problemas de salud mental más frecuentes y a los que se debe ampliarse la atención, son aquéllos que podrían

englobarse como del desarrollo, neuróticos y relacionados con el estrés. Por lo tanto, los servicios que se requieren para cubrir estas necesidades no son sólo hospitales psiquiátricos sino servicios en el seno de la comunidad, convergentes con los centros de salud.

Encontrar información de todas las instancias que conforman el sector salud en atención, funcionamiento y recursos para la salud mental es una tarea difícil pues los datos son parciales y, en ocasiones, no están disponibles. Pero, con el fin de tener una imagen más concreta respecto a su estructura, en la Tabla 1 se presentan cifras sobre los recursos materiales y humanos en el campo de la salud mental del Sistema Nacional de Salud. Aunque es difícil interpretar los datos directamente, resulta claro que tanto los recursos materiales como los humanos y el número de consultas son pocos con relación al total dedicado a la atención de la salud. En cuanto al número de psiquiatras, es casi la mitad de los que laboran en las unidades médicas privadas, ya de por sí reducido: 748 (México Social, 1996-1998). En la parte inferior del mismo cuadro se muestran algunos datos recientes del Atlas de Salud Mental de la OMS (2001) que hacen evidente que México dedica un porcentaje muy bajo de su presupuesto a la salud mental y que el personal para atender estos problemas es muy reducido.

Es en este rubro, en donde algunos especialistas han hecho hincapié respecto a que la falta de psiquiatras y de personal especializado, así como la escasa capacitación en el primer de atención sobre los trastornos mentales, son las principales limitaciones para dar un servicio de calidad en salud mental (De la Fuente, 1988).

Un avance en cuanto a la atención de la salud mental se da en 1987 cuando se publican las normas técnicas que rigen el tratamiento de los trastornos emocionales dentro del sistema general de salud en los diversos niveles de atención.⁷ Estas normas pretendían

⁷ "Norma técnica número 195: Define la atención primaria a la salud mental como el conjunto de actividades llevadas a cabo por el personal de salud en el seno de la comunidad, con la participación activa de sus miembros y con una orientación predominantemente preventiva. La consulta a enfermos la proporciona el médico general asistido por personal de salud adiestrado en el manejo de problemas de salud mental en la comunidad. Norma técnica 196: Establece como obligatoria la prestación de servicios de psiquiatría en todos los hospitales generales y de especialidades de los sectores público, social y privado del país, para lo cual dichos hospitales dispondrán de recursos humanos (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras y otros), materiales y área física suficientes y adecuados. Norma técnica núm. 144: Define al hospital psiquiátrico como una unidad de salud de segundo o tercer nivel de atención, especializada en la atención de enfermos con trastornos mentales y que lleva a cabo actividades

asegurar el tratamiento integral de la salud mental a nivel comunitario y el manejo de desórdenes con diversos niveles de severidad dentro del sistema de salud. Se observa que la puesta en marcha de estas normas ha sido paulatina y se ha visto limitada por restricciones presupuestales, las cuales se han hecho más agudas en los últimos años.

Según el Plan Nacional de Salud 1995-2000 era la Coordinación General de Salud Mental la instancia encargada de formular y ejecutar el Programa Nacional de Salud Mental en cuanto a prestación de servicios, elaboración de normas, coordinación, supervisión y evaluación de los servicios, etcétera. Este programa tenía como objetivo promover la salud mental de la población y reducir los efectos sociales, producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta. Sin embargo, su puesta en marcha requería la unificación de criterios y contenidos de las acciones preventivas, así como los de atención de la salud mental en las unidades de primer y segundo niveles.⁸ En el momento de elaborar este trabajo no encontramos datos respecto a cómo se puso en marcha ni tampoco sobre cómo se evaluó.

Al evaluar los servicios de salud mental, la Coordinación de Salud Mental de la SSA concluyó que los problemas prioritarios de salud mental en México se deben, entre otros, a los siguientes factores: intervenciones no acordes con las necesidades de las personas; indiferencia de los nuevos estilos de vida de la población; inequidad en la dotación y distribución de los recursos; inoperabilidad del modelo actual, insatisfacción de los usuarios con los servicios e insuficiente personal técnico y profesional, (Vélez, 1997). Con esta base, la Coordinación presentó un Proyecto Nacional de Atención Comunitaria a la Salud Mental. Los aspectos más importantes de su propuesta consistían en: a) un cambio de paradigma de salud mental con la ampliación de la atención en el primer nivel con estrategias de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y desarrollo social, limitando la atención especializada; b) la capacitación de técnicos en salud mental; c) ampliación de la función del médico general capacitándolo en salud mental; d) ampliación del número de Centros Comunitarios de Salud Mental, de tres a 232; e) crear mil 200 unidades de salud mental en centros de salud, y f) construcción de siete hospitales psiquiátricos y reconstrucción de otros. Aunque el proyecto buscaba llenar lagunas importantes en la

de atención psiquiátrica, enseñanza y capacitación e investigación. (Publicadas en el Diario Oficial, 9 de julio de 1987).

⁸ Todo ello de conformidad con la Norma Oficial Mexicana 025-SSA2-1995.

atención a la salud mental basado en un paradigma de prevención más que de curación y que podría haber dado respuesta a muchas de las limitaciones de los servicios actuales, debido a cambios en los actores principales, frecuentes en las instituciones públicas del país, el proyecto quedó en papel.

Tabla 1
Recursos Materiales, Humanos y Servicios en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud

Hospitales psiquiátricos*	27	(de 9063 unidades médicas) Tres en el DF y ninguno en 11 estados
Consultorios de salud mental **	195	(de 8,003 consultorios)
Psiquiatras **	341	(de 36,213 médicos)
Psicólogos **	585	(de 4,775 del personal profesional)
Pacientes atendidos por primera vez en servicios de salud mental **	83,765	
Consultas de salud mental * (Consulta externa)	393,682	(de 47,321,696 consultas)
Tipo se servicio de salud mental **	270,044	psicoterapias (individuales, a adictos, familiares, grupos)
	152,500	entrevistas
	5,747	pacientes rehabilitados
Egresos hospitalarios por trastornos mentales (en 1995) ***	21,235	(de 3,619,341)
	11,687	hombres
	9,538	mujeres
Presupuesto para salud mental. Proporción del total del presupuesto en salud:	> 1%	****
Camas psiquiátricas, por 10,000 habitantes:	> 1	****
Psiquiatras por 100,000 habitantes:	> 1	****
Enfermeras Psiquiátricas por cada 100,000 habitantes	> 1	****
Psicólogos trabajando en salud mental por 100,000 habitantes:	> 50	****
Trabajadoras Sociales trabajando en salud mental por 100,000 habitantes:	> 1	****

* Fuente: Estadísticas del Sistema Nacional de Salud, 1997. <http://www.ssa.gob.mx/dgei/sns/2l.htm1>

** Fuente: Anuario Estadístico 1995. Secretaría de Salud. Octubre, 1995. Dirección General de Estadística e Informática.

*** Fuente: Mexico Social, 1996-1998. Estadísticas Seleccionadas. Grupo Financiero Banamex-Axival. División de Estudios Económicos y Sociales.

**** Datos del Atlas de Salud Mental de la OMS (2001) para México

Por su parte, la OMS hace frecuentes recomendaciones a los países miembros para que presten mayor atención a los problemas psiquiátricos, debido al alto costo que tiene su descuido. Dicha organización ha formulado lineamientos específicos para desarrollar programas de salud mental pública y con base en ellos, se han hecho propuestas importantes para el mejoramiento de la atención a la salud mental en nuestro país (De la Fuente y cols., 1997).

Pero ciertamente, uno de los aspectos que todos los programas enfatizan -en concordancia con la tendencia mundial- es un cambio hacia estrategias dirigidas a la prevención de los trastornos mentales de manera que los atenúe o modifique, así como un incremento en la participación comunitaria (De la Fuente y cols., 1997, Vélez, 1997, Benassini, 1997).

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 incluye a los trastornos mentales entre las 10 prioridades de salud, así como un programa de acción para la salud mental (Programa de Acción: Salud Mental, 2001). En éste se han propuestos Programas Nacionales para diversos padecimientos, e incluyen la lucha contra la depresión. Es de desear que no queden, una vez más, sólo en buenas intenciones.

Utilización de los servicios de salud mental

Asimismo, diversos estudios han mostrado la subutilización de los servicios de salud mental, no sólo en México sino también en los países más desarrollados. Se ha observado que una baja proporción, alrededor de 50%, de personas afectadas con diversos trastornos patológicos busca ayuda. El estigma social representa uno de los principales obstáculos.

Otro problema de importancia en la subutilización de servicios es la demora en la atención. Los estudios de Caraveo y Mas (1990) han mostrado que hay un gran retraso del momento en que se presentan los síntomas hasta que se da la primera búsqueda de atención, así como entre la primer visita y el contacto con los servicios de salud mental. Sus resultados reflejan que el lapso entre el inicio del trastorno y la primera búsqueda de atención difirió según la patología y la institución a la que se acude; aquí la situación económica fue una importante variable en el retraso. Señalan que el acceso a la atención

especializada fue casi inmediato cuando las personas acudieron a los centros de salud para población abierta pues pueden contactar directamente a los especialistas, mientras que en los hospitales generales del IMSS el retraso es mayor, en tanto los pacientes tienen que ser referidos por el médico familiar. En comparación con otros países, en México se observó la mayor mediana de retraso: arriba de 30 semanas (Gater y cols., 1991). Este se debió a obstáculos por falta de información, problemas económicos y las distancias. Por otra parte, los autores concluyen que el primer nivel de atención no es la principal vía de acceso al sistema de salud para este tipo de problemas, como pretende (Caraveo y Mas, 1990).

Medina Mora y colaboradores (1992) en un estudio en población general de la Ciudad de México, encontraron que el porcentaje del total de personas con trastornos que pide ayuda es, de 54% a familiares o amigos; 10% a sacerdotes o ministros y 15% recurre a la automedicación. Sólo el 5% acude a los servicios de medicina general; un porcentaje semejante a los centros especializados de salud mental de seguridad social y 2.5% a los servicios especializados para la población abierta. Entre los obstáculos más importantes para utilizar los servicios encontraron el desconocimiento y los prejuicios; la falta de recursos como tiempo, dinero y falta de ayuda en el cuidado de los hijos mientras se asiste a la consulta. Poco más del 6% de los entrevistados ha recibido atención en forma de psicofármacos y consejos; únicamente 1.9% recibió psicoterapia.

Al profundizar sobre la utilización de recursos por género y escolaridad encontraron que en casos de depresión severa, las mujeres acudieron menos con amigos y familiares y solicitaron más ayuda profesional que los hombres. Los segundos manifestaron no solicitar ayuda por pensar que otra persona los podía ayudar y debido a las consecuencias económicas que acarrea el dejar de trabajar. Las mujeres dieron como razones que nadie podía entender su problema, por vergüenza, porque otra persona podría ayudarla, por falta de disponibilidad del servicio y por no tener quién les cuidara a los niños. En cambio, las personas con bajo nivel de escolaridad y depresión moderada acuden menos con familiares y amigos que los de más alta escolaridad. Las mujeres recibieron más ayuda en forma de psicofármacos que los varones y todavía más las de bajo nivel de escolaridad (Lara y cols., 1996c).

En un estudio en la zona sur de la Ciudad de México, Medina Mora y colaboradores (1997) encontraron una mayor utilización de los servicios de salud mental por parte de las personas con padecimientos, la cual explican por la mayor oferta de servicios existente en esa zona de la ciudad. Reportan que el 53% de los hombres y el 39% de las mujeres con depresión y el 36% de los hombres y el 34% de las mujeres con distimia solicitaron ayuda. De éstos, 24% con depresión y 12% con distimia solicitó ayuda especializada, principalmente a médicos generales o familiares; psicólogos, psiquiatras, consulta privada y a ministros religiosos. En su mayoría, recibieron como ayuda consejos, aunque también se les prescribieron medicamentos y algunos recibieron psicoterapia. Las razones que dieron para no acudir a los servicios de salud fueron por considerar que no sirven, porque es difícil llegar a ellos y porque se carece de información.

Otro estudio sobre la morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México (Caraveo y cols., 1999a) reporta que en los estados depresivos, el 20.1% de los hombres y el 79.9% de las mujeres solicitó ayuda. En cuanto a la distimia, los porcentajes fueron de 7.4% y 92.6% respectivamente. La solicitud de ayuda, en el 26.5% de estados depresivos y 21.5% de distimia, fue a médicos no psiquiatras o profesionales de la salud mental, mientras que el 18% y el 11.8% de cada padecimiento utilizó, respectivamente, otros recursos, entre los que destacan los sacerdotes y otros ministros religiosos. Se ha observado, por otra parte, que tanto hombres como mujeres con trastorno depresivo o distimia, sabían a dónde acudir y esto se asoció con la demanda de consulta. Pero cuando consideraban que el trastorno se los ocasionaba algo muy personal no acudían a consulta especializada. Ir acompañadas fue un factor importante para las mujeres, no así para los varones. Se encontró que no buscaban ayuda especializada las que consideraban que los problemas emocionales o mentales debían de ser resueltos por sí mismas. Sin embargo, mayor número de personas buscó ayuda con un psicólogo y ésta se buscó fuera de las instituciones. Los hombres económicamente activos buscaron atención especializada con prontitud y no necesariamente en los servicios que proporcionan las instituciones (Caraveo y cols., 1997a).

El estudio de García (1997) en hogares de la Ciudad de México encontró que 33% manifestó haber tenido algún problema emocional o nervioso por lo menos una vez en su vida, pero sólo 48% de los varones y 63% de las mujeres había buscado ayuda. La mayoría de quienes no lo hicieron fue porque no lo consideraron necesario; una minoría no sabía en

dónde buscar, otros tenían problemas económicos y también por desconfianza. Se solicitó ayuda a especialistas de la salud mental (53%), al médico general (21%), a familiares y amigos (17%) y a otros (8%). La autora concluye que la población está dispuesta a buscar y recibir ayuda profesional, sabe a dónde acudir para obtenerla pero retrasa considerablemente el inicio del proceso de búsqueda hasta que los problemas les resultan difíciles o imposibles de manejar.

La población también recurre a tratamientos de medicina alternativa. Medina Mora y colaboradores (1997) encontraron que una de cada diez personas buscan ayuda de curanderos o santeros. Asimismo, otros estudios han profundizado en la búsqueda de estas opciones de tratamiento para los trastornos mentales (Más y Caraveo, 1991, 1993).

La atención a la salud mental en el primer nivel de atención

En México, la presencia de trastornos psiquiátricos en población que acude a la consulta médica general es variada dependiendo de qué población se trate. Se ha observado (en el Cuestionario General de Salud) una prevalencia de 34% en población de nivel socioeconómico medio y medio alto en la consulta externa de un hospital general (Medina Mora y cols., 1985), en 43% en la población que asiste a la consulta de una unidad de medicina familiar del IMSS (Padilla y Peláez, 1985) y en 51% de un centro de salud comunitario de la SSA (Padilla y cols., 1984). La neurosis depresiva es reportada en 25% de las mujeres y 17% de los varones y 5.75% de las primeras y 3.31% de los segundos son referidos con trastorno afectivo mayor que requiere de ayuda especializada (Medina Mora y cols., 1985). Estudios de prevalencia controlados en primer nivel de atención en otros países revisados por Ormel y Tiemens (1997) informan de una prevalencia de depresión actual de entre 8.1 y 15.9% (obtenida por medio de formatos estructurados para entrevistas diagnósticas). Los mismos autores informan de una prevalencia que va de 2.6 a 29.5% (con la Clasificación Internacional de las Enfermedades; ICD-10, por sus siglas en inglés), en un estudio de 15 países llevado a cabo por la OMS.

La estimación de la prevalencia de los trastornos mentales en medicina general se ve afectada por diversos factores, entre los que se encuentran el tipo de registro, si se incluye entrevista psiquiátrica y el sistema de clasificación, entre otros. De ahí que los datos varían

de acuerdo con la manera en que se hayan obtenido. Ormel y Tiemens (1997) señalan algunas de las limitaciones de los sistemas diagnósticos cuando se utilizan en el primer nivel de atención mismos que se mencionan a continuación.

El ICD-10 y el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés), se utilizan poco en el primer nivel de atención por ser demasiado complicados y porque no captan las formas de patología leves y mixtas que se encuentran en la práctica diaria. Recientemente se han desarrollado versiones de ambos para el primer nivel de atención menos complejos, con criterios menos rígidos y que le da un peso diferente a aquellos síntomas que pueden estar asociados a un malestar físico (Ormel y Tiemens, 1997). Por su parte, Pérez-Stable y Miranda (1993) sugieren el uso de escalas de tamizaje de síntomas de depresión para entrevistar, posteriormente, a los pacientes que resulten positivos. Sin embargo, la utilización de estas escalas también presenta problemas. Kessler y colaboradores (1999) determinaron que 51.5% de los pacientes que asistían a médicos generales presentaban depresión de acuerdo con el Cuestionario General de Salud. Heath (1999) y Middleton y Shaw (2000) consideran que este dato hace evidente la falta de comprensión de los padecimientos mentales en ese nivel, sobretodo si sobre este diagnóstico se decidiera dar tratamiento, ya fuera farmacológico o psicológico. Sugieren que el problema está en los sistemas prevalecientes de diagnóstico, los cuales son inadecuados, pues hacen difícil evaluar qué pacientes presentan una enfermedad y quiénes un "malestar generalizado" que requiere de un periodo de legítimo espacio social para facilitar la resolución del problema. Por otro lado, Alvarenga (2000) considera que el problema de diagnóstico en el primer nivel se debe a una mala interpretación de los sistemas de clasificación, en los cuales éste se concibe como enfermedad y existe poca consideración del problema en términos sociales, económicos y ocupacionales.

Respecto a la comorbilidad, discapacidad y curso de la depresión en el primer nivel de atención, Ormel y Tiemens (1997) informan que los pacientes con problemas mentales presentan mayor comorbilidad entre ansiedad y depresión que la población general, así como mayor frecuencia de quejas somáticas. Lin y colaboradores (1998) señalan que, en consulta especializada, los pacientes presentan más a menudo una historia de episodios anteriores y mayor comorbilidad con ansiedad y distimia. Ormel y Tiemens (1997) también hablan de una elevada discapacidad asociada a la depresión en cuanto a disfunción

ocupacional y social. Dicha disfunción es independiente de la condición médica y, a menudo, excede a la disfunción asociada con la enfermedad física. En cuanto al curso de la enfermedad, hay pocos estudios en el primer nivel, pero, según dichos autores algunos muestran que, aproximadamente, 25% se recupera en los primeros meses, 50% tiene recaídas intermitentes y el otro 25% se vuelve crónico.

Son los médicos generales a quienes la población se dirige en su primera solicitud de ayuda (Medina Mora y cols., 1992; Medina Mora y cols., 1997; Caraveo y cols., 1999a; García, 1997), sin embargo, un alto porcentaje de casos no es detectado ni referido, lo que eleva el costo en la atención, sin que los pacientes reciban ayuda para su condición mental (Martínez y cols., 1984, Padilla, 1984, Padilla y cols., 1984; Hernández y cols., 1996), de igual manera a como se reporta en otros países (Katon y cols., 1996; 1994; Ormel y Tiemens, 1997). Por otra parte, se ha documentado la falta de capacitación de los médicos generales en problemas mentales, lo que provoca una administración poco específica de medicamentos (Caraveo y Mas, 1990).

Entre los factores reportados como responsables del subtratamiento (Kathol y cols. 1994; Docherty, 1997; Oxman, 1997) se encuentran los siguientes: que los pacientes no informan a su médico de síntomas por la poca comprensión y alerta sobre los trastornos mentales, por dificultades para establecer el diagnóstico a causa de la gran variabilidad en la manifestación de los trastornos que, con frecuencia, se complican por la comorbilidad; también por confusión en el diagnóstico como resultado de las quejas físicas y por la vergüenza de los pacientes de sufrir esta enfermedad. A ello se suma que los médicos no reconocen los trastornos mentales y tienen escasa preparación para tratarlos, además de que muestran resistencias para investigar dichos problemas. Las barreras también pueden venir de la institución en cuanto a limitaciones en el financiamiento, tiempo dedicado a los pacientes y continuidad en la relación médico-paciente, entre otros. Un problema adicional para diagnosticarla, tiene que ver con dificultades futuras para obtener seguros de vida o médicos, así como con otros problemas de financiamiento (Kathol et al, 1994).

Ormel y Tiemens (1997) mencionan tres filtros en el camino hacia la atención: a) la interpretación del malestar físico y emocional; b) el diagnóstico y la canalización y c) la disponibilidad de los servicios de salud mental. El primer aspecto se ha enfrentado a través

de campañas informativas, que en algunos países desarrollados han pretendido mejorar la información y reducir el estigma asociado a los trastornos mentales.⁹ Respecto al diagnóstico y la canalización, se han diseñado guías dirigidas a los médicos generales (Kathol y cols., 1994; Katon y cols., 1997). En México se ha desarrollado una guía similar pero desafortunadamente sólo hace referencia al tratamiento farmacológico y no hace ninguna recomendación sobre la relación médico-paciente, ni a los tratamientos psicosociales (Díaz, 1998). También se han evaluado programas de colaboración entre médicos del primer nivel y el personal de salud mental. Entre éstos se ha previsto el apoyo de especialistas en psiquiatría de enlace (Kathol y cols., 1994), de psiquiatras y psicólogos (Katon y cols., 1997, y la capacitación a médicos y enfermeras (Rost y cols., 2000). El tercer filtro, que tiene que ver con la disponibilidad de servicios de salud mental, pone de manifiesto que sólo cuando haya disponibilidad de éstos, podrá hacerse una referencia.

En cuanto al tratamiento, en la actualidad existe evidencia importante sobre la efectividad de una amplia gama de tratamientos, tanto médicos como psicológicos. Esta evidencia proviene principalmente de pacientes atendidos en servicios especializados de salud mental. Como se ha venido mencionando, en los servicios de medicina general, los pacientes con depresión no necesariamente comparten las mismas características que los de consulta especializada. Otras diferencias consisten en que estos últimos, por lo general, están más motivados para recibir tratamiento, difieren en su diagnóstico, son más jóvenes, no presentan comorbilidad médica y tienen una menor comorbilidad entre ansiedad y depresión. En el primer nivel de atención, los pacientes presentan comorbilidad médica, muestran una depresión menos severa pero mixta en cuanto a la presencia de ansiedad, son más resistentes a un diagnóstico mental y están menos motivados para recibir tratamiento (Ormel y Tiemens, 1997).

De los pocos estudios que evalúan la eficacia de los tratamientos en el primer nivel de atención de pacientes deprimidos, algunos se revisarán en la sección de prevención y tratamiento. Con base en los datos del curso de la depresión en pacientes en medicina general, Ormel y Tiemens (1997) sugieren tratamientos cortos, dentro de programas de largo plazo y tratamientos psicosociales con mantenimiento farmacológico. De acuerdo con los

⁹ Por ejemplo: The Defeat Depression Campaign en Inglaterra (Priest, 1994) y el Depression Awareness, Recognition, and Treatment, del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU (1993).

autores, que coinciden con Pérez-Stable y Miranda (1993), el reconocimiento temprano mejora los resultados por medio de otros mecanismos distintos a la psicoterapia y los fármacos. En este sentido, han encontrado que reconocer el malestar del paciente, reinterpretar las quejas somáticas dentro de un modelo de estrés y dar apoyo social tienen efectos terapéuticos.

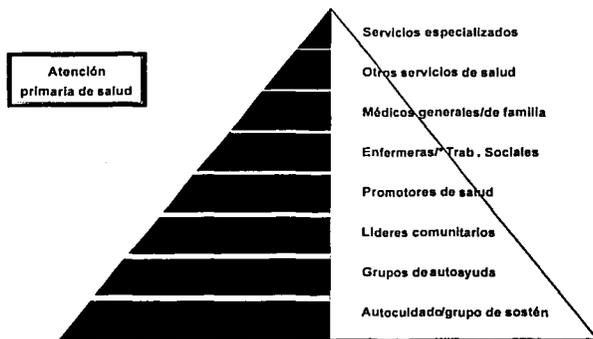
Diversos autores han mostrado preocupación por la calidad de la atención de la depresión en el primer nivel. Clarkin y colaboradores (1996) señalan que en EEUU la mitad de los pacientes deprimidos reciben atención en el ámbito médico. En este país, el sistema de "managed care" ha reducido la consulta de especialistas, ahora el problema es cómo transferir tratamientos eficaces, generalmente probados en pacientes psiquiátricos, al primer nivel de atención. También se ha cuestionado la preferencia en este nivel del uso de fármacos por sobre las terapias psicosociales. Como conclusión, Clarkin y colaboradores (1996) apoyan la observación de Sturn (1995) en cuanto a que el adecuado cuidado de la salud lleva a un aumento en el costo total pero se asocia con mejores resultados funcionales. Los autores sugieren que la buena atención de la depresión en el primer nivel requiere poner a prueba modelos innovadores de atención de la salud mental, que incluyan tratamientos psicosociales y equipos de médicos generales y profesionales de la salud mental, así como una visión multifactorial de la depresión. Además, se ha hecho hincapié en la necesidad de educación para los pacientes y un sistema de monitoreo sistemático del proceso y de los resultados (Simon, 1998). Para lograr una mejoría en los resultados de los tratamientos, se sugiere que los especialistas en salud mental funcionen como educadores, consultores y clínicos para los casos más severos (Schulberg y cols., 1998). Los autores señalan que la elección del tratamiento debería depender de la preferencia de los pacientes.

Finalmente, en medicina general, la mejor atención a la depresión tiene que ver no sólo con sistemas diagnósticos adecuados y con tratamientos empíricamente probados, sino con una decisión política en cuanto a cambios en la organización de los servicios y en las funciones del personal. Este cambio es complejo y tiene múltiples facetas (Ormel y Tiemens, 1997). Sin embargo, mejorar la capacidad diagnóstica sin que existan las habilidades y oportunidades de tratamiento, tampoco lleva a ningún lado.

La propuesta, motivo de este estudio, tiene como objetivo evaluar una intervención que pueda aplicarse en los servicios de primer nivel por enfermeras psiquiátricas, trabajadoras sociales y promotoras de salud, con la debida capacitación. Si bien su aplicación requiere de modificaciones en la organización de los servicios, la atención en primer nivel no podrá ser una realidad mientras no haya propuestas probadas y factibles. La que aquí se propone está acorde con el modelo piramidal que se presenta en la Figura 1, en donde se prevee que mayor carga de la atención recaiga sobre el personal intermedio, que estará ligado a una red articulada de servicios de salud mental, en la que los altamente especializados tengan funciones más específicas de supervisión, capacitación y atención a pacientes con trastornos más complejos (Levav y cols., 1993).

Figura 2

Esquema piramidal de distribución de funciones en programas de salud mental



Modificado de Marconi, J.,
En: Levav y cols. (1993) 976

* No en el original

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 Clasificación y epidemiología de la depresión

Como ya se ha mencionado, el objetivo de la intervención propuesta es reducir los síntomas de depresión en mujeres que los presenten. Inicialmente, la intervención se diseñó para mujeres sin un diagnóstico clínico de depresión; pero, como más adelante se verá, este objetivo fue modificado debido a los resultados del estudio de factibilidad, para también incluir a estos casos más severos. La razón por la que se eligió como conducta objetivo los síntomas de depresión y no la depresión mayor se explica en la sección sobre prevención y tratamiento. Aquí se revisan las diversas clasificaciones de la depresión y las diferencias entre una clasificación con base en la severidad de los síntomas y una con base en diagnósticos clínicos. También se presenta información sobre el curso de la depresión, los datos epidemiológicos y el costo derivado de este trastorno.

El término depresión se utiliza de diversas maneras, desde su uso cotidiano como sinónimo de frustración, tristeza, duelo y desengaño, hasta su clasificación más precisa como *trastorno afectivo*. Hay coincidencia al considerarla un estado psicológico desagradable que afecta a la mayoría de las personas en algún momento de su vida; puede ser transitoria o prolongarse más allá de meses o años; puede consistir en tristeza o infelicidad sin que afecte el funcionamiento cotidiano o manifestarse con numerosos síntomas físicos y psicológicos que interfieren con las actividades de la persona, o de plano incapacitarla para realizarlas. Debido a sus características y a la persistencia de signos y síntomas por un periodo determinado de tiempo, algunos autores la consideran una enfermedad o trastorno que debe distinguirse de los cambios en afecto de breve duración, que son consecuencia de las experiencias de vida (Judd, 1997).

Diversos criterios han sido utilizados en la evaluación y clasificación de la depresión. La clasificación de éste y otros trastornos mentales "ha enfrentado dificultades metodológicas importantes ya que existen pocos marcadores, o de dudosa especificidad, biológicos o tipológicos" (Piccinelli y Gomez Homen, 1997, p. 3). Aún más, "dada la naturaleza dimensional de una buena parte de la morbilidad psiquiátrica y la ausencia de puntos raros o interrupciones en la distribución de los síntomas, la definición de caso psiquiátrico es a menudo arbitraria" (Kendell, 1988, en: Piccinelli y Gomez Homen, 1997, p. 3). No obstante, en la actualidad existen dos sistemas de clasificación reconocidos internacionalmente, que,

si bien presentan limitaciones, han favorecido la investigación al reducir la heterogeneidad de las categorías diagnósticas. Éstas son la ICD, de la Organización Mundial de la Salud y el DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Tabla 2. Diagnósticos relacionados a la depresión reconocidos en DSM-IV

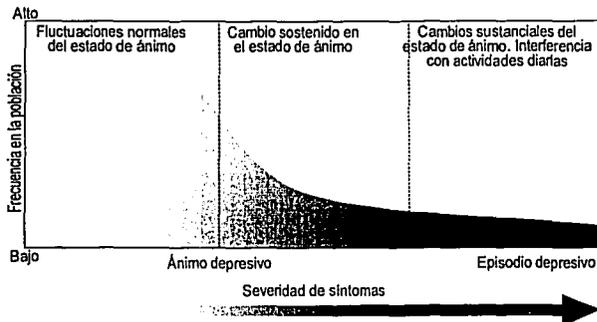
Trastornos del estado de ánimo
Trastorno depresivo mayor
Trastorno distímico
Trastorno depresivo no especificado
Trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II
Trastorno ciclotímico
Trastorno bipolar no especificado
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
Trastorno del estado de ánimo no especificado
Criterios propuestos para estudios posteriores
Trastorno depresivo menor
Trastorno depresivo breve recurrente
Trastornos en los que se presentan alteraciones del estado de ánimo de manera secundaria
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.
Trastorno esquizoafectivo
Trastorno de la personalidad por dependencia
Duelo no complicado
Como Anexo
Síndrome depresivo ansioso

En la cuarta edición del DSM la depresión es clasificada dentro de los *trastornos del estado de ánimo*. Para hacer este diagnóstico, la alteración del estado de ánimo debe ser primaria y central y no secundaria a ningún estado físico o psicológico.¹⁰ Con el fin de ejemplificar la complejidad del sistema de clasificación, en la Tabla 2 se presentan las categorías de los trastornos del estado de ánimo como problema primario y secundario, así como otros subtipos diagnósticos. Como puede observarse, dentro de los trastornos del

¹⁰ Aunque hay que notar que la depresión mayor también puede ser secundaria a un estado físico o psicológico.

estado de ánimo existe una distinción fundamental entre los bipolares y los no bipolares. En los segundos, la categoría de interés para este estudio es la depresión mayor. Resulta importante señalar que los subtipos no son mutuamente excluyentes y sus traslapes pueden tener implicaciones complejas en el curso de la recuperación y de las recaídas; además, hay personas que pueden presentar una depresión doble (llenar los criterios de dos categorías) o en un momento presentar un diagnóstico y, posteriormente, otro. Por ello, se ha cuestionado si la depresión es un fenómeno unitario y sus manifestaciones reflejan sólo diversos grados, o si el término engloba gran diversidad de trastornos en los que el ánimo deprimido es un elemento común. Para algunos especialistas a los diferentes trastornos depresivos corresponden diversos caminos y disparadores del ánimo depresivo, incluyendo fluctuaciones triviales del organismo, reacciones a estresores medioambientales específicos o a formas duraderas de respuesta a las situaciones de la vida (Muñoz y Ying, 1993; Snaith, 1995). Para otros, la depresión puede representarse mejor como un continuo y no como categorías discretas, ya que hay una relación directa entre el número de síntomas de depresión, la frecuencia y duración de los episodios depresivos y los indicadores de validez de la misma; además, el número de síntomas y una combinación en la frecuencia y los criterios de duración mejoran la validez de la clasificación de la enfermedad (Angst y Merikangas, 2001). En este mismo sentido, Bebbington (1996) sugiere que los síntomas de depresión están distribuidos en un continuo con poca evidencia de que existan puntos de corte válidos.

Figura 3: Continuo de síntomas de depresión en la población



Fuente: The World Health Report, 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la depresión mayor la definen por la presencia de uno o más episodios, en los que se presenta un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante un período de, por lo menos, dos semanas. La persona también debe experimentar, entre otros, cuatro síntomas de una lista que incluye, cambios en el apetito o peso; del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de culpa y dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, (ver Tabla 3). El episodio debe acompañarse de malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo. Con frecuencia va acompañado de quejas somáticas o alta irritabilidad (DSM-IV, p. 326).¹¹ Es importante mencionar que en contextos no occidentales, en población de bajo nivel socioeconómico, los trastornos afectivos son expresados en términos somáticos. En buena parte de esta cultura los síntomas psicológicos no se logran expresar, debido a miedo al estigma social de la locura, de manera que el malestar se expresa con dolores localizados en el cuerpo (Manson, 1995).

Tabla 3. Síntomas de la depresión mayor

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; pérdida o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o lentitud psicomotoras
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte.

Un diagnóstico también relevante para este estudio es el de distimia –su importancia se explica en el capítulo de metodología–, la cuál se define como la presencia de ánimo depresivo la mayor parte del día, la mayor parte de los días, así como la presencia de dos de

los siguientes síntomas: pérdida o exceso de apetito, insomnio o hypersomnia, baja de energía o fatiga, baja autoestima, concentración pobre o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza, por lo menos dos años (DSM-IV).

Como se mencionó, la clasificación categórica del DSM mejoró considerablemente la confiabilidad de los diagnósticos; sin embargo, permanecieron dudas respecto a la validez. En este sentido, Vaillant y Schnurr (1988) y Frances y colaboradores (1994) mencionan que el mayor obstáculo para la validez de los trastornos psiquiátricos es que éstos son dimensionales más que categóricos, dinámicos más que estáticos. Las categorías dicotómicas funcionan mejor en situaciones en las que hay límites precisos y todos los miembros de las categorías son homogéneos en sus aspectos definitorios. Por el contrario, en la mayoría de los trastornos mentales las fronteras se diluyen, lo que lleva a que al ser clasificado con un trastorno aumente la probabilidad de ser clasificado en otros. Por ejemplo, en la depresión y la ansiedad la presencia de una hace altamente probable la presencia de la otra, lo que es tratado como *comorbilidad* dentro del DSM. También en la depresión mayor hay una alta comorbilidad con las siguientes patologías: somatización, trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad y alcoholismo. Finalmente, enfatizan la gran heterogeneidad que puede observarse entre sus miembros.

Frecuentemente la depresión se mide -tanto en la clínica como en la investigación- por medio de escalas dimensionales. Éstas tienen la ventaja de poder ser aplicadas con pocos recursos a gran escala, ya que son medidas de autorreporte. La sintomatología depresiva clasificada como *severa*, tiene un significado clínico evidente: se asocia a sufrimiento, no necesariamente es transitoria, reduce el rendimiento de quien la padece y se asocia con un alto riesgo de violencia hacia los hijos (Muñoz y Ying, 1993). Por otra parte, se ha observado una alta correlación entre alta sintomatología depresiva y la depresión mayor aunque, según los datos de investigación, sólo la mitad de las personas con elevada sintomatología depresiva califica como depresión mayor; altos niveles de síntomas depresivos son necesarios pero no suficientes para disparar una depresión mayor (Muñoz y Ying, 1993, McGrath y cols., 1990). En investigación los resultados son muy diferentes si se

¹¹ Hay varias especificaciones que se hacen para el episodio depresivo más reciente: Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial o en remisión total. Si es: crónico, con síntomas melancólicos, catatónicos, atípicos o si dio inicio en el postparto.

usan medidas clínicas o escalas de autoreporte, lo que representa un problema de interpretación.

Frances y colaboradores (1994) al revisar las principales ventajas y desventajas de los sistemas de clasificación dimensionales, encontraron que éstos tienen muchas ventajas sobre los categóricos en tanto describen de manera más confiable y precisa variables distribuidas en un continuo, que funcionan mejor cuando hay que etiquetar casos limítrofes y que pueden ser manejados matemáticamente de manera más apropiada. Entre sus desventajas se encuentran su manejo más engorroso y que es difícil saber qué categorías son más útiles y accesibles de medir. Estas clasificaciones también pueden oscurecer cuáles pueden ser consideradas como categorías diferentes e independientes.

Curso de la depresión

Según el DSM-IV lo habitual es que un episodio depresivo no tratado dure seis meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. Entre 20 y 30% de los casos persisten algunos síntomas, pero resultan insuficientes para cumplir totalmente con los criterios de un episodio depresivo mayor, que se asocian con incapacidad o malestar. Esta *remisión parcial* parece ser predictora de un patrón parecido de episodios posteriores (p. 331).

En cuanto al curso de la depresión cuando se recibe tratamiento, Duggan (1997) resume los resultados de los estudios de la siguiente manera. 1) Aun con las estimaciones más generosas, puede esperarse que sólo dos tercios de las personas tratadas, ya sea con tratamientos psicológicos o farmacológicos, tengan una respuesta rápida al tratamiento; un 15% restante no se recuperará para nada del episodio y se volverá crónico. 2) Entre quienes responden exitosamente, por lo menos, una tercera parte volverá a recaer en la fase de remisión y después ya no se recuperará. 3) Entre los que se recuperan, es posible que el 75% presente un nuevo episodio, repitiéndose el ciclo. Más datos se presentan en la sección de prevención y tratamiento.

Epidemiología de la depresión

Prevalencias por sexo

Tanto el estado de ánimo deprimido, como la presencia de sintomatología depresiva y los trastornos clínicos —depresión mayor, depresión intermitente y breve recurrente y distimia-, han sido reportados más prevalentes en las mujeres (McGrath y cols., 1990; Piccinelli y Gomez Homen, 1997). La OMS informa de una prevalencia actual de episodios de depresión unipolar de 1.9% en los hombres y 3.2% en las mujeres (The World Health Report, 2001). Asimismo, Piccinelli y Gomez Homen (1997) revisaron ampliamente en la literatura internacional los trabajos más confiables sobre la prevalencia de la depresión mayor en diversos lapsos de tiempo. En la Tabla 4 se presentan algunos de sus datos, seleccionando -cuando ha sido posible- a los países geográficamente más cercanos. Como puede observarse, actualmente en EEUU las mujeres presentan una prevalencia que va de 2.9 a 5.9; mientras que en los varones es e 1.6 a 3.8. Estudios epidemiológicos realizados en México reportan datos similares, mismos que se presentan en la Tabla 5, y que consistentes con los datos internacionales muestran que la prevalencia de depresión en las mujeres es el doble con relación a los hombres. Los datos de Vega y cols. (1998) muestran prevalencias de por vida muy superiores para las personas americanas de origen mexicano en comparación con las que nacieron en México y viven en EEUU.

Por lo que se refiere a los síntomas de depresión, en la categoría de *severos*, se ha estimado que en la población general afecta entre 20 y 25% de las personas. En nuestro país se reportan 17% de mujeres en comparación con 8.5% de hombres (Medina Mora y cols., 1992). Como se verá más adelante, se ha estimado que las diferencias por género no son resultado de algún sesgo metodológico (Piccinelli y Gomez Homen, 1997, p. 3).

Diferencias en severidad y síntomas entre los géneros

La mayoría de los estudios sugieren que los síntomas de depresión son similares en mujeres y hombres. En cuanto a las diferencias encontradas en las manifestaciones clínicas de la depresión están: mayor aumento de apetito y de peso en las mujeres y menor pérdida de peso en los varones; también ellas experimentan más ansiedad, enojo expresado y síntomas somáticos; mientras que los hombres tienen menos accesos de llanto pero reducen su comunicación verbal (Piccinelli y Gomez Homen, 1997). Las mujeres con depresión muestran mayor insatisfacción con su imagen corporal que los varones con el

mismo diagnóstico -en el Inventario de Depresión de Beck- (Hartung y Widiger, 1998, p. 273). Los hombres reportan menos quejas y síntomas en listas de chequeo y en entrevistas (Angst y Dobler-Mikola, 1984 en Angst, 1997). Aunque muchos estudios no han encontrado mayor severidad en la depresión femenina, otros sí lo reportan, así como una asociación con mayor discapacidad.

Prevalencia por edad, nivel socioeconómico y otras variables demográficas.

Respecto a la edad en que se presenta por primera vez la depresión mayor, Piccinelli y Gomez Homen (1997) concluyen que, aunque se sabe que puede presentarse por primera vez en la infancia o adolescencia, se carece de datos precisos en tanto los estudios epidemiológicos generalmente se realizan en poblaciones de mayor edad. Sobre este aspecto, gran parte de la evidencia proviene de datos clínicos que presentan una información sesgada. En cuanto a si la prevalencia de la depresión ha aumentado y si se presenta cada vez a edades más tempranas, estos autores concluyen que, por la información disponible, todo parece indicar que así es. Bebbington (1996) llega a la misma conclusión: la población está más propensa a la depresión y ésta se presenta cada vez a edades más tempranas.

Al relacionar edad y género en la prevalencia de la depresión las cifras disponibles indican que la diferencia entre hombres y mujeres es mayor hasta los 55 años, después la diferencia entre los sexos disminuye debido al incremento en los varones y una disminución en las mujeres. En ellas se observa un incremento acelerado de la infancia a la edad adulta y una disminución cuando es mayor; mientras que en los hombres el incremento es más moderado y más bien se observa cierta estabilidad (Piccinelli y Gomez Homen, 1997).

En nuestro país, estudios transversales muestran mayor frecuencia de trastornos depresivos en el grupo de edad de entre 30 y 59 años (Berenzon, y cols., 1998). Respecto al estatus socioeconómico, la investigación ha reportado consistentemente una asociación entre pobreza, malestar psicológico y trastornos mentales. Berenzon y colaboradores reportan mayor prevalencia de depresión en el grupo de ingreso de uno a cuatro salarios mínimos en comparación con los de más de cuatro (Berenzon, y cols., 1998). También Caraveo informa de mayor prevalencia del trastorno en las personas con mayores

desventajas económicas y en quienes están separados, divorciados o viudos, así como que los grupos etarios más afectados empiezan a ser adultos jóvenes (Caraveo, 1997b, P. 4)

Costo de la depresión

La depresión tiene costos considerables que han sido estudiados de diversas maneras. Haddad (1994) los divide en individuales, familiares y sociales. Por su propia naturaleza, en el ámbito individual causa gran sufrimiento, produce síntomas somáticos, limita el funcionamiento social en áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales e interfiere con las actividades diarias; incrementa los accidentes y las conductas destructivas autoinfligidas —como los intentos de suicidio—, aumenta el uso problemático de alcohol y aumenta la mortalidad, sobre todo por el incremento en la frecuencia de suicidios. En la familia causa enorme tensión y estrés, más aún cuando ha habido un suicidio; como incapacita al individuo para trabajar provoca en la familia dificultades financieras. En el aspecto forense, se ha observado que el trastorno depresivo ha sido un elemento causal en algunos crímenes. Finalmente, cuando la madre la padece afecta a los hijos en tanto que en el largo plazo pueden presentar más dificultades en sus relaciones interpersonales, porque aumenta el riesgo de trastornos mentales como la depresión, la neurosis y el alcoholismo.

Los costos sociales tienen que considerar tanto el tratamiento como los directos e indirectos provocados por la pérdida de productividad. Gabbard (1998) menciona que un estudio del Instituto Tecnológico de Massachusetts había calculado, en 1990, los costos asociados con los principales trastornos afectivos en 43 billones de dólares. Información adicional relacionada con la fuente de estos costos es proporcionada por el mismo autor. Menciona que las personas con depresión mayor tienen más riesgo de discapacidad que las asintomáticas; enfrentan mayores gastos en salud por año; representan un gasto considerable en cualquier nivel de enfermedad crónica y la duración promedio de discapacidad y recaída es mayor que para el grupo médico de comparación.

Los costos de la depresión también se han evaluado en pérdida de años de vida saludable. Como se había mencionado en la sección anterior, en el ámbito mundial la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al *peso de enfermedad* (DALYs, por sus siglas en inglés) medido en años de vida saludable perdidos ajustados por discapacidad; es

responsable de uno de cada diez años perdidos de vida saludable (Murray y Lopez, 1996). En nuestro país, un cálculo similar sobre discapacidad y muerte prematura (AVIS) por trastornos depresivos mayores, refiere una tasa de 74.6 para los varones y 148.6 para las mujeres por cada 100,000 habitantes.¹² Como se muestra en la Figura 2, en las mujeres el trastorno es responsable de cerca del 30% de la discapacidad producida por desórdenes neuropsicológicos; mientras que entre los varones sólo representa el 12.6% (Desjarlais y cols., 1995). Este estudio de revisión muestra que en diversos países existe gran concordancia en los datos en diversas sociedades y contextos sociales. Para el año 2020 si continúan las tendencias de la transición epidemiológica y demográfica, el peso de la depresión se incrementará a 5.7% del total de peso de enfermedad, tomando el segundo lugar de las causas de DALYs perdidos (The World Health Report, 2001).

¹² Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Economía y Salud. Higioscopio 1994.

Berndt y colaboradores (2000) evalúan el costo de la depresión cuando se presenta antes de los 22 años respecto al capital humano perdido en términos de educación, al disminuir las posibilidades de elección ocupacional y de ingresos. Sus resultados muestran que cuando la depresión se presenta a edad temprana, se produce una gran pérdida de capital humano, particularmente en las mujeres. Los autores concluyen, por tanto, que la detección temprana y los tratamientos efectivos incrementan los beneficios económicos.

Finalmente, Simm y Katzelnick (1997) proponen que, aunque hay evidencia de que los pacientes con ansiedad y depresión aumentan los costos en el primer nivel de atención, se necesitan más estudios sobre el impacto de los tratamientos de la enfermedad en los costos de la utilización de servicios de salud.

Tabla 4. Prevalencia de depresión mayor en diversos estudios internacionales en población general

	n	Rangos de edad	Tasa (%)		Total
			Hombres	Mujeres	
Prevalencia actual Regier et al. (1993)* USA, 1980-83	18 571	18 o más	1.6	2.9	2.2
Blazer et al. (1994)* USA, 1990-92	8 098	15-54	3.8	5.9	4.9
Prevalencia un mes Bebbington et al. (1981) UK, n.r.	310	18-64	4.8 ^b	9.0 ^b	7.0 ^b
Lehinen et al. (1990) Finland, 1985-87	747	30-80	2.4 ^b	6.5 ^b	4.6 ^b
Prevalencia de 6 meses Canino et al. (1987) Puerto Rico, 1984	1 513	18-64	2.4	3.3	3.0
Elliott et al. (1985) USA, 1983	1 496	18-24	3.1**	8.0**	5.5**
Prevalencia de 12 meses Robins y Regier (1991) USA, 1980-83	18 571	18 o más	1.4	4.0	2.7
Kessler et al. (1994) USA, 1990-92	8 098	15-54	7.7	12.9	10.3
Prevalencia de por vida Canino et al. (1987) Puerto Rico, 1984	1 513	18-64	3.5	5.5	4.6
Kessler et al. (1994) USA, 1990-92	8 098	15-54	12.7	21.3	17.1

* Depresión mayor presente en la entrevista

^b Incluidos en ICD-8 categorías 296.2 (psicosis maniaco-depresiva, fase depresiva) y 300.4 (neurosis depresiva).

** Dato derivado de Weissman et al. (1988).

Fuente: Piccinelli, M., y Gomez Homen F. (1997)

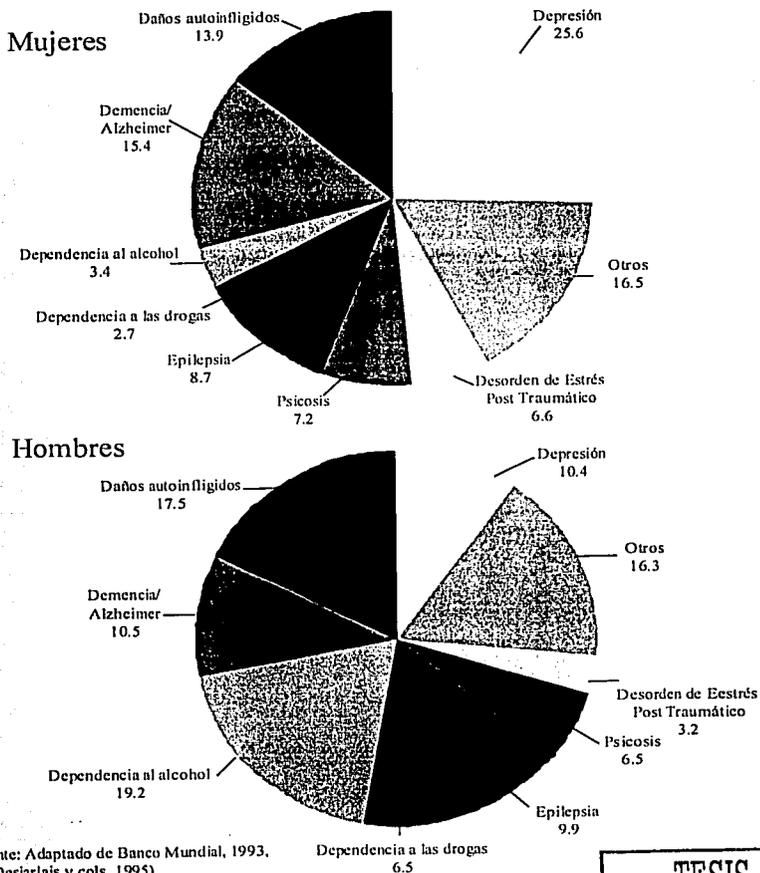
Tabla 5.
Prevalencia de depresión en diversos estudios mexicanos en población general

	n	Rangos de edad	Tasa (%)		Total
			Hombres	Mujeres	
Prevalencia de trastornos depresivos * Medina-Mora y Berenzon (1996)	1156	15 ó más	1.6	4.1	2.9
Prevalencia de Distimia Medina-Mora y Berenzon (1996)	1156	15 ó más	1.3	2.4	1.9
Prevalencia de trastornos depresivos severos Caraveo, y cols. (1996)	1984	18-64	2.2	3.9	3.0
Prevalencia de trastornos depresivos menores Caraveo, y cols. (1996)	1984	18-64	12.7	14.8	13.8
Prevalencia total durante la vida Caraveo y cols. (1999b)	1932	18-65	5.2	10.0	7.9
Prevalencia durante la vida, pero no actual Caraveo y cols. (1999b)	1932	18-65	3.9	8.0	6.2
Prevalencia actual Caraveo y cols. (1999b)	1932	18-65	2.8	5.8	4.5
Incidencia durante los últimos 12 meses Caraveo y cols. (1999b)	1932	18-65	0.9	1.6	1.3
Prevalencia durante la vida Vega y cols. (1998)					
Migrantes mexicanos en EEUU	1834	18-59	2.7	8.4	5.2
Mexicanos nacidos en EEUU	1178	18-59	12.1	17.5	9.1

* Trastornos depresivos según el DSM-III, excepto Distimia.

Figura 4: Problemas de salud mental en hombres y mujeres a nivel mundial

Porcentaje de años saludables de vida perdidos*



(Fuente: Adaptado de Banco Mundial, 1993, En: Desjarlais y cols. 1995)

* DALY por sus siglas en inglés: Disability Adjusted Life Years

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

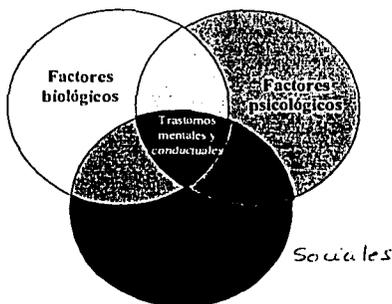
44-A

1.3 Factores etiológicos de la depresión. Diferencias por género

En este trabajo, revisar los factores etiológicos de la depresión y las diferencias por sexo tiene como finalidad justificar el diseño de una intervención específica para las mujeres, así como comprender el aspecto psicosocial de ésta. Como se verá -más allá del hecho importante de que sean las mujeres quienes más la padecen- en gran medida, este trastorno se relaciona con aspectos particulares de su condición social y de género.

Multicausalidad de la depresión

Figura 5: Interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de los trastornos mentales



Fuente: The World Health Report, 2001

Como la mayoría de los trastornos mentales, la depresión se debe a causas múltiples. En su aparición se entrelazan factores hereditarios, neuroquímicos, enfermedades psiquiátricas y físicas junto con condiciones de desarrollo en la infancia, circunstancias sociales, acontecimientos que cambian las condiciones de vida y situaciones presentes que rodean a la persona. Mientras que la influencia de estos acontecimientos y circunstancias es más o menos obvia, es difícil determinar la medida de su participación debido a la interacción existente. Para alguien vulnerable a un trastorno afectivo, cada problema puede

parecerle más serio y cada revés causarle mayor sufrimiento, que a quien no presenta dicha condición. Las pérdidas de amistades o relaciones afectivas y los cambios en circunstancias sociales sufridas en el transcurso de una depresión prolongada, pueden llevar a que causas y efectos se confundan (The Harvard Mental Health Letter, 1998). Por otra parte, metodológicamente resulta complejo determinar el papel que cada factor juega en el trastorno: como precipitante, de vulnerabilidad o mediador. Considerando la complejidad que involucra estudiar el papel de tales factores relacionados con la depresión, a continuación se presenta una revisión general de dichos estudios, bajo los rubros de factores biológicos, psicológicos y sociales (Figura 3).

Factores biológicos

Aunque en algunos trastornos mentales se han detectado anomalías a nivel neuronal, en la depresión, es posible que no haya anomalías anatómicas sino más bien, el riesgo de la enfermedad, se deba a variaciones en la forma de respuesta de los circuitos neuronales. Esto a su vez puede reflejarse en variaciones sutiles en la estructura, localización o expresión de los niveles de proteínas que son fundamentales en el funcionamiento normal (The World Health Report, 2001).

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 (5 hidroxitriptamina). Por ejemplo, hay evidencia de que en la depresión mayor el neurotransmisor 5-HT está disminuido y vuelve a la normalidad cuando hay recuperación. También se ha buscado probar la hipótesis de que en la depresión se altera la regulación del equilibrio colinérgico y adrenérgico caracterizado por un dominio colinérgico relativo. Como todos los sistemas de los neurotransmisores monoamínicos están relacionados y son sometidos con el paso del tiempo a una adaptación compensatoria de la alteración, las hipótesis aisladas a favor de uno u otro neurotransmisor se consideran en la actualidad demasiado simplistas. Por otro lado, existe, además, una interconexión entre los neurotransmisores y el sistema endócrino (Reus, 1989).

La mayor evidencia sobre la función de los neurotransmisores en las alteraciones del humor proviene de estudios sobre los efectos de los medicamentos antidepresivos, que han

proporcionado información sobre la sensibilidad y el número de receptores más que sobre la cantidad de neurotransmisores disponibles (Reus, 1989).

También se considera que la depresión está asociada con una alteración primaria en el control hipotálamohipofisiario (HPA) que se da como respuesta al estrés. Diferentes estresores activan respuestas selectivas al estrés en el cuerpo, de las cuales el sistema HPA es el que opera con más frecuencia y el que ha sido más investigado. La excesiva activación de éste se encuentra asociada con los estados depresivos. Hay consenso en cuanto a que en la depresión mayor, sobretodo la de tipo melancólico, está asociada con la liberación e hipersecreción de la hormona corticotrofina y con la posterior hiperfunción de la vía HPA (O'Keane, 2000).

Asimismo, los estudios de sueño presentan evidencia de correlatos neurofisiológicos en la depresión. Cuando es grave hay una disminución en la totalidad del sueño, disminución en la latencia del sueño MOR (movimientos oculares rápidos), aumento en la intensidad de los movimientos oculares rápidos y disminución del sueño delta (Reus, 1989). Las técnicas de imágenes cerebrales PET (tomografía de emisión de positrones) y SPEC (tomografía computarizada de emisión de fotones) han intentado localizar regiones específicas del cerebro relacionadas con síntomas específicos, pero los resultados no son aún concluyentes (The Harvard Mental Health Letter, 1998).

Los estudios genéticos de familias han mostrado que el riesgo de que un individuo sufra de depresión si tiene parientes en primer grado con este trastorno es mayor que el de la población en general. Los resultados sugieren en la enfermedad la presencia de factores de vulnerabilidad hereditarios en la depresión, aunque aún no se ha llegado a determinar los posibles marcadores genéticos (Souerly y cols., 1997). 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 (Jenaway y Paykel, 1997).

Factores psicológicos

Modelos de desarrollo y psicosociales

Se han formulado diversas teorías para explicar la depresión como resultado de relaciones familiares tempranas, circunstancias sociales y estrés. La relación con los padres o con quienes se hacen cargo de ellos, 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 (The World Health Report, 2001). Estudios recientes tratan de ligar la influencia de los factores biológicos (por ejemplo, la activación de los neurotransmisores en diferentes etapas del desarrollo) con factores psicosociales, a fin de detectar *periodos sensibles* en el desarrollo que generan vulnerabilidad hacia los trastornos emocionales (National Plan for Research on Children and Adolescent Mental Disorders, 1990).

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 desarrollan 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 (Becker y Schmaling, 1991).

En su estudio sobre mujeres pobres Brown (1979, citado por Becker y Schmaling, 1991) encontró que la pérdida de la madre antes de los 11 años predisponía a las mujeres a la depresión. En estudios posteriores sobre la influencia del cuidado parental en los infantes Brown y colaboradores (Harris, Brown y Bifulco, 1986) 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 (Harris y cols., 1986). También informan que la baja autoestima, el embarazo premarital y la separación marital pueden ser variables adicionales que intervienen entre el cuidado inadecuado en la infancia y la depresión

Papel del estrés

La relación entre el estrés -y conceptos similares, como presión, esfuerzo, tensión y conflicto- y la depresión tiene una larga historia. Numerosos estudios concluyen que el estrés de la vida (medido casi siempre como acontecimientos 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 (Monroe y Depue, 1991). 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 (Jenaway y Paykel, 1997). Probablemente el apoyo social es uno de los factores de protección más importantes contra la depresión ante las situaciones estresantes (Brown y Harris, 1986, citados por Becker y Schmaling, 1991).

El apoyo social, como ya se mencionaba, ha sido una variable estudiada en cuanto al estrés. La carencia de apoyo social produce ansiedad y depresión que, con el tiempo, llegan a tener un efecto negativo sobre la salud física y mental. No se ha logrado establecer si el apoyo social sólo tiene un efecto protector o si, ante las condiciones de estrés, tiene un efecto directo en la depresión. Por ejemplo, la teoría del apego ha estudiado el papel que juega contar con alguien en quien confiar como portador de apoyo social. En este sentido, la mayoría de los estudios ha encontrado que un solo confidente es suficiente para modular los efectos del estrés, lo que no resulta de un amplio espectro de contactos sociales (Cohen y Wills 1985, citado por Monroe y Depue, 1991).

Las estrategias que utilizan las personas para enfrentar las situaciones estresantes, también mediarán en la aparición de la depresión. En este sentido las estrategias de evitación en comparación con las de solución de problemas harán más vulnerable a la persona a la aparición de la depresión (The World Health Report, 2001).

Modelos del aprendizaje

Así como una gran parte del comportamiento es moldeado a través de la interacción de la persona con el medio ambiente, la depresión también ha sido estudiada bajo este paradigma. Las teorías del aprendizaje han evaluado varias hipótesis respecto a los

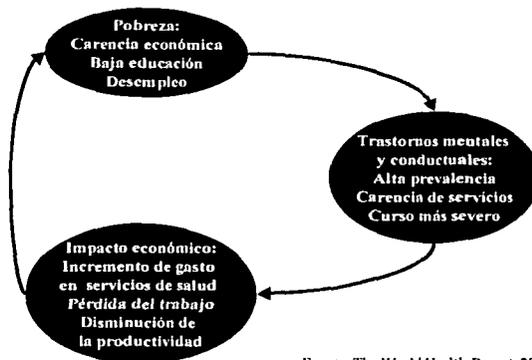
mecanismos relacionados con los síntomas de depresión. Así ésta se vería asociada a: a) la reducción en la magnitud de los reforzadores positivos, vía una baja en la autoestima, b) al desarrollo de *desamparo aprendido* por la exposición a situaciones cargadas de estrés que los individuos son incapaces de prevenir o alterar y c) a la presencia de estilos cognocitivos caracterizados por la interpretación negativa de las experiencias, la valoración negativa de sí mismo y pesimismo respecto al futuro (Reus, 1989).

Factores sociales

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. Los cambios tienen un efecto diferencial en relación al estatus socioeconómico, el sexo, la raza y la etnicidad.

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional como lo muestra la figura 4. Este modelo, propuesto por la OMS, destaca que aunque la definición de pobreza se refiere a la carencia de dinero o de posesiones materiales, en un sentido más amplio 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 (The World Health Report, 2001; Belle, 1982b; Brown y cols., 1975 citados por McGrath y cols., 1990). El informe de la OMS considera que hay dos mecanismos por los que se da esta mayor prevalencia: uno, debido a la mayor presencia de agentes causales y dos, a que las personas con trastornos mentales van cayendo a 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 (The World Health Report, 2001).

Figura 6: Círculo vicioso entre pobreza y trastornos mentales



Fuente: The World Health Report, 2001

Otros factores que explican esta relación son de manera destacada los limitados recursos y estrategias con que cuentan para enfrentar las dificultades (Ortega y Corzine, 1990), así como tener que depender de las instituciones sociales, lo que les impide ejercer un control directo sobre los medios para satisfacer sus propios deseos y necesidades (Fried, 1975).

Factores que pueden afectar la prevalencia por sexo de la depresión

Como se ha mencionado, un dato consistente en las encuestas en población general es la tasa más elevada en la prevalencia de depresión mayor en las mujeres que en los hombres. Persiste la duda sobre si esta diferencia es real o se debe a algún sesgo metodológico. En una revisión de la literatura, Piccinelli y Gomez Homen (1997) analizaron las investigaciones en cuanto a posibles sesgos. El primero tiene que ver con que la diferencia reportada pueda deberse a cómo se define "caso" y a los procedimientos de medición. Encontraron que, aunque las mujeres tienden a reportar más síntomas criterio asociados con la depresión en comparación con los hombres, esto no explica las diferencias entre unas y otros en depresión mayor. Respecto al posible efecto provocado por diferencias entre los sexos para recordar los episodios depresivos no encontraron que estuviera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

relacionado. Tampoco que la tasa más altas de mortalidad en hombres pudiera estar produciendo algún sesgo en las diferencias para la prevalencia de la depresión.

Por su parte, Bebbington (1996) al revisar la literatura concluye que en este padecimiento la diferencia por sexo es uno de los datos más sólidos de la epidemiología psiquiátrica y es independiente del lugar, método de evaluación y sistema diagnóstico; por el contrario, es notable la ausencia de explicaciones satisfactorias sobre las causas de esta diferencia.

Posibles factores que pueden explicar las diferencias por género en la depresión

En la tabla 6 se presenta un resumen tomado de Piccinelli y Wilkinson (2000) sobre los principales factores de riesgo explorados para explicar las diferencias entre los sexos en cuanto a depresión. A continuación se explican algunos de éstos con más detalle.

Modelos biológicos

Factores genéticos.

Aunque se cuenta con datos que indican como altamente probable que exista cierta influencia genética en la transmisión de la depresión, hay estudios que muestran que su etiología no puede ser explicada con una teoría genética simple sino que entran en operación complejas interacciones entre genes y ambiente. Por otra parte, poco se sabe de las diferencias por sexo en los modos de transmisión de desórdenes afectivos. Una posible explicación de las diferencias por sexo se ha buscado en la presencia de genes dominantes en el cromosoma X, pero no hay datos sólidos al respecto (Dennerstein y cols., 1993; Piccinelli y Gomez Homen, 1997). Con la información disponible, la posición más congruente mantiene que existe una diferencia por sexo en la herencia de ciertos rasgos que predisponen a la susceptibilidad y que, junto con los factores ambientales y la transmisión cultural a través de la identificación con el mismo sexo, modulan la manifestación del trastorno entre los dos sexos (Piccinelli y Gomez Homen, 1997).

Tabla 6: Factores de riesgo que explican las diferencias por género en depresión

Ambiente familiar y experiencias adversas en la infancia	Las mujeres tienen un mayor riesgo de abuso sexual y parece que son más sensibles a los efectos de las experiencias adversas en la niñez
Trastornos de depresión y ansiedad previos	Las mujeres tienen un mayor riesgo de trastornos de ansiedad y depresión a edades más tempranas
Papeles sociales y normas culturales	Limitaciones en su papel junto a limitaciones en sus elecciones, sobrecarga en sus roles y traslape de los mismos contribuyen al riesgo de trastornos depresivos
Eventos adversos de la vida	Las mujeres no experimentan más altas tasas de acontecimientos adversos de la vida pero pueden diferir en la calidad de la experiencia asociada con éstos, probablemente debido a sus diferentes circunstancias sociales
Vulnerabilidad y estilos de enfrentamiento	No se encuentran diferencias consistentes por género en atributos de la personalidad y estilos de enfrentamiento compatibles con una imagen depresiva
Apoyo social	No contribuye al mayor riesgo de depresión en las mujeres
Factores genéticos	No contribuyen directamente al mayor riesgo de depresión en las mujeres
Hormonas sexuales	Efecto parcial, aunque menor al de los factores ambientales
Eje adrenal y eje tiroideo	Resultados contradictorios sobre el eje adrenal. Papel limitado del eje tiroideo
Sistema de neurotransmisores	Efectos inciertos

Fuente: Piccinelli y Wilkinson (2000)

Hormonas reproductivas

Pubertad. Como el mayor riesgo de depresión en las mujeres se presenta al mismo tiempo que se inicia la pubertad se ha especulado si los cambios fisiológicos en este periodo pueden estar involucrados. Los datos son inconsistentes y se ha observado, además, que en las niñas los niveles hormonales no correlacionan con el estado de ánimo, ni el género aumenta el riesgo de depresión en adolescentes cuando se controlan las variables relativas a los acontecimientos psicosociales y de vida (Lewinson y cols., 1994 citados por Piccinelli y Gomez Homen, 1997). Sin embargo, no puede dudarse que la pubertad es una etapa de enorme significado social y emocional.

Ciclo menstrual. Debido a que la disforia se incrementa en la fase lutea tardía del ciclo menstrual se ha considerado que éste es un factor de vulnerabilidad en la depresión femenina. Aquí los datos también son inconsistentes y la investigación tiene que sortear problemas metodológicos importantes (Piccinelli y Gomez Homen, 1997; Dennerstein y cols., 1993, McGrath y cols., 1990). Piccinelli y Gomez Homen (1997) -con base en los datos de Keller y cols. (1992) y Kessler y cols. (1993)- informan que, una vez que se presenta el primer episodio de depresión, el riesgo de por vida es igual para hombres y mujeres, lo que sugiere que el ciclo menstrual no incrementa la vulnerabilidad de depresión en las mujeres.

Posparto. El nacimiento de un hijo produce cambios enormes -a veces devastadores- en la vida de las mujeres, por lo que no es clara la contribución de los aspectos psicosociales y de las hormonas en quienes presentan depresión posparto. Los resultados de los estudios no apoyan que sólo los cambios hormonales sean responsables de los cambios del humor que se presentan con frecuencia. Aunque la disforia puede deberse a la baja de estrógenos y progesterona, su suministro no mejora los síntomas (Kaplan y Sadock 1991 citados por Piccinelli and Gomez Homen, 1997; Dennerstein y cols. 1993). Por otro lado, otros estudios muestran que con la paternidad los síntomas de depresión también se dan en los varones (Piccinelli and Gomez Homen 1997).

Menopausia. Aunque los síntomas de disforia, los trastornos del sueño y las quejas somáticas aumentan en la perimenopausia, el inicio de la menopausia se asocia con una mejoría en los síntomas (Piccinelli y Gomez Homen, 1997; Dennerstein y cols., 1993; McGrath y cols., 1990). Pero, como mencionan los mismos autores, existe un dato adicional que muestra que este período del ciclo reproductivo no es responsable de la diferencia genérica en la depresión: la diferencia entre los sexos disminuye con la edad, debido a un leve incremento en los varones y a una reducción en las mujeres.

Estos estudios concluyen 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 un análisis que incluya, no sólo el aspecto biológico sino el psicológico y el social.

Otros factores biológicos

Otros posibles mecanismos estudiados para dar cuenta de las diferencias genéricas en la depresión son la función de los neurotransmisores: norepinefrina y serotonina, así como el funcionamiento del sistema hipotalamohipofisiario (HPA). Pero no se han encontrado pruebas concluyentes que expliquen las diferencias entre hombres y mujeres (Piccinelli y Gomez Homen; 1997).

Modelos psicosociales y de género

Los estudios sobre factores psicosociales y de género abarcan una amplia gama y han incluido diversas variables. A continuación se presentan los resultados de algunas de éstas:

Infancia y pubertad

Las diferencias en la socialización y las condiciones de vida de niños y niñas influyen diferencialmente en la resiliencia 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 (Aro, 1994; citado por Piccinelli y Gomez Homen, 1997). 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 (Piccinelli y Gomez Homen, 1997; McGrath y cols., 1990). 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 (Ruble y cols., 1993, citados por Bebbington, 1996).

Otros factores que en las mujeres incrementan el riesgo de depresión en etapas posteriores es la exposición a la violencia física o sexual, mucho más frecuente en niñas que en niños (McGrath y cols., 1990; Dennerstein y cols., 1993). Según Bebbington (1996), 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 (Allen y Tarnowsky, 1989, citados por Bebbington, 1996). También hay evidencia de que mayor porcentaje de mujeres con depresión ha experimentado abuso sexual en la infancia: 25% de las mujeres con depresión lo reporta en comparación con 6% de los controles (Vize y Cooper 1995, citados por Meagher y Murray, 1997).

La adversidad en la infancia referida como rechazo o falta de atención parental, violencia de un miembro del hogar y abuso serio por un perpetrador que vive dentro o fuera del hogar, casi duplica el riesgo de experimentar depresión clínica en cualquier momento durante la edad adulta (Bifulco y cols., 1994, 1998), así como la pérdida (por muerte o separación) de la madre antes de los 11 años (Brown y cols., 1986).

Edad adulta

La condición social de la mujer explica en gran medida las diferencias por sexo en el índice de depresión. 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 (Desjarlais y cols., 1995; Padgett, 1997). En nuestro país, se ha reportado mayor presencia de síntomas de depresión en las mujeres que adoptan el papel tradicional de sumisión, pasividad y dependencia, más frecuente en las mujeres pobres (Lara, 1991; Lara, 1993).

Las relaciones afectivas

En especial se ha estudiado en la mujer la condición de casada y se ha observado que mientras para los varones el matrimonio es un factor de protección, en las mujeres tiene un efecto negativo ya que presentan mayor frecuencia de depresión que los hombres con este estado civil (Wiessman y Klerkman, 1977, en Piccinelli y Gomez Homen, 1997). Las mujeres son también más vulnerables a las dificultades afectivas. La carencia de una relación de pareja de confianza y apoyo es factor de riesgo para la depresión femenina (Meagher y Murray, 1997). Por ejemplo, cuando termina el matrimonio se ha registrado más alta frecuencia de depresión en las mujeres que en los hombres; frecuencias más bajas en

mujeres solteras y divorciadas que en hombres en el mismo estatus, pero más altas en esposas que en esposos (Bebbington, 1996).

Trabajo extradoméstico

Las mujeres se emplean en trabajos caracterizados por salarios bajos, contrataciones temporales, pagos a destajo o por hora, lugares insalubres y sin prestaciones de ley ni seguridad social, todo lo cual impacta de manera negativa su salud física y mental (Lara 1998). Paradójicamente, al evaluar la información sobre los efectos de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado los estudios internacionales reportan mejor salud en cuanto a síntomas depresivos en empleadas que en amas de casa (Repetti y cols., 1989; Gore y Mangione, 1983; Trovato y Vos, 1992). Los resultados nacionales también muestran una mejor salud física y mental en mujeres trabajadoras (Uribe y cols., 1991; Lara y cols., 1993a). Algunas de las hipótesis propuestas para explicarlo sugieren que la participación en varios roles puede hacer que uno de ellos mitigue los efectos adversos de otros (Kandel y cols., 1985) y que la incorporación al trabajo aumenta el apoyo social (Repetti y cols., 1989), mientras que el trabajo de ama de casa propicia el aislamiento social y tiene características depresógenas (Gove y Geerken, 1977).

El costo del cuidado de otros

Las mujeres son quienes proveen cuidados y apoyo emocional más que los varones. Pero, aunque se sienten gratificadas por participar en las relaciones dentro del matrimonio, la maternidad, las amistades y la vida profesional, con frecuencia los conflictos, exigencias y obligaciones de dichos papeles pueden constituir un riesgo de depresión (McGrath y cols., 1990). La expectativa centrada sobre 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 misma, constituye una pesada carga que rebasa, con frecuencia, sus limitados recursos y se manifiesta en depresión (Burin y cols., 1990). Por poner un ejemplo, las esposas de alcohólicos muestran más síntomas de depresión (Natera, Casco, Herrejón y Mora, 1993).

Por otro lado, se ha estudiado la influencia de la paridad y la crianza de los hijos en mujeres de clase trabajadora, encontrándose que las mujeres con tres o más hijos menores

de 14 años tienen el riesgo más alto de depresión (Brown y cols., 1975, citados por McGrath y cols., 1990).

Violencia

Como ya se mencionó, en las mujeres la depresión se ha vinculado a la mayor frecuencia con que son víctimas de violencia durante su vida. Datos sobre la frecuencia de ésta muestran que alrededor de 53% de las mujeres reporta algún tipo de violencia; en más del 66% proviene del esposo (Ramírez y Uribe, 1993). Se ha estimado que una de cada cuatro mujeres tendrá un trato abusivo por parte de su pareja a lo largo de su vida (Padgett; 1997). 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 (Ramos y cols., 1994). Los síntomas no son temporales, sino permanecen, cuando la violencia se presenta en la infancia (McGrath y cols., 1990; Dennerstein y cols., 1993). Las víctimas de violencia doméstica comparten muchos síntomas con el diagnóstico primario de depresión: desesperanza, incapacidad, baja autoestima, restringido rango de afecto, altos niveles de autocrítica, dificultades en las relaciones íntimas; además de altas tasas de depresión (McGrath y cols., 1990; Dennerstein y cols., 1993).

Pobreza

Las mujeres también sufren de tensión crónica asociada con la pobreza, que recae mayoritariamente sobre ellas y son las que 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 (Desjarlais y cols., 1995; Belle, 1990; Jauregui, 1996). La pobreza, aislamiento en el hogar, falta de poder (resultado del niveles bajos de escolaridad, y dependencia económica, por ejemplo), y la opresión patriarcal, se asocian con prevalencias más altas de trastornos psiquiátricos en las mujeres (Desjarlais y cols., 1995). Un ejemplo en nuestro país es la asociación entre baja escolaridad y depresión en mujeres mayores de 35 años con menos de 9 años de escolaridad (Medina Mora y cols. 1985). Existen otros ejemplos de esta relación en la revisión llevada a cabo por Lara y Salgado (1994).

Pese a la situación real de mayor pobreza en las mujeres, al analizar el peso que ésta tiene para explicar las diferencias por género en estudios epidemiológicos Bebbington (1996)

encontró que los resultados de los marcadores macrosociales no son concluyentes ya que presentan inconsistencias. Piccinelli y Wilkinson (Tabla 6) tampoco la incluyen como uno de los factores importantes de riesgo.

Características psicológicas

Se ha buscado explicar la diferencia en depresión entre los sexos a partir de diferencias en características psicológicas como actitudes, temperamento, personalidad y estilos de enfrentamiento. Los estudios informan que las estrategias de enfrentamiento y los estilos atributivos no contribuyen al mayor riesgo de depresión en las mujeres, aunque se ha observado que éstas presentan mayor *neuroticismo*, usan menos estrategias de solución de problemas, muestran mayor expresión de las emociones y tienden más a "rumear" sus problemas y a percibir mayor fracaso en el control de los resultados (Bebbington, 1996). De acuerdo con el autor, para concluir que tales factores explican las diferencias por sexo en la depresión, tendría que demostrarse en estudios longitudinales que, además de dichas diferencias, los factores anteceden a la aparición de la depresión. Por otra parte, considera que hablar de algunos factores como el *neuroticismo*, es igual a decir que la persona está deprimida porque los síntomas depresivos son un continuo y la depresión se traslapa con los el neuroticismo.

En cuanto a la autoestima, Brown y colaboradores (1986) encontraron que la baja de ésta lleva a una propensión hacia la depresión, a la que se aúna la interacción de otras variables para incrementar el riesgo: pérdida de la madre antes de los 11 años, presencia de tres o más hijos menores de 14 años; no tener trabajo remunerado y sin una relación íntima y de confianza con la pareja.

1.4 Prevención y tratamiento de la depresión

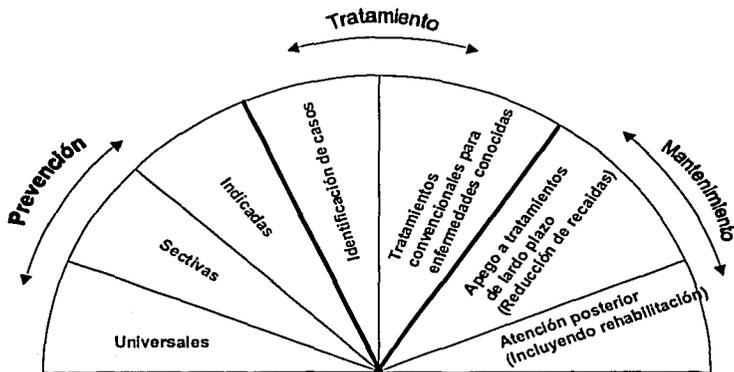
Como se ha mencionado reiteradamente, en el protocolo inicial se presentó una propuesta para evaluar una estrategia de prevención, de manera más concreta, de *prevención indicada* según el modelo de Gordon (1983). Sin embargo, debido a que en el estudio de factibilidad se observó que un elevado porcentaje de las mujeres que solicitaron ayuda ya presentaba síntomas suficientes para recibir un diagnóstico de depresión clínica, el proyecto se amplió para incluir a este grupo. De tal manera, los objetivos del proyecto fueron evaluar la intervención bajo dos condiciones: una, como *prevención indicada*, para las mujeres sin depresión clínica; y otra, como *intervención temprana*, para quienes ya presentan un diagnóstico clínico. Ambas buscan reducir los síntomas de depresión. Se prefiere nombrar a la segunda condición como *intervención temprana* pues, como se verá más adelante, no cumple completamente con los requisitos de los tratamientos. En esta sección se revisan los aspectos teóricos de la prevención y los estudios sobre la evaluación de ésta; también los principales tratamientos para la depresión, tanto en el contexto psiquiátrico como de atención en el primer nivel. Finalmente, se examinan algunas sugerencias para el tratamiento de las mujeres con este trastorno.

La prevención en salud es un proceso complejo de por sí debido a la conjunción e interacción de múltiples elementos de índole biológico, psicológico y social. En salud mental el proceso es todavía más complicado por la dificultad para explicar los beneficios que significa tomar medidas preventivas, por la mayor complejidad del proceso involucrado en la evolución de los trastornos mentales y porque resulta más complicado evaluar los resultados de los programas de intervención.

Por prevenir se entiende el conjunto de acciones encaminadas a *evitar* que algo suceda, en este caso, un trastorno mental. Tradicionalmente se han descrito tres tipos de prevención: la *prevención primaria*, que busca disminuir el número de nuevos casos de un trastorno o enfermedad en la población; la *secundaria*, cuyo objetivo es reducir la tasa de casos identificados y la *terciaria*, que pretende disminuir la cantidad de discapacidad asociada con un trastorno o enfermedad existente (Commission of Chronic Illness, 1957, en Mrazek y Haggerty, 1994).

Una clasificación alternativa propone tres categorías de intervención con base en los grupos poblacionales a los que va dirigida, éstas son: *universales, selectivas e indicadas* (Gordon, 1983). Dicha clasificación se basa en la relación de riesgo-beneficio, en la que el riesgo que un individuo tiene de padecer una enfermedad es sopesado en cuanto a costo, riesgo y molestia que involucra la intervención de prevención. Como se ha mencionado, la *intervención preventiva indicada* está dirigida a personas identificadas como de alto riesgo de sufrir trastorno mental en el futuro, ya que presentan síntomas, aunque sean mínimos, o algún indicador biológico, pero aún no cumplen con un diagnóstico clínico (Mrazek y Haggerty, 1994).¹³ Gordon (1983) hace hincapié en que los receptores de esta intervención no deben presentar una anomalía clínica demostrable.

Figura 7: El espectro de la intervención en salud mental para problemas mentales



Fuente: Mrazek y Haggerty (1994)

¹³ Las intervenciones *universales* van dirigida al total de la población y las *selectivas*, a un subgrupo de la población, que esté en riesgo arriba del promedio de algún problema.

En el marco de un continuo de intervenciones en salud mental Mrazek y Haggerty (1994) (Figura 3) ubican la *intervención preventiva indicada* como un paso antes de las intervenciones de tratamiento y que, de acuerdo con Gordon (1983), se utiliza con frecuencia en conexión con ésta. Sin embargo, este autor menciona que el objetivo del tratamiento es ser terapéutico en lo inmediato. Por su parte, Mrazek y Haggerty (1994) definen el tratamiento como terapias: psicoterapia, grupos de apoyo, medicamentos y hospitalización. Según estos autores el protocolo de tratamiento óptimo pretende reducir el tiempo de duración de un trastorno, detener su progreso hacia mayor severidad y evitar la recaída futura o prolongar el intervalo entre ocurrencias. En la clasificación original, esto es visto como *prevención secundaria*. Para otros autores la mayor diferencia entre prevención y tratamiento no se refiere a las características de la población, sino al momento en que se tiene acceso a ella (Tableman, Feis, Marciniak y Howard, 1985). Sin embargo, cabe señalar que en la práctica clínica los límites entre las estrategias de prevención y de tratamiento no son tan claros como en las clasificaciones teóricas; por otra parte, la mayoría de las estrategias de prevención se ha desarrollado con base en intervenciones de tratamiento probadas ampliamente.

En el momento en el que Mrazek y Haggerty, (1994) y Muñoz y Ying (1993) publicaron sus trabajos no había evidencia empírica que mostrara que el primer episodio de depresión mayor pudiera ser prevenido. Seligman (1999) publica uno de los primeros trabajos de prevención de la depresión en estudiantes universitarios. Sin embargo, en muchos de los programas de prevención el objetivo ha sido reducir la sintomatología depresiva (Muñoz y Ying, 1993) o el manejo de los factores de protección (Vega y cols., 1987; Vega y Murphy, 1990).

La sintomatología depresiva puede ser vista como un factor de riesgo ya que en muchos casos, aunque no en todos, representa un signo de vulnerabilidad de sufrir una depresión mayor. Hay que considerar que para disparar un trastorno depresivo son necesarios, aunque no suficientes, altos niveles de sintomatología depresiva (Muñoz y Ying, 1993, McGrath y cols., 1990). Como se señaló anteriormente, niveles medios y elevados de síntomas depresivos producen en sí mismos gran sufrimiento y reducen el rendimiento de la persona. Las investigaciones realizadas, entre las que destaca el trabajo ya citado de Muñoz y Ying (1993; Muñoz, 1993) han mostrado que el nivel de los síntomas de depresión

puede reducirse con estrategias de prevención en poblaciones clínicas y no clínicas, lo cual ha llevado a concluir que ésta debe ser una meta relevante para los programas de prevención. En consecuencia, el objetivo de nuestro trabajo se dirigió a la modificación de dichos síntomas.

Otros conceptos que ayudan a definir los objetivos del presente proyecto son el de *pre-intervención* de Howard (1993), referente al desarrollo y evaluación de diversas intervenciones y técnicas que llevarán a desarrollar, posteriormente, una estrategia de prevención, y el de *evaluación formativa* de Orford (1992), cuyo objetivo es obtener datos que permitan, a futuro, desarrollar un plan de prevención, más que ser en sí misma un programa de prevención. En términos de Mrazek y Haggerty (1994), nuestro proyecto puede definirse como la evaluación de un ensayo de intervención —el componente de investigación consiste en el diseño de un protocolo metodológico para analizar y validar el éxito de un programa de intervención— en contraposición con un programa de intervención, que tiene más que ver con la actividad o actividades que se llevan a cabo hacia una población objetivo.

Investigaciones sobre la prevención de la depresión

En nuestra revisión de la literatura encontramos pocas investigaciones sobre la prevención de los trastornos mentales y, en particular, la depresión. Ello puede deberse a las dificultades ya descritas respecto al desarrollo y evaluación de este tipo de programas. En cuanto a investigaciones provenientes de países menos desarrollados son, prácticamente, inexistentes.

La mayoría de las estrategias para prevenir la depresión se han desarrollado con base en intervenciones de tratamiento ampliamente probadas, por lo general, dirigidas a aspectos cognoscitivos, a acciones de enfrentamiento y apoyo social. Entre los trabajos más importantes está el de Muñoz y Ying (1993), llevado a cabo en California, en servicios públicos de salud de primer nivel, para grupos étnicos minoritarios. Su intervención, basada en técnicas cognitivo-conductuales aplicadas durante ocho sesiones grupales, mostró los cambios previstos en las conductas y cogniciones consideradas como factores de riesgo de la depresión. Estos cambios se refieren a menor pesimismo, mayor frecuencia de

pensamientos gratificantes y menos pensamientos punitivos, así como mayor participación en actividades placenteras.

Por otra parte, el trabajo de Vega y colaboradores (Vega y cols., 1987, 1990 y en prensa) estuvo dirigido a mujeres pobres, de origen mexicano en EEUU, que presentaban numerosos factores de riesgo de depresión. La intervención consistió en movilizar los factores protectores, tales como el apoyo social en su medio natural, así como diversas formas de apoyo material (transporte, bienes de consumo básico). Uno de los modelos evaluados investigó los efectos de una interacción una a una, por parte de una ayudadora natural que replicaba su estilo cultural (*Servidoras*); y otro, la intervención de la *Servidora* como facilitadora de un grupo (*Merienda educativa*). Los resultados en cuanto a la prevención de síntomas depresivos subsecuentes sólo se lograron en el grupo de *Merienda educativa* y en las mujeres que al inicio presentaban un nivel moderado de depresión.

En EEUU Seligman y colaboradores (1999) desarrollaron un proyecto de prevención de la depresión para estudiantes que ingresan a la enseñanza media superior, como parte de su orientación al inicio de sus cursos. La intervención se basó en técnicas cognitivo conductuales y tuvo como resultado la reducción tanto de los episodios depresivos como de los síntomas. Los efectos fueron mayores para quienes presentaron al principio los niveles más elevados de depresión. Un estudio más, en población estudiantil que presentaba riesgo de depresión en cuanto a *un estilo explicativo pesimista*, utilizó como variable dependiente la salud física. Los estudiantes que recibieron una intervención cognitivo conductual durante ocho semanas mostraron mejoría (Buchanan, Gardenswaetz, Seligman, 2000).

El Proyecto ODIN (Outcome of Depression International Network) incluye componentes de prevención y de tratamiento, llevado a cabo en cinco países de la Unión Europea (Dorwick y cols., 1998). Tiene como objetivo evaluar el impacto de dos estrategias, aplicadas en la comunidad, sobre la depresión, la utilización y costo de los servicios de salud, en zonas rurales y urbanas. A la vez, pretende que las personas amplíen su conciencia de sí mismas y las anima a solicitar ayuda en los primeros estadios del problema. Sus estrategias grupales de Solución de Problemas (seis sesiones) y de Enfrentamiento de la Depresión (ocho sesiones), mostraron resultados positivos a los seis

meses, mismos que no tuvieron relación ni con el diagnóstico ni con el tratamiento farmacológico (Dorwick y cols., 2000).

Investigaciones sobre tratamiento de la depresión

Las investigaciones sobre el tratamiento de depresión son importantes para diseñar, conducir y analizar intervenciones de prevención, ya que a menudo ambas se basan en modelos causales multifactoriales similares. Por lo tanto, si un modelo particular de tratamiento es efectivo para tratar un desorden mental, el mismo o uno similar puede funcionar para prevenir el trastorno en individuos con alto riesgo de padecerlo (Mrazek y Haggerty, 1994). Los tratamientos más utilizados para la depresión se dividen en psicológicos, farmacológicos y combinados.

Tratamientos psicológicos

Los numerosos tratamientos psicológicos de la depresión pueden agruparse en psicodinámicos, psicoanalíticos, conductuales, cognitivos, de apoyo, de pareja, feministas y grupales. Persons (1998) y Clarkin y cols. (1996) han realizado una amplia revisión de las investigaciones sobre tratamientos, en la que sólo han incluido estudios aleatorios controlados. Entre sus conclusiones se encuentran las siguientes:

Los tipos de psicoterapia sobre los que encuentra sólida evidencia empírica son las terapias cognitivo conductuales y la terapia interpersonal. Ambas han mostrado ser superiores en comparación con no recibir tratamiento y muestran resultados similares a las terapias farmacológicas. Lo mismo puede decirse de la psicodinámica breve, aunque la evidencia sobre ésta es más débil. Las terapias de pareja en el tratamiento de pacientes casados deprimidos, han mostrado que tienen mejores resultados al compararse con los que no reciben tratamiento, ya que se ha visto que con frecuencia los problemas de pareja son disparadores de la depresión. Los autores informan que muchas personas prefieren las terapias psicodinámicas, aunque sobre ellas hay menos evidencia empírica.

Persons (1998) y Clarkin y colaboradores (1996) también concluyen que existe suficiente evidencia para afirmar que la psicoterapia es recomendable para los pacientes con depresión, a excepción de quienes presentan rasgos psicóticos y que requieren

hospitalización. Concluyen que la psicoterapia tiene un papel importante en el tratamiento de la depresión ya que puede ser un factor mediador o moderador de las variables psicológicas de ésta, como son los pensamientos depresógenos, las habilidades sociales inadecuadas y el apoyo social.

Muñoz y Ying (1993) consideran que hay que ver con cierta cautela este optimismo respecto a la eficacia de la psicoterapias ya que puede haber una sobreestimación de los resultados en tanto que en las investigaciones, los terapeutas son bien seleccionados y capacitados, hay alta motivación en el equipo de trabajo y los pacientes están bien seleccionados y motivados y cuentan con recursos económicos suficientes para asistir a tratamiento.

Algunos autores consideran que el que no se haya podido encontrar evidencia respecto a la superioridad de alguna de las psicoterapias evaluadas, puede deberse a los factores que tienen en común, más que a las diferencias. Estos factores *no específicos* tienen que ver con el apoyo social y emocional y con la relación terapéutica que todas las terapias comparten. Quienes mantienen este punto de vista sugieren que tales factores *no específicos* contribuyen más que los específicos en cada una de las psicoterapias (Arkowitz, 1992).

Tratamiento farmacológico

Los tratamientos antidepresivos farmacológicos se basan en el uso de un medicamento o en la combinación de varios. Entre los más utilizados se encuentran los tricíclicos, los inhibidores de la monoamino oxidasa y los inhibidores de la reabsorción de serotonina. Todos han mostrado una efectividad similar según evaluaciones controladas: entre 65% y 85% de los pacientes mejoran en comparación con 25% y 40% que utilizan placebo (The Harvard Mental Health Letter, 1998, II). Clarkin y cols. (1996) afirman que los psicofármacos han mostrado igual eficacia que la psicoterapia. Sin embargo, los efectos colaterales representan un problema de estos medicamentos, y, aunque la nueva generación de antidepresivos tiene menos efectos secundarios que las precedentes, no están libres de éstos. Al respecto, Zajecka (2000) señala que los efectos comunes como insomnio, somnolencia, aumento de peso y disfunción sexual deben de ser tratados, pues interfieren con el apego terapéutico.

Tratamientos combinados

En cuanto a los efectos de los tratamientos combinados: psicofármacos y psicoterapia, Persons (1998) y Clarkin y colaboradores (1996) no encuentran suficiente evidencia que apoye la superioridad de éstos a cada uno por separado.¹⁴ Una cuestión que sí apoyan los datos es que utilizar la terapia cognitivo conductual junto con medicamentos, reduce más las recaídas que cuando sólo se recibe este último. Se han encontrado resultados similares con la terapia interpersonal de alta calidad (Spanier, 1996). Ésta también mejora el apego terapéutico a los medicamentos (McGrath y cols., 1990). Los autores comentan que la preferencia que algunos profesionales muestran por los psicofármacos se debe a que muchas guías de tratamiento han sido elaboradas para los médicos que trabajan en el primer nivel de atención, quienes pueden medicar con mayor facilidad que dar psicoterapia.

Es importante subrayar que tanto los psicofármacos como la psicoterapia han mostrado eficacia similar, pues muchos pacientes no desean recibir medicamentos o pueden no tolerarlos, o no poder tomarlos por embarazo, edad avanzada, o comorbilidad médica. Algunos, además de medicamentos, requieren psicoterapia y viceversa. La combinación es más efectiva cuando se da en un marco de colaboración en el que un equipo de profesionales responde con una aproximación integral de tratamiento, que no es frecuente encontrar (Clarkin y cols., 1996). Por último, aunque no para dictar el tratamiento, la preferencia de los pacientes debe ser seriamente considerada debido a su efecto en la adherencia terapéutica.

Tratamiento en el primer nivel de atención.

Como ya se mencionó, la mayoría de los ensayos de tratamiento de la depresión ha sido llevada a cabo en áreas psiquiátricas más que de atención primaria, lo que ha hecho notar que en cada área los pacientes pueden no ser similares; por ejemplo, si la depresión de los pacientes de primer nivel está relacionada con su problema físico, presentarán más remisiones espontáneas y mayor comorbilidad con desórdenes somáticos (Ormel y Tiemens, 1997). En una revisión de 200 estudios aleatorios controlados, Shulemberg y colaboradores

¹⁴ Otros autores sólo han encontrado diferencias mínimas (McGrath y cols., 1990).

(1998) sólo encontraron siete estudios llevados a cabo en el primer nivel de atención. Entre los principales resultados de esta revisión informan que: a) los medicamentos antidepresivos prescritos en la fase aguda -y subsecuente- de tratamiento en servicios de primer nivel se asocian con mejoría del 50 al 60%, semejante a la reportada en pacientes psiquiátricos; b) la eficacia de los tratamientos psicosociales puede transferirse al medio de la práctica médica general; y c) los pacientes con depresión severa en consulta externa obtienen mejores resultados con medicamentos (imipramina), mientras quienes muestran menor severidad se benefician de un amplia gama de psicoterapias, incluyendo placebos y manejo de apoyo. Un ejemplo de las intervenciones revisadas por Shulenburg y colaboradores es el estudio de Kanton y cols. (1996) quienes reportan resultados positivos en la reducción de síntomas, adherencia terapéutica y satisfacción con el tratamiento, por medio de un programa estructurado de terapia conductual que incrementa el uso de estrategias de enfrentamiento y orientación (counseling), con duración de cuatro a seis sesiones.

En un estudio realizado en Chile con población femenina asistente a consulta médica general, se encontró tanto una relación estadísticamente significativa entre la atención psicológica y la adherencia a tratamiento farmacológico, como la remisión de síntomas, lo que reafirma la importancia del enfoque psicossocial en el tratamiento de estos cuadros (Escobar y cols., 2000). Los mismos autores informan que las pacientes atribuyen su mejoría a factores ajenos al tratamiento farmacológico brindado y lo atribuyen, más bien, a problemáticas vitales, esto refuerza la relevancia del apoyo psicoterapéutico.

Ya se ha hecho hincapié en que tanto los tratamientos con fármacos como los psicosociales tienen resultados similares y como no existen pruebas precisas, clínicas, biológicas o de laboratorio para diagnosticar la depresión, los pacientes deben recibir información sobre las diversas opciones de tratamiento, ventajas y efectos colaterales, para que puedan elegir el mejor (Shulenburg y cols., 1998; Voelker, 2001).

Brugha (1995) cuestiona si los tratamientos funcionan tan bien en el mundo real como en los ensayos clínicos. En su análisis señala que, pese a la eficacia demostrada por los tratamientos para la depresión, existen pocos estudios que la acrediten en la práctica médica y psiquiátrica. Según los datos con que se cuenta en EEUU y en GB, un número importante de pacientes no se recupera en las primeras semanas, ni recibe tratamiento alternativo,

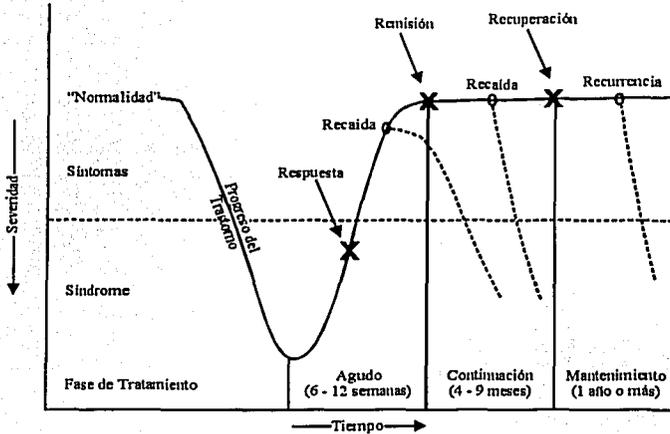
cambio de tratamiento o referencia a otro especialista, para mejorar su condición. El autor reporta que hay pocos estudios sobre las dificultades que llevan al subtratamiento de la depresión, entre otras: las que se enfrentan para iniciar un tratamiento, las estrategias limitadas para el mantenimiento de la recuperación y la escasa prevención de las recaídas. Concluye que estas cuestiones deben investigarse con diseños de investigación creativos, que compensen las dificultades de realizar diseños aleatorios.

Recaídas

Esta amplia revisión deja claro que la mayoría de los pacientes deprimidos puede ser tratada con éxito; sin embargo, en un número importante el trastorno evoluciona y se vuelve crónico. Varios autores coinciden en que incluso un 21% de pacientes no se recupera en un periodo de dos años (Gabbard, 1998). La figura 4 muestra la curva de tratamiento de la depresión diseñada por Kupfer (citado en Kathol, 1994)

Las recaídas se pueden deber a una combinación de factores: respuesta inadecuada durante la fase aguda del tratamiento, tratamiento inadecuado, comorbilidad médica o psiquiátrica; factores psicosociales y bajo apego terapéutico (Zajecka, 2000). Mayor severidad de los síntomas cuando inicia el tratamiento se ha reportado relacionada con mayor severidad de los síntomas al concluir éste (Tedlow y cols., 1998); la lenta remisión de los síntomas se ha visto relacionada con mayor severidad de la enfermedad y los síntomas residuales se reporta que predicen recaídas subsecuentes (Pykel, 1998). El factor género también ha sido asociado con las recaídas, pues son las mujeres las que presentan mayor número de recaídas (Kuehner, 1999); sin embargo, otros hallazgos no apoyan el dato (Zlotnick y cols., 1996). También se ha encontrado que el riesgo de depresión aumenta con cada episodio, después de uno o dos episodios previos el peligro de recaer aumenta de entre 50% y 90% (Zajeck, 2000).

Figura 8: Curso de los síntomas de depresión en pacientes en tratamiento



Fuente: Kupfer, 1991. En: Kathol, 1994.

Género y tratamiento de la depresión

En la revisión llevada a cabo también puede apreciarse que la depresión no sólo es más frecuente en las mujeres, sino que está asociada con diferentes síntomas y severidad del padecimiento, así como con factores de riesgo distintos. Por tanto, los tratamientos, tanto psicológicos como farmacológicos, deben considerar estas diferencias de género. En las mujeres la depresión se encuentra relacionada a lo largo de sus vidas con eventos estresantes derivados del ciclo reproductivo, sus papeles de género y la mayor exposición a la violencia y a la pobreza. Esto exige que las evaluaciones documenten detalladamente tales aspectos y las psicoterapias vayan dirigidas a ellos. Entre otros, trabajos como el de McGrath y colaboradores (1990), presentan indicaciones específicas para el tratamiento de las mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, se ha documentado que, con mayor frecuencia, mujeres con el mismo diagnóstico que los hombres son tratadas con medicamentos (McGrath y cols., 1990; Lara y cols., 1996c), lo que vuelve apremiante revisar la evidencia existente sobre los efectos de los psicofármacos en esta población. Asimismo, en una amplia revisión sobre el tema McGrath y colaboradores (1990) concluyeron que no hay suficiente investigación para responder a la pregunta de si los medicamentos actúan de manera diferencial en mujeres y hombres. Como resultado de una "task force" reportan que las mujeres no son incluidas de manera representativa en las diferentes fases de desarrollo de los medicamentos, otros estudios han mostrado que éstos tienen un efecto más negativo en las mujeres porque ellas tienen más lento el metabolismo y un tiempo mayor de eliminación. Por otra parte, la edad, el peso, corporal y su composición (diferencias en tejido adiposo), aspectos reproductivos así como consumo de otros fármacos (anticonceptivos, medicamentos para adelgazar), pueden afectar de manera diferencial a las mujeres que a los hombres.

Como resumen, se presenta una tabla elaborada por Pajer (1995) sobre los puntos a considerar en la evaluación y tratamiento de las mujeres con depresión (tabla 7). En la intervención psicoeducativa que nos proponemos a evaluar en este proyecto se incluyen la mayoría de los puntos sugeridos en la evaluación de las mujeres con depresión, así como algunos de los elementos de los tratamientos psicológicos, como se verá más adelante.

Tabla 7. Sugerencias para la evaluación y tratamiento de las mujeres con depresión

Evaluación de las mujeres con depresión

1. Evaluar estilo de personalidad
Identificar fortalezas, incluyendo estilo de enfrentamiento
2. Evaluar calidad de sus relaciones
Personas significativas,
Hijos
Sistema de apoyo
3. Documentar historia médica
Incluyendo ginecoblétrica
4. Historia de medicamentos
Incluyendo automedicados, anticonceptivos orales, de remplazo hormonal
5. Preguntar por traumas
Verbal, físico, sexual

Estrategias de tratamiento para mujeres con depresión

1. Tratamientos psicológicos
Intervenciones individuales o grupales
Terapias de solución de problemas
Evitar trabajo individual en el que se "rumeen" problemas
Involucrar a persona significativa
Trabajar habilidades del papel de madre
Atender cualquier trauma del pasado, pero evitando mantener el papel de víctima
2. Tratamientos farmacológicos
Permanecer alerta de posibles efectos colaterales elevados
Ajustar las dosis en el período premenstrual, si fuere necesario
Cambiar la dosis de anticonceptivos si interfiere con medicamentos psiquiátricos concomitantes
Tomar en consideración el embarazo y el posparto
Tratar la depresión y las condiciones de comorbilidad

Fuente: Pajer (1995)

1.5 Modelo conceptual

La revisión de la literatura presentada en las dos secciones anteriores sientan las bases de la intervención que se propone. Ésta es de carácter psicoeducativa e incluye tres componentes, como puede observarse en la Figura 1: el educativo, el psicológico cognitivo conductual y la intervención en sí: grupal e individual mínima. Estos componentes llevarán, a través de cambios cognitivos, conductuales y emocionales a la reducción de síntomas de depresión. La intervención tiene como centro el material educativo en *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión* (Lara y cols, 1996) y la manera de conducirla se estandarizó por medio de un manual para la conducción de la misma, del cual se presenta un ejemplo en el apéndice 5.¹⁵

El **componente educativo** lo constituye la información contenida en dicho material, ilustrado a manera de los cómics, que proporciona los elementos para comprender el problema de la depresión en cuanto a tres aspectos: las características de la ésta, sus causas y la manera de enfrentarla. Contempla un modelo multicausal de la depresión para el cual se tomaron en cuenta muy diversos autores. Dichos factores son los biológicos (Freighner y Boyer, 1991), experiencias de la infancia (Bowly, 1980; Brown y Harris, 1979; Rutter, 1972; (Mitchell, 1975), acontecimientos de la vida (Crevantes y Castro, 1986; Holmes y Rahe, 1985), factores de género (Burin y cols., 1990; Lagarde, 1990; Lara y Salgado, 1994; Lara y cols, 1993a; McGrath y cols, 1990) y factores sociales (Fried, 1975; Ortega y Corzine, 1990). En cuanto a la manera de enfrentar la depresión, proporciona sugerencias de autoayuda, las cuales tienen que ver con el componente psicológico (Pennebaker y cols., 1993; Lepore, 1997; Bradshaw,) y cognitivo conductual. Juniper, 1977; Muñoz y cols., s/f; Muñoz y Ying, 1994).

El objetivo de este componente es crear las condiciones para la apropiación de conocimientos teóricos y prácticos que se pretende lleven a las participantes a la reflexión de su condición personal, social y de género y a la comprensión de la depresión, de manera que influya favorablemente en sus actitudes, formas de actuar y síntomas de depresión. Se pretende crear las condiciones para:

¹⁵ Una versión corregida de dicha Guía fue posteriormente publicada (Lara, Acevedo y Luna, 2001).

- ◆ Propiciar una experiencia de aprendizaje compartida y no sólo de transmisión de conocimientos.
- ◆ Promover un análisis crítico y una conciencia social y de género
- ◆ Mejorar las habilidades de comunicación.
- ◆ Facilitar la participación ordenada de las participantes.
- ◆ Centrar la discusión alrededor de la temática de interés.
- ◆ Motivar la puesta en práctica de las actividades sugeridas en el material educativo, para ser realizadas fuera del grupo.

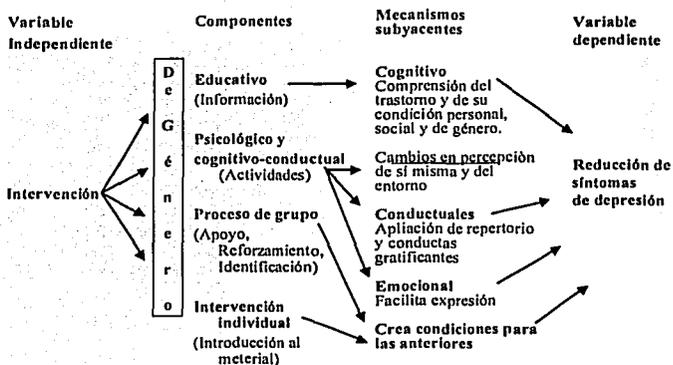
El componente **psicológico y cognitivo conductual** incluye algunas técnicas psicológicas utilizadas en la psicoterapia y otras derivadas de la terapia cognitivo conductual. La intervención no es una psicoterapia, sino un trabajo psicoeducativo que lleva, entre otros aspectos, a la reducción de los síntomas mediante la aplicación de las técnicas. 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 de mujeres.

Las técnicas cognitivo conductuales tienen como finalidad modificar la visión negativa que las personas deprimidas tienen de sí mismas, de su ambiente y del futuro. Así por ejemplo, algunos ejercicios del capítulo seis del material educativo -¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión- van dirigidos a una reestructuración cognoscitiva, (es decir, modificar lo que la persona piensa, siente y cree sobre sí misma y su entorno). El ejercicio 2, cuya actividad se orienta hacia una revalorización de la persona, y el 5 que busca modificar la percepción del ambiente. El ejercicio 1 tiene como finalidad llevar a la persona a reconocer sus problemas y a evaluar sus posibilidades de solución. Algunos aspectos del ejercicio 6 del mismo capítulo, (como hacer ejercicio, caminar, visitar a personas agradables, buscar un confidente) van encaminados a ampliar el repertorio conductual con actividades agradables que modifiquen el estado de ánimo.

Otra actividad que forma parte del componente psicológico es la escritura. Se invita a la persona a que escriba sobre diferentes aspectos de su vida con el fin de facilitar, tanto la expresión emocional de sentimientos reprimidos y de afrontamiento de experiencias traumáticas, como el análisis (racional) y la reflexión. Ejemplos de esta técnica son: los ejercicios de reflexión de cada capítulo, y el ejercicio 4 del capítulo 6 (dar salida a la tristeza,

miedo y enojo). A las mujeres que les resulta difícil escribir se les sugiere que compartan sus problemas con amigas o familiares a quienes les tengan confianza. El hecho de participar en el grupo les da la experiencia de hablar de sus problemas y darse cuenta de que en realidad no son las únicas que los padecen.

Figura 8. Modelo Conceptual



En cuanto al **componente de grupo**, la aplicación de la intervención se desarrolla con base en un programa de actividades específico en el que tres aspectos son esenciales para facilitar el proceso de cambio: la aplicación del programa presentado en el manual para la facilitadora, la actitud de la facilitadora ante las participantes y la atmósfera creada en el grupo. Dado que la intervención no es una terapia de grupo, no se basa en el análisis y manejo del proceso del grupo.

En cuanto a la aplicación del programa, se hace énfasis en que éste se siga conforme a las indicaciones del manual, que son muy precisas. Estas indicaciones tienen como

objetivo ir creando un ambiente en el que las participantes se sientan libres y en confianza para expresar sus sentimientos y dificultades y que se creen las condiciones para el desarrollo de los componentes anteriores. Las características de las facilitadoras para crear estas condiciones son la honestidad, una actitud positiva hacia las participantes y la empatía.

Para la creación de un clima de confianza se hacen sugerencias como las siguientes:

- ◆ Animar a las participantes a hablar de sus experiencias, sentimientos, miedos o angustias con preguntas abiertas, explicándoles que todos los sentimientos son válidos, aunque pueda costar trabajo expresarlos.
- ◆ Mostrarles un "optimismo realista". Por ejemplo mencionar que "otras mujeres han logrado cambiar y se han beneficiado de muchas maneras, por lo que ellas también podrán beneficiarse del taller".
- ◆ Reforzarles los pequeños cambios.
- ◆ Darles apoyo cuando se requiera.
- ◆ Evitar corregirlas, no forzar cambios y respetar el proceso de cada una.
- ◆ Evitar hacer juicios y que las participantes los hagan.
- ◆ Promover el respeto a las ideas de todas las participantes.
- ◆ No propiciar la competencia y evitar los antagonismos.

El componente de **intervención individual mínima**, descansa totalmente en el material educativo como estrategia para el cambio. El material contiene los elementos educativos y psicológicos cognitivo conductuales, que en esta intervención no serán mediados por un grupo, sino por una orientadora. Ella explicará el objetivo y el contenido del material y motivará a la participante a usarlo. Dado que el material se entrega inmediatamente después de la evaluación de pre-intervención, la entrevistadora está sensible a las necesidades de la participante y podrá explicarle de qué manera el material educativo le ayudará a resolver los mismos. Muchos de los aspectos de la intervención grupal en cuanto a respeto, creación de un clima de confianza, interés por la participante y empatía, también se aplican en esta modalidad.

Hay un componente más que atraviesa todos los anteriores que es el **componente de género**. Con este componente se pretende destacar el papel del género femenino, es decir, el análisis de las diferencias construidas socialmente, de lo que significa ser hombre y ser mujer, y que se expresan a lo largo de la vida en nuestras múltiples relaciones (laborales, familiares, de pareja, etcétera) entre hombres y mujeres, reflejadas muchas veces en actitudes de discriminación y de subordinación. Estas actitudes por su naturaleza, afectan negativamente la salud mental de las mujeres y, en concreto, llevan a la depresión.

El objetivo es promover la reflexión que permita reconstruir la identidad de género entre las participantes, de tal manera que incida positivamente en su salud mental. Este componente se incorporan actividades encaminadas a:

- ◆ Reflexionar de manera crítica sobre la condición de la mujer en la sociedad: las expectativas y papeles en los ámbitos familiar, laboral, personal y social.
- ◆ Reflexionar sobre el malestar emocional de las mujeres derivado de la condición de género.
- ◆ Proponer una distribución más equitativa de las tareas del hogar.
- ◆ Analizar ciertas creencias básicas que norman su comportamiento sobre lo que es ser mujer, sobre el amor y el sufrimiento.
- ◆ Motivar que las mujeres se den tiempos y espacios para ellas mismas.
- ◆ Promover una actitud de cooperación entre las mujeres. Tratando de eliminar la rivalidad frecuente entre ellas.

El estudio no pretende analizar la contribución de cada uno de estos componentes y subcomponentes. Este análisis podrá ser motivo de una investigación posterior.

2. Metodología

En este capítulo se presenta, en primera instancia, un resumen de la propuesta inicial presentada al comité académico, así como los resultados del estudio de factibilidad y las modificaciones a la propuesta que surgieron de dicho estudio. En segundo lugar se presenta la propuesta final que fue evaluada. Además de estas dos fases hubo otras que se destacan en la Tabla 7.

Tabla 7: Fases del estudio

1. Contacto con las instituciones de salud.
2. Diseño del manual preliminar para la conducción de la intervención.
3. Diseño y selección de los instrumentos de medición.
4. Capacitación de ayudantes de investigación en la aplicación de los instrumentos de medición.
5. Estudio de factibilidad.
6. Análisis de resultados y modificaciones al proyecto inicial.
7. Trabajo de campo.
8. Análisis de los resultados.

2.1 Estudio de factibilidad

Propuesta inicial

La pregunta inicial se planteó como la posibilidad de diseñar una estrategia preventiva de la depresión, que fuera factible de ponerse en práctica -por eficaz, sencilla y económica- en los servicios de medicina general de primer nivel, para reducir los factores de riesgo de la depresión en mujeres que acuden a estos servicios. Entonces, el objetivo fue desarrollar y evaluar una estrategia de prevención, de carácter psicoeducativa conducida en grupos, dirigida a mujeres en riesgo de depresión, a fin de reducir los síntomas de este trastorno, desarrollar conductas de autoayuda, fomentar la solicitud temprana de ayuda especializada y proporcionar conocimientos sobre este problema. Se buscó comparar cuatro niveles de la intervención: ninguna (control), breve (una sesión), media (cuatro sesiones) y prolongada (ocho sesiones); es decir, un diseño comparativo con grupo control y evaluaciones pre, pos tratamiento (15 días) y seguimiento (seis meses).

Las hipótesis generales planteaban que la intervención reduciría la sintomatología depresiva, incrementaría los conocimientos sobre la depresión, las conductas de autoayuda y la búsqueda de ayuda especializada cuando fuera necesario. Según la definición de las intervenciones preventivas, uno de los principales criterios para elegir a las participantes fue que presentaran síntomas moderados o severos de depresión pero no que reunieran los criterios para diagnosticarles depresión mayor.

Estudio de factibilidad

Con esta propuesta se realizó el estudio de factibilidad a fin de: (a) evaluar la puesta en marcha de la intervención en el contexto de los servicios de salud, desde la promoción hasta el seguimiento; (b) observar el comportamiento de los instrumentos de medición en cuanto a su aplicación y su sensibilidad para medir las respuestas que se estaban buscando y (c) afinar el procedimiento de reclutamiento de las participantes y de conducción de la intervención.

El estudio de factibilidad incluyó tres ensayos que llevaron a la modificación de varios aspectos del proyecto.¹⁶ Aquí sólo se mencionan los aspectos generales de su aplicación y las modificaciones a que dieron lugar.

Primer ensayo. El objetivo fue evaluar la intervención breve, para lo cual se conformó la muestra con el procedimiento, utilizado en estos estudios, de contactar a las participantes en salas de espera (Muñoz y Ying, 1993). Se llevó cabo en dos clínicas del IMSS de medicina familiar y en un hospital de ginecobstetricia de Asistencia Privada, en donde se tenía contacto con algún miembro del personal dispuesto a colaborar con la investigación. En total se entrevistaron 36 mujeres, la mayoría manifestó interés por asistir a la sesión de grupo y en la evaluación realizada mostró síntomas de depresión importantes (25% síntomas severos), además de factores de riesgo; no obstante, sólo tres asistieron a la sesión. Con esta experiencia se vio que el procedimiento para contactar a las pacientes era poco efectivo, ya que al no buscar ellas la atención, no estaban motivadas para recibirla. Por otro lado, las salas de espera no permitían realizar las entrevistas en las condiciones requeridas (ie privacidad) y las instituciones no estaban en condición de proporcionar un espacio más adecuado; además hacer oficial el estudio habría requerido prolongados

¹⁶ Los resultados fueron publicados en Lara y cols. (1999) que se presenta en el Apéndice 1

trámites burocráticos, así que se optó por buscar otras Instituciones y un procedimiento alternativo de reclutamiento.

Segundo ensayo. El objetivo fue evaluar una intervención media, de 4 sesiones. Se realizó en una Institución de Asistencia Privada dedicada a la atención de mujeres y familia. Aquí, el personal de trabajo social y psicología de la institución promovió la participación en la comunidad y en la propia institución, por medio de folletos que informaban sobre los síntomas de depresión e invitaban a participar en un grupo de ayuda (cuatro sesiones) (Ver Apéndice 2). De 20 participantes al inicio, 18 asistieron a la sesión y fueron evaluadas posteriormente; de éstas, 14 continuaron con el seguimiento a los seis meses, algunas entrevistadas en su domicilio. En la evaluación pre-intervención el 80% de las participantes clasificó con síntomas severos de depresión. Al final, entre los principales resultados se observó una disminución en dichos síntomas. Respecto a los conocimientos sobre la misma, no se modificaron. Las actividades de autoayuda fueron utilizadas por la mayoría y, pese a la sugerencia hecha a varias de ellas, sólo una buscó ayuda especializada posterior. La mayoría consideró que la intervención tuvo gran influencia sobre la solución de sus problemas, y que los aspectos más útiles fueron: *haber tenido la oportunidad de escuchar los problemas de las demás, poder escribir lo que sienten y viven, recordar cosas de su niñez, los ejercicios que se sugieren para poder reflexionar y cambiar y las sugerencias de la facilitadora*. En la evaluación a seis meses se registró la aparición de nuevos eventos estresantes en cinco casos (cambio, despido o nuevo ingreso al trabajo, problemas de salud de una hija, ruptura amorosa, entre otras), no obstante, los cambios en los síntomas de depresión se mantuvieron. Sin embargo, debido a cambios administrativos en el centro, no pudo continuarse con el estudio.

Tercer ensayo. Con el objetivo de evaluar la intervención breve, se llevó a cabo en un Centro Comunitario de Salud Mental de la Secretaría de Salud. Nuevamente, trabajadoras sociales y enfermeras psiquiátricas ayudaron al reclutamiento de las participantes. Treinta personas fueron evaluadas antes de la intervención. Todas asistieron a la sesión y diecinueve acudieron a la evaluación pos-tratamiento. La evaluación de seguimiento a los seis meses no se realizó porque la información era suficiente para rediseñar la intervención definitiva y también debido a limitaciones de recursos y de tiempo. Otra vez, la evaluación inicial había mostrado alta prevalencia de síntomas severos de

depresión: 77%. Los resultados fueron de disminución de los síntomas, la puesta en práctica las actividades de autoayuda y una influencia positiva de la intervención, aunque menores a las del ensayo anterior. Entre las cuestiones de mayor importancia consideraron: *poder darse cuenta que otras personas tienen problemas, las reflexiones del grupo, haber tenido la oportunidad de escuchar los problemas de las demás; recibir apoyo y aprender y tratar de salir de la depresión*. Es importante señalar que ninguna solicitó ayuda especializada posterior.

Modificaciones al proyecto

Con base en los resultados del estudio piloto y las sugerencias del comité tutorial se propusieron las siguientes modificaciones.

1) Al objetivo.

Debido a que la mayoría de las mujeres que solicitaron participar en la intervención presentaban síntomas severos de depresión –lo que sugiere (aunque no se evaluó) posible depresión mayor en un número elevado de estos casos- se decidió modificar el objetivo para incluir a este grupo. Se consideró que evaluar la intervención en este grupo clínico permitiría al futuro mayor aplicabilidad de ésta en los servicios de salud. A la luz de estos datos, parece evidente que las mujeres con sólo cierto malestar emocional no acuden a un tratamiento preventivo. Se propuso, entonces, evaluar una *intervención preventiva* para las mujeres con síntomas de depresión sin diagnóstico clínico y una *intervención temprana* para mujeres con un diagnóstico de depresión. Se prefirió el término de *intervención temprana* en lugar de tratamiento, pues, como se mencionó en la sección anterior, define mejor el tipo de intervención propuesta.

2) Con respecto a las variables dependientes y las hipótesis

Inicialmente se planteó la hipótesis de que la intervención mejoraría los conocimientos sobre la depresión. Los resultados del estudio mostraron que las participantes no modifican sus conocimientos "teóricos" sobre la depresión, de ahí que se decidió omitir tal variable. Parece que las participantes modificaron sus síntomas y comportamiento sin que mediaran cambios en sus conocimientos sobre la depresión.

3) *Diseño*

a) **Número de condiciones.** Al inicio se planteó un estudio comparativo con tres niveles de intervención, breve, media y prolongada, cada una en una institución diferente. Pero como se incluyó ahora una condición adicional –sin diagnóstico y con diagnóstico- y como con base en esta experiencia no se sabía con qué dificultades se enfrentarían en las nuevas instituciones donde se planeaba hacer el estudio, el diseño se simplificó lo más posible. De hecho, como se verá en el siguiente capítulo, en uno de los centros se reclutó un porcentaje mayor de la muestra, debido a facilidades intrínsecas del mismo. Entonces, se propuso comparar sólo un nivel de intervención, de seis sesiones, en el entendido de que la intervención de cuatro sesiones mostró resultados positivos, aunque permanecieron elevados: síntomas de depresión y una intervención comparativa que se explica más adelante.

b) **Evaluaciones.** Se propuso mantener la evaluación pos-tratamiento a los quince días en la intervención de grupo, y a los 30 en la individual para dar tiempo a la lectura y práctica de las sugerencias, además de reducir el tiempo del seguimiento de seis a cuatro meses para ambas intervenciones. Pese a que por lo general se considera que entre más prolongado es el seguimiento, mayor resulta el poder para detectar la eficacia del programa, también se incrementa la oportunidad de que factores no controlados influyan sobre los resultados. Se pensó que esta medida reduciría la influencia de nuevos acontecimientos negativos frecuentes en esta población, como se pudo constatar. Por otra parte, se buscó disminuir la pérdida de participantes ya que muchas no regresaron a la evaluación y hubo que entrevistarlas en sus casas. Debido a las dificultades para seguir a los sujetos de investigación en algunos estudios se les remunera económicamente por asistir a dichas evaluaciones (Muñoz y Ying, 1993). Cabe aclarar que el presente trabajo no contó con presupuesto para ello y se pensó que estos pagos pueden distorsionar las respuestas..

c) **Grupo control.** Como se sabe, en este grupo no se recibe tratamiento o se trata de un tratamiento no específico para controlar el paso del tiempo; es decir, las remisiones espontáneas. Con base en estos elementos se decidió no conducir un grupo control, sino un grupo comparativo que recibiera una intervención mínima: 1) Un problema ético, ya que las participantes -como se vio en los ensayos 2 y 3- presentaron altos niveles de síntomas de depresión. 2) Todas las participantes serían atraídas por medio de una estrategia similar

consistente en ofrecerles atención promoviéndola en la comunidad y en los centros de salud. Este ofrecimiento generaba expectativas de recibir algún tipo de ayuda. 3) La alternativa de mantenerlas en lista de espera y evaluarlas posteriormente, se pensó que también tendría un impacto negativo en tanto se les estaba ofreciendo algún tipo de atención que después se demoraba o podrían buscarla por su cuenta. 4) Se observó que la evaluación pre-tratamiento sensibilizaba a las participantes con su problemática e incrementaba la expectativa de que serían ayudadas.

d) Muestra.

En la propuesta inicial se había sugerido una muestra de 160 participantes (40 por condición). Con los cambios en el diseño la muestra quedó en 80 para la intervención grupal y 40 para la mínima. Esto significaba reclutar, en primera instancia, por lo menos el doble pues, como se observó, no todas concluyen con la intervención, ya que este tipo de estudios reporta una alta pérdida de sujetos. Respecto a lo adecuado del tamaño de la muestra, se sabe que en grupos homogéneos no es necesario que ésta sea muy grande (Mrazek y Haggerty, 1994).

4) *Instrumento de medición.*

Se realizaron ajustes a todo el instrumento de medición y se eliminaron algunas secciones que no proporcionaban información relevante. La versión revisada incluyó la evaluación de depresión mayor según los criterios del DSM-III, por medio de la entrevista clínica SCID -que se describe más adelante-, para lo cual las entrevistadoras recibieron el entrenamiento requerido. Con este instrumento, también se propuso evaluar distimia, episodios depresivos previos, psicosis, organicidad y trastorno bipolar.

2.2. Propuesta definitiva

Objetivo

Como ya se ha mencionado, el objetivo de la investigación fue evaluar una intervención breve para mujeres en riesgo de depresión, que fuera sencilla de repetir y de menor costo que un tratamiento convencional¹⁷; es decir que además de mostrar eficacia

¹⁷ Aunque no se llevó a cabo en estudio sobre los costos de los tratamientos convencionales, ya sea farmacológicos o psicológicos, se sabe que tanto los medicamentos como la psicoterapia son costosos. Además de que se requiere de profesionales con mayor grado de preparación que quien podría impartir esta intervención con supervisión de especialistas.

fuera eficiente, para poder aplicarla en el primer nivel de atención. Las conductas objetivo fueron reducción de síntomas de depresión, utilización de conductas de autoayuda y solicitud de ayuda especializada de ser necesario. Por otra parte, se propuso que las participantes la evaluaran en términos de satisfacción con la misma y detectar los elementos más útiles. La intervención se evaluó en dos grupos: con y sin diagnóstico de depresión mayor y en dos condiciones: grupal (IG) e individual mínima (IIM).

Hipótesis

Se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo: La intervención reduciría los síntomas de depresión, llevaría a la utilización de conductas de autoayuda (que facilitaría reducir los síntomas) e incidiría en la utilización de ayuda especializada posterior en caso de necesidad, tanto en la IG como en la IIM. Los resultados en la IIM serían inferiores en cuanto a la reducción de síntomas y la utilización de conductas de autoayuda, pero se esperaría mayor solicitud de ayuda especializada posterior debido a que esta era una intervención menos intensa. También se esperaría mayor influencia según la evaluación subjetiva de las participantes. Se dejó como exploratorio el efecto entre los grupos con y sin diagnóstico, aunque la hipótesis fue que podría ser benéfico para ambas en las variables estudiadas.

Diseño

Así pues, el estudio fue comparativo entre una intervención grupal y una individual mínima, con dos condiciones: una de prevención para participantes sin diagnóstico de depresión y otra de intervención temprana para sujetos con diagnóstico de depresión; con mediciones pre, pos (a los 15 días en la IG y al mes en la IIM) y seguimiento a los cuatro meses.

En la literatura sobre prevención y tratamiento se hace hincapié en que los diseños más adecuados para la evaluación de ensayos de intervención son los aleatorios controlados; es decir, que los sujetos de la población son seleccionados al azar y también al azar son asignados a los diversos grupos de tratamiento (Muñoz y Ying, 1993; Mrazek y Haggerty, 1994). El primer paso tiene que ver con la validez externa; el segundo, con la validez interna.

En cuanto a la selección de la muestra, idealmente, todas las mujeres con síntomas de depresión que acuden a los servicios de salud involucrados o que pertenecen a la comunidad aledaña, deberían tener la misma probabilidad de resultar seleccionadas a fin de garantizar el principio de aleatoriedad. Pero, ante la imposibilidad, en términos de recursos económicos, humanos y de tiempo, de realizar un estudio preliminar para delimitar a esta población, se optó por el procedimiento descrito: hacer una amplia difusión en cada centro de salud y en la zona aledaña. Puede decirse que, con este procedimiento, las participantes se seleccionaron a sí mismas y de ahí fueron aceptadas o rechazadas. El procedimiento mostró algunas ventajas prácticas, como reclutar al número requerido de sujetos en un tiempo razonable. Asimismo, aseguró que las asistentes estuvieran motivadas, esto garantizaba el término de la investigación.

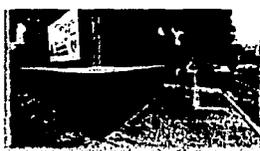
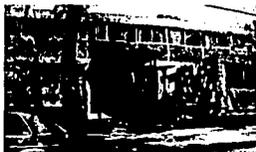
En cuanto a la validez interna, por lo general, se considera que se obtiene al asignar, de manera aleatoria, los sujetos a los grupos de forma tal que se elimine cualquier sesgo de adjudicación entre los grupos. En el presente trabajo se presentaron varios problemas para realizarla: (a) No se contó con espacio suficiente ni con el número de participantes necesarias en cada promoción comunitaria para poder conducir dos intervenciones a la vez, de manera que simultáneamente se asignaran al azar a una y a otra. (b) Era previsible que las participantes se comunicaran entre sí y que las asignadas a la intervención mínima sintieran que les había tocado una de menor calidad y reaccionaran de manera no previsible; negativa, probablemente. Por ello, la propuesta fue llevar a cabo una intervención diferente en cada institución. En este caso, cada condición se impartió en una institución diferente y todas las mujeres que solicitaron ayuda y cumplieron con los criterios de inclusión fueron aceptadas. Para controlar los efectos derivados de la falta de asignación al azar se llevaron a cabo comparaciones entre los grupos en las principales variables medidas en la entrevista inicial.

Por otro lado, fue imposible que las evaluaciones pos-tratamiento y seguimiento se realizaran a ciegas en cuanto a la condición asignada a las pacientes ya que las preguntas de la evaluación de la intervención, hacían referencia a una u otra. Las limitaciones metodológicas de este diseño se discuten en la sección pertinente.

Escenarios

La investigación se llevó a cabo en tres Centros Comunitarios de Salud Mental y un Centro de Salud de la SSA.¹⁸

Centros de Salud



Sujetos

Como ya se mencionó, se planeó contar con una muestra de 80 sujetos en la condición grupal y 40 en la de intervención mínima.

Los **criterios globales de elegibilidad** de la muestra fueron los siguientes.

- Edad entre 20 y 45 años
- Escolaridad mínima para leer el material educativo (primaria completa, o menor, si reportaba saber leer).
- Reportar sintomatología depresiva moderada o severa (CES-D).

Los **criterios de exclusión** fueron los siguientes.

- Presentar un diagnóstico de daño orgánico, psicosis o trastorno bipolar (SCID).

¹⁸ Centros Comunitarios de Salud Mental Iztapalapa, Cuauhtémoc y Zacatenco y Centro de Salud José Castro Villagrana, en Talpan.

- b) Estar bajo algún otro tratamiento psicológico o farmacológico en el momento del estudio (preguntas sobre estos aspectos).
- c) Enfermedad terminal (pregunta sobre este aspecto).
- d) Adicción a sustancias (con base en información de la entrevistada: ¿Cree usted que bebe en forma excesiva?, ¿Consume algún tipo de droga ilícita? ¿Alguna persona le ha sugerido que busque tratamiento por su consumo de alcohol o de drogas?).
- e) Ideación suicida (Con base en las preguntas: En los últimos seis meses ¿Ha estado a punto de quitarse la vida? o ¿Ha intentado quitarse la vida?)
- f) Mostrar evidencia de incapacidad severa debida a su estado de depresión (¿En el último mes ha tenido que dejar de trabajar, asistir a la escuela o ha dejado de hacer sus actividades diarias a causa de los síntomas que le acabo de mencionar (en el CES-D)? y por medio de la observación de la entrevistadora.
- g) Estar embarazada.

Para definir los criterios de elegibilidad se tomó en cuenta, que el material educativo está dirigido a mujeres de ese rango de edad –que además es quién presentan una prevalencia mayor de depresión-, y que supieran leer, ya que de esa manera todas estarían en las mismas condiciones para utilizar el material educativo. En cuanto a los criterios de exclusión, no se aceptaron mujeres con otros diagnósticos como consumo de sustancias y psicosis, entre otros, ya que se considera que la intervención no responde a las necesidades de esta población; estar en tratamiento para la depresión, padecer enfermedad terminal o estar embarazada se consideró que podrían actuar como variables confusoras, y finalmente, la ideación, el intento de suicidio y la incapacidad severa por depresión se consideraron como condiciones más graves que requieran otro tipo de tratamiento.

Procedimiento

Reclutamiento

Así como en el estudio de factibilidad, enfermeras psiquiátricas y trabajadoras sociales llevaron a cabo una promoción comunitaria a fin de a las participantes, tanto en la comunidad como entre las pacientes de los servicios. Al personal se le dio una plática sobre los objetivos de la investigación y las características de la intervención; se les proporcionó el perfil de las mujeres que podían ser candidatas, se les obsequió el material educativo ¿Es

difficil ser mujer? Una guía sobre depresión, (Lara y cols., 1996b) y se les proveyó de folletos y carteles. A las mujeres de la IG se les invitó a participar en un grupo mientras que a las de la IIM se les invitó a una entrevista individual. El amplio conocimiento sobre la comunidad con que cuenta el personal señalado fue elemento importante para captar a la muestra.

Curso de sensibilización al personal de los centros de salud



Apoyo del personal de enfermería y trabajo social

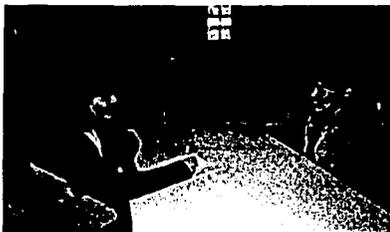


A las interesadas se les citó para la evaluación pre-tratamiento. Tanto ésta como las posteriores fueron llevadas a cabo por psicólogas adscritas al proyecto (graduadas, pasantes y de servicio social). Las participantes firmaron una carta de consentimiento informado, la cual se presentó por escrito y se leyó.¹⁹ La evaluación pre-tratamiento incluyó preguntas relacionadas con los criterios de elegibilidad. Si se detectaba que la entrevistada no cumplía con ellos, la entrevista se suspendía explicando las razones por las que se consideraba que la intervención no era el tratamiento adecuado para su problema; además se le obsequiaba el material educativo *¿Es difícil ...?* y se le refería nuevamente con el personal de la institución para que la canalizara al servicio adecuado. A quienes cumplían con los requisitos, se les proporcionaban las fechas de las sesiones de grupo (IG) o se procedía con la intervención mínima (IIM).²⁰

¹⁹ Una copia de ésta se presenta en el Apéndice 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entrevistas de evaluación



Variable Independiente

Intervención

La **intervención grupal** consistió en 6 sesiones (una por semana) de 2 horas cada una. Actuaron como facilitadoras psicólogas con amplia experiencia. También estuvo en las sesiones otro miembro del equipo quién llevó a cabo audio grabaciones de las sesiones. En términos generales, la estructura de la intervención consistió en: inducción y encuadre al inicio de la primera sesión; lecturas del material educativo, generalmente realizadas por la facilitadora a lo largo de las seis sesiones, seguidas de reflexiones y comentarios por parte de las participantes; respuestas y comentarios de la facilitadora; ejercicios didácticos para llevar a cabo en las sesiones y para la casa. En la última sesión se dedicó un espacio al cierre. (Apéndice 5)

La **intervención individual** se dio al concluir la entrevista de evaluación pre-tratamiento. El objetivo fue dar una orientación sobre el material educativo, indicándole a la participante que éste le ayudaría a hacer frente a algunos de sus problemas y a reconocer y manejar sentimientos de depresión. Se le explicó el contenido del material educativo y cómo usarlo de manera que se facilitara su lectura al tiempo que se le mostraba el libro. Se le motiva a leerlo poco a poco y a llevar a cabo los ejercicios sugeridos (Apéndice 4).

²⁰ Esta última se presenta en el Apéndice 4.

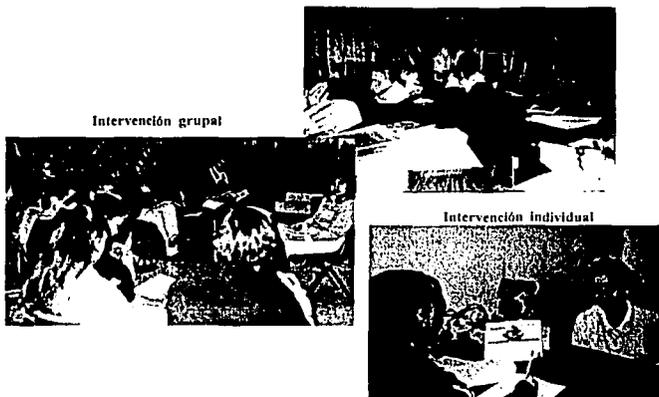
Material Educativo



Al principio se propuso que fueran las mismas enfermeras y trabajadoras sociales de las instituciones quienes condujeran las intervenciones. Pero por dos razones no se optó por esta condición y se incluyó como facilitadoras -además de la investigadora responsable- a dos psicólogas que habían participado con anterioridad en la elaboración del material educativo *¿Es difícil?* La primera razón fue que, pese a su experiencia profesional, ninguna tenía experiencia directa conduciendo esta intervención, lo que hacía difícil y artificial capacitar a otras personas. Pero, al adquirir ellas experiencia de primera mano podrían, en el futuro, capacitar al personal de las instituciones. Además, se requería que la intervención fuera conducida en condiciones óptimas. La segunda fue que tomaría demasiado tiempo capacitar al personal. Cabe señalar que las facilitadoras no tomaron parte en las evaluaciones pre, post-tratamiento y seguimiento.

Para estandarizar la conducción de la intervención, se elaboró una detallada guía de las actividades de cada sesión (Ver Apéndice 5). Durante todas las intervenciones, además de la facilitadora, estuvo presente otro miembro del equipo para apoyar el trabajo y ser observador independiente del desarrollo del estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Mediciones

Los instrumentos de medición de pre-, pos-tratamiento y seguimiento se compusieron de las secciones que se mencionan a continuación y fueron aplicados por medio de entrevistas, llevadas a cabo por el equipo de investigación, que recibió amplia capacitación previa muy amplia. Se llevaron a cabo en lugares apropiados asignados por cada centro de salud.

1) *Variables dependientes*

Se consideran tres tipos: (1) La variable criterio definida por los síntomas de depresión. Se incluyen también otras mediciones relacionadas con ésta para contar con mayor evidencia sobre la validez de los cambios esperados, se trata de los síntomas somáticos y de ansiedad y la autoestima. (2) El apego terapéutico definido como la adquisición de conductas de autoayuda y la solicitud posterior de ayuda especializada. (3) La evaluación subjetiva de la utilidad de la intervención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Variables	Pre	Post	Seguim.
Síntomas de depresión (CES-D)	X	x	X
Síntomas de ansiedad (SCL 90)	X	X	X
Síntomas somáticos (SCL-90)	X	X	X
Autoestima (Coopersmith)	X	X	X
Conductas de autoayuda		X	X
Influencia subjetiva de la Intervención		X	X
Solicitud de ayuda especializada		X	X

Síntomas de depresión

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977). Es una escala de auto reporte que consta de 20 reactivos. Mide sintomatología depresiva en población general, y pone énfasis en el componente afectivo; es decir, evalúa ánimo depresivo, sentimientos de culpa, sentimientos de incapacidad y desesperanza, retardo psicomotor, pérdida de apetito y trastorno del sueño, etc. Se ha utilizado con diversas opciones de respuesta, pero en este estudio se utiliza la usada por Medina Mora y cols., (1992) de 3: 1 = nunca o casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = casi siempre o todo el tiempo, e investiga la frecuencia con que el suceso se ha presentado en el último mes. La calificación va de mayor a menor intensidad de depresión, basada en la sumatoria del número de síntomas presentes multiplicados por su valor. Los puntos de corte son: sin síntoma (>20), sintomatología leve (21-24), moderada (25-30) y severa (31<). La media es de 25.20 (DS = 6.50). En México ha sido utilizado en diversas investigaciones (Medina-Mora y cols., 1986; Lara y cols., 1993a, Salgado de Snyder, 1992).

Síntomas de ansiedad

Escala de ansiedad del SCL-90 (Symptoms Check-List) descrita por Derogatis, (1978). Consta de 10 reactivos. Evalúa la presencia de síntomas relacionados con la ansiedad en los últimos siete días, en una escala de grados de 4 puntos, que va de "nada" a "extremadamente". En México la han aplicado Salgado de Snyder y cols. (1991).

Síntomas somáticos

Escala de Somatización del SCL-90 (Symptoms Check-List) descrita por Derogatis, (1978). Consta de 13 reactivos. Evalúa la presencia de síntomas relacionados con dolencias físicas, tales como: dolores de cabeza, náuseas, estremecimiento u hormigueo en diferentes

partes del cuerpo, etc., en cuanto a la frecuencia con se han presentado en los últimos siete días. La presencia de los síntomas se evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, que va de "nada" a "extremadamente". Se toma como punto de corte el utilizado por Salgado de Snyder y cols. (1991) de 11/12. Lara y cols. (1991 y 1993a) la han utilizado en México.

Autoestima

Inventario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith, 1981). Consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas. A cada reactivo se le asigna una puntuación dependiendo de la respuesta. La suma de valores en cada ítem constituyen la calificación final. En México ha sido utilizado por Lara y cols. (1993b) y por Salgado de Snyder (1992 y 1993). Para el presente estudio se toma como punto de corte: > 15 autoestima baja, 16-18 normal, <19 alta (con base en las variables género, edad, estado civil, escolaridad y ocupación, reportadas por Lara y cols. (1993b).

Conductas de autoayuda

Se indaga si llevaron a cabo las sugerencias hechas en la intervención respecto a leer el libro por su cuenta, escribir sobre sus problemas, darse un tiempo cada semana, platicar de sus problemas con alguna persona, llevar a cabo los ejercicios de reflexión y realizar los ejercicios cognitivo-conductuales. Para los análisis cuantitativos sólo se computa si los realizaron o no, pero las razones y la manera de practicarlos se analizan cualitativamente.

Influencia de la intervención

Se evalúa con la pregunta: ¿Tuvo alguna influencia sobre sus problemas o su forma de vida el hecho de que usted haya participado en las pláticas? Las opciones de respuesta son: *ninguna influencia, alguna influencia, gran influencia e influencia negativa*. Se profundiza sobre las razones de la respuesta con preguntas abiertas.

Solicitud de ayuda especializada

Se evalúa con la pregunta: ¿En los últimos 15 días (o 4 meses) ha iniciado un tratamiento psicológico o psiquiátrico? Si responde de manera positiva se le pregunta con quién.

2) Línea base

Con el fin de poder describir a la población de manera amplia, se indagó sobre una gran variedad de aspectos.

Variables	Pre	Post	Seguim.
Sociodemográficas	X		
Hábitos de lectura	X		
Antecedentes familiares de depresión Y alcoholismo	X		
Problemas actuales y salud gral.	X	(X)	(X)
Historia Infantil	X		
Conocimientos sobre depresión	X		

Variables sociodemográficas

Edad, estado civil, composición del núcleo familiar, ingreso, ocupación, jefatura de familia y características de la vivienda.

Hábitos de lectura

Si le gusta leer, con qué frecuencia lee y qué.

Antecedentes familiares

Se evalúa el consumo de alcohol problemático y la depresión con base en la apreciación subjetiva de la entrevistada en relación al padre y la madre.

Historia infantil.

- a) Percepción subjetiva de la infancia, en términos de si fue feliz, traumática o difícil.
- b) Pérdida o separación de los padres antes de los 11 años.
- c) Atención de los padres antes de los 11 años.
- d) Violencia física y verbal antes de los 17 años.
- e) Abuso u hostigamiento sexual antes de los 17 años.

Esta sección se elaboró con base en los trabajos de Harris, Brown y Bifulco (1986) y Brown & Moran (1994).

Problemas actuales y motivos para asistir a la intervención

Se utilizan preguntas abiertas sobre los principales problemas que enfrenta la participante en ese momento, así como las razones por las que asiste a la intervención.

3) Variables mediadoras

Incluyen una serie de variables que desde un punto de vista teórico y empírico se han relacionado con la aparición y mantenimiento de los síntomas de depresión y la depresión o pueden influir (mediar) entre la variable independiente y la dependiente.

Variables	Pre	Post	Seguim.
Acontecimientos vitales	X	X	X
Apoyo social	X		X
Episodio depresivo actual (SCID)	X		X
Episodios previos de depresión (SCID)	X		
Distimia (SCID)	X		

Acontecimientos vitales

Se evalúan por medio de una escala de 24 preguntas sobre acontecimientos estresantes ocurridos en los seis meses anteriores, que con frecuencia desembocan en depresión. Se evalúa su presencia o ausencia, y en una escala de Likert de 4 puntos el grado de tensión, depresión, molestia o disgusto que produce cada uno. Se construyó con base en los trabajos de Holmes y Rahe (1985), González y cols. (1993) y Brown (1993).

Apoyo social

Incluye preguntas para evaluar si la persona cuenta con alguien de confianza que le brinde apoyo en diversas situaciones (personales, económicas, información). También se indaga sobre la frecuencia con que visita o es visitada por familiares o amigos. Se tomó del trabajo de Salgado de Snyder, (1992 y 1993), Swindle y cols. (1989) y Ullah y cols. (1985).

Episodio depresivo actual, episodios previos de depresión y distimia

Se evalúan con base en La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID, por sus siglas en inglés; Spitzer y cols., 1988). Se trata de una entrevista semiestructurada para hacer diagnósticos clínicos según la clasificación y los criterios diagnósticos del DSM-III-R. En investigación, en particular, se utiliza para estudiar la efectividad de diversos tratamientos. Se incluyó en el estudio para la evaluación del episodio depresivo actual, con el

fin de especificar cuándo se hablaba de prevención y cuando de intervención temprana; los otros dos diagnósticos -episodios previos de depresión y distimia- se incluyeron como indicativos de un mayor grado de patología la cual puede influir en el resultado de la intervención.

4) Evaluación de la intervención

Se incluyeron una serie de preguntas abiertas para que las participantes evaluaran de manera global su satisfacción con la intervención, así como sobre aspectos específicos.

5) Confiabilidad de la información

La entrevistadora le asignó un valor de acuerdo con lo confiables que consideró los datos proporcionados por la entrevistada, así como por la actitud de la misma en la entrevista.

Otro aspecto de confiabilidad lo da el apego de las facilitadoras a la guía para la conducción de la entrevista. Por ello se grabaron todas las sesiones, aunque sólo se transcribió media hora de cada una. Este material permitirá, además, evaluar el proceso que se da en los grupos. Se presentan algunos ejemplos de las transcripciones de las grabaciones, pero el análisis de contenido se llevará a cabo posteriormente.

Algunos problemas metodológicos

Deseabilidad social. Debido a una actitud positiva hacia el programa en las evaluaciones pos-tratamiento y seguimiento las respuestas pueden verse influenciadas por la necesidad de agradar a las investigadoras. En un trabajo similar, Muñoz y Yng (1993) estudiaron este aspecto y no encontraron que tal variable tuviera un efecto significativo --no obstante haber sido más alto en el grupo de intervención que en el de control-- como para que representara un problema de validez en sus resultados. Con base en dicho dato, ya no se incluyó una escala de este tipo, pero su influencia no puede descartarse totalmente.

Autorreporte. Las evaluaciones de pos-tratamiento y seguimiento se basan totalmente en el reporte de las participantes. Algunas veces tal limitación es corregida utilizando

observaciones directas o con información de otra persona cercana a la participante, lo que no se hizo en este estudio.

Análisis estadístico

Según se sugiere en estudios similares (Muñoz y Ying, 1993; Mrazek y Haggerty, 1994; Beardslee y cols., 1997; Katon y cols., 1996) y tomando en cuenta las características del diseño experimental, se utiliza el análisis de varianza para medidas repetidas, para datos paramétricos en casos continuos y no paramétricos (U Mann Whitney y Q de Cochran) para los nominales y categóricos. Estas estadísticas son bastante tolerantes a los *missing data*. La influencia de otras variables sobre las dependientes se estudiarán incluyéndolas en los análisis como covariables.

Análisis cualitativo del proceso de grupo.

Se llevó a cabo un análisis cualitativo de las grabaciones de las sesiones que se incluye en el Apéndice 6. Dicho análisis no se había contemplado como parte de esta tesis, pero se incluye porque da una visión adicional del procedimiento grupal.

Aspectos éticos

Para asegurar la integridad de los participantes, cualquier trabajo de investigación debe apegarse a ciertas normas. De acuerdo con Mrazek y Haggerty (1994) hay tres elementos que complican los factores éticos en los programas de prevención de los desórdenes mentales: Primero, cada una de las diversas disciplinas y técnicas que componen los programas de prevención aporta sus propias complicaciones éticas. Segundo, con frecuencia, el trabajo realizado en la comunidad enfrenta compromisos, riesgos y promesas que en investigación básica no se enfrentan. Tercero, en muchas culturas los trastornos mentales conllevan estigmas específicos.

La revisión de la literatura²¹ llevó a ubicar los principales problemas éticos que podían estar implicados en el presente proyecto, los cuales se resumen a continuación.

²¹ Eaton, 1996; Institute of Medicine, Reducing Risks for Mental Disorders, 1994; Mrazek y Haggerty, 1994; Moos, 1991; Muñoz y Ying, 1993; National Institutes of Health, Codes of Federal Regulations,

a) Participación voluntaria en la evaluación inicial

A la población objetivo se le proporcionó información sobre los síntomas de la depresión y los factores de riesgo que llevan a la misma por medio de folletos, carteles y contacto personal, de tal manera que pudieron valorar su situación y decidir libremente si pedir mayor información y solicitar cita para la entrevista inicial. En ningún momento se les presionó para continuar con alguna fase del proceso si ellas no lo desearon.

b) Información sobre el carácter de investigación de la intervención

Durante la entrevista inicial se les explicó que la intervención a la que se les estaba invitando tenía como fin obtener datos para diseñar una adecuada y efectiva para otras mujeres como ellas y que intervenciones similares habían sido probada en otros países.

c) Consentimiento informado y por escrito de los objetivos y justificación de la entrevista de pre-intervención

Al iniciar la primera entrevista se explicó el objetivo de la misma y se les ofreció confidencialidad de los datos, de manera verbal y escrita. Se les pidió veracidad en sus respuestas, pero, si no deseaban contestar algún aspecto, podían hacerlo.

d) Asegurarse de que las personas reciban el mejor tratamiento así como disminuir los riesgos de la intervención

La investigación se realizó en centros de salud con la infraestructura adecuada para llevar a cabo el estudio. Los instrumentos diagnósticos incluidos permiten seleccionar con un alto grado de confianza a las candidatas idóneas para la intervención. Las mujeres que presentaban los criterios de exclusión (psicosis, daño orgánico, trastorno bipolar, ideación suicida, seria incapacidad para realizar sus actividades cotidianas, etc.), fueron remitidas al personal de la institución para tratamiento. Desde el principio se les especificó que las participantes que empeoraran en el transcurso de la intervención serían evaluadas respecto a la conveniencia de continuar y, de considerarlo pertinente, se tomarían acciones para asegurar su bienestar.

e) Respecto a la asignación aleatoria a grupos

La asignación a los grupos se decidió con base en las instituciones y no en alguna característica de las mujeres que, de alguna manera, las discriminara.

g) Respecto a la evidencia científica disponible sobre la intervención

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, aunque las investigaciones sobre prevención en salud mental son limitadas, existe amplia evidencia respecto al tratamiento, en las cuales se basan las intervenciones de prevención. La elaboración de este protocolo se ha documentado con una amplísima revisión del material disponible.

Algunos autores señalan que para proceder con criterios éticos, deberían evaluarse los beneficios que los participantes recibirán con el estudio, en términos de: qué tanto la intervención propuesta se encuentra al mismo nivel de los tratamientos proporcionados para esta población por los servicios existentes, así como los beneficios obtenidos contra el costo, riesgo, e incomodidad de la estrategia de intervención. En cuanto al primer aspecto, las opciones que las participantes tienen para elegir otra intervención son casi nulas, ya que - como ya se mencionó- la oferta de servicios de salud mental para la población general es muy limitada. Respecto al segundo, se cuidó que tanto los costos (en tiempo), riesgos e incomodidades fueran mínimos. En este sentido, se tomaron en cuenta los aspectos pertinentes del trabajo de Moos (1991) sobre las variables que pueden afectar negativamente los tratamientos de la depresión.

h) Respecto a la selección equitativa de los sujetos

Es posible que un estudio de este tipo, en el que las personas asisten voluntariamente al tratamiento, no incluya a todas las que lo necesitan. Ya se dijo que seguramente personas con mayor necesidad no hayan participado, pero hubiera estado fuera del trabajo intentar que todas las personas en necesidad de tratamiento fueran contactadas y motivadas a buscarlo.

3. Resultados

Los principales resultados del estudio se han dividido en los siguientes apartados: Características de la muestra, Correlación entre las principales variables y los síntomas de depresión, Asistencia a la intervención, Efectos de la intervención y Evaluación de la intervención por las participantes.

3.1 Características de la muestra

A continuación se describen las principales características de la muestra. Ambos grupos de intervención, IG e IIM, fueron muy similares, por lo tanto, para evitar redundancias, en muchas de las variables sólo se presentan los datos totales.

3.1.1 Características sociodemográficas

²²Josefina: No, no trabajo, este, dependo de mi mamá ella renta unas casas y me ayuda. No pago renta pero sí pago mis otras necesidades y las de mis hijos. (C2)

Araceli: Mis padres siempre están esperando algo de mí, pero en signos de pesos. Este... entonces, pues yo no tengo dinero, pero sí tengo algo yo sí les doy, pero no puedo dárselos a los dos, a mi mamá y a mi papá... (I2)

La media de edad es de 35.3 años (DS 6.5); la mayoría está casada o en unión libre, su escolaridad es muy variada, la mayor parte tiene preparatoria o equivalente y la minoría primaria (Tabla 8). Respecto a la ocupación, casi 65% realiza alguna actividad económica, de éstas 54% labora más de 35 horas semanales, 32% entre 10 y 34 y 14.6% menos de 10. Más del 40% trabaja en el sector informal. Treinta y ocho por ciento es la proveedora principal del hogar. Setenta y siete por ciento de ellas trabaja más de 35 horas a la semana en trabajo remunerado, mientras que 39% de las no proveedoras trabaja un número similar de horas. La ocupación más común es la de empleada en oficina.

En cuanto al ingreso familiar, la media es de \$3,546.39 mensuales (DS \$2285.25); 13.6% recibe menos de \$1,500 y 26% recibe arriba de \$4,000. En el 51% sólo una persona

²² Transcripciones de las grabaciones de las sesiones de la IG. Los nombres de las participantes han sido cambiados. Entre paréntesis se presenta el grupo al que pertenecen.

aporta el ingreso, en 38%, dos y en 11%, tres o más. Otros indicadores socioeconómicos muestran que 5% tiene una vivienda con un solo cuarto (sin contar cocina y baño), 15% dos, 19% tres y 61% cuatro o más. Veinte por ciento no cuenta con calentador de agua.

Respecto a la **composición familiar**, se observa una media de 3.13 miembros (DS 1.14) cuando son familias nucleares y 5.18 (DS 2.57) en familias extendidas. Sesenta y seis por ciento de las familias tiene una composición nuclear y 34% extendida; estas últimas están integradas por padres (69%), hermanos (64%) y por otros familiares (59%). El 34.3% de las entrevistadas no tienen pareja; 9% no tiene hijos, 18% tiene uno, 39% dos, 24% tres y 9% cuatro o más.

Tabla 8. Características sociodemográficas

	IG* N= 179	IIM** N= 75	Total N=254
	f (%)	f (%)	f (%)
Estado civil			
Casada, Unión libre	114 (63.7)	53 (70.7)	167 (65.7)
Soltera	32 (17.9)	5 (6.7)	37 (14.6)
Divorciada, Viuda, Sep.	33 (18.4)	17 (22.7)	50 (19.7)
Escolaridad			
Primaria	28 (15.7)	13 (17.3)	41 (16.2)
Secundaria	41 (23.0)	17 (22.7)	58 (22.9)
Preparatoria	70 (39.3)	28 (37.3)	98 (38.7)
Profesional	39 (21.9)	17 (22.7)	56 (22.1)
Ocupación			
Si	120 (67.0)	44 (58.7)	164 (64.6)
No	59 (33.0)	31 (41.3)	90 (35.4)
Ocupaciones			
Maestra de primaria, secundaria, preparatoria	9 (7.5)	4 (9.3)	13 (8.0)
Empleada nivel medio	15 (12.5)	4 (9.3)	19 (11.7)
Empleada oficinista	29 (24.2)	10 (23.3)	39 (23.9)
Servicio doméstico	20 (16.7)	2 (4.7)	22 (13.5)
Vendedora no asalariada	15 (12.5)	7 (16.3)	22 (13.5)
Subempleada	11 (9.2)	8 (18.6)	19 (11.7)
Otros	21 (17.5)	8 (18.6)	29 (17.8)

* IG Intervención grupal

** IIM Intervención Individual mínima

3.1.2 Motivos para participar, fuente de referencia y hábitos de lectura

Guadalupe: Es mi actual esposo, eh, pero yo me siento... bueno él es alcohólico, él es mucho, mucho muy dependiente de mí, inclusive él me preocupa más todavía que mis hijos y le tengo una lástima enorme, enorme. Y lo peor de todo es que en... conforme pasa el tiempo me doy cuenta que voy sintiendo lástima por mí misma porque soy incapaz de finiquitar mi situación con él, cuando entiendo que yo no merezco vivir de esa manera porque, porque no va con mis ideas, no va con lo que yo quiero vaya (C 1).

Las participantes asistieron a la intervención por diversos de motivos. Casi la mitad por estar deprimida pero también por diversos problemas personales y familiares o por aprender (Tabla 9). La forma como las mujeres llegaron a la intervención fue por referencia del personal médico o paramédico (55%), por los folletos y carteles (49%), por sugerencia de una amiga o pariente (4%) y por otras fuentes (4%).

Tabla 9. Motivos para asistir a la intervención

	IG*	IIM**	Total
	N=179	N=75	N=254
	f (%)	f (%)	f (%)
Está deprimida	95 (53.1)	29 (38.7)	124 (48.8)
Solucionar algún problema	41 (22.9)	31 (41.3)	72 (28.3)
Problemas con hijos	27 (15.1)	10 (13.4)	37 (14.6)
Problemas con esposo	7 (4.0)	3 (4.0)	10 (3.9)
Buscar ayuda profesional	14 (7.8)	13 (17.3)	27 (10.7)
Leer, aprender, enterarse	47 (26.3)	6 (8.0)	53 (20.8)
Ayudar a la familia	19 (10.6)	7 (9.4)	26 (10.2)
Otros	8 (4.5)	2 (2.6)	10 (4.0)

* IG Intervención grupal

** IIM Intervención individual mínima

Para tener una noción de lo pertinente del material educativo, se les interrogó sobre sus **hábitos de lectura**. Noventa por ciento manifestó que le gustaba leer; 73% dice que lee varias veces por semana, 15% varias veces al mes y 12% nunca o casi nunca. Veintidós por ciento lee libros de superación personal, 21% libros técnicos, 23% literatura o biografías, 6% la Biblia, 12% revistas como *Selecciones* y *Proceso* y 16% otros.

3.1.3 Patrones de enfrentamiento, solicitud de ayuda, apoyo social y acontecimientos de la vida.

Ana Lilia: no les dedico [a mis hijos] el tiempo que se merecen, no sé tratarlos, no sé cómo negociar con ellos, y siempre les grito, a veces los golpeo, y eso me hace sentirme peor. Estoy confundida (C 3).

En cuanto a qué hacen para enfrentar los problemas las participantes mencionaron actividades específicas que se agruparon en los siguientes rubros: *cognitivas* (analizar las situaciones, pensar positivamente, ponerse metas, reflexionar, buscar soluciones); *de recreación* (salir a caminar, escuchar música, bailar, tocar instrumentos; ver televisión, jugar con sus hijos); *sociales* (platicar, buscar cercanía, buscar ayuda, buscar trabajo, estar con la familia, ir a fiestas); *de descanso o retraimiento* (se encierra, se duerme, se relaja, se aísla, intenta no preocuparse); *actividades específicas* (escribir, rezar, leer, ponerse a dieta, manualidades, arreglarse, hacer repostería) y *emocionales* (llorar, reclamar, discutir, pelear con su esposo, angustiarse, desesperarse, enojarse). Una minoría recurre a *otras acciones* como comer, fumar, beber o tomar medicamentos (Tabla 10).

Cincuenta y siete por ciento reportó que estas actividades le sirven mucho (57% en la IG y 56% en IIM); 31.5% que le sirven poco (31.8% y 30.7%) y a 11.8% no les sirven nada (11.2% y 13.3%). Entre a quienes le sirven, ochenta y cinco por ciento considera que sólo de momento le ayudan a sentirse mejor (85.5% y 85.3%) y veintitrés por ciento que le resuelve su problema (25.1% y 18.7%).

Tabla 10. Enfrentamiento de los problemas

	IG*	IIM**	Total
	N=179	N=75	N=254
	f (%)	f (%)	f (%)
Cognitivas	38 (21.2)	16 (21.3)	54 (21.2)
Recreación	66 (36.9)	23 (30.6)	89 (35.1)
Social	49 (27.4)	22 (29.3)	71 (27.9)
Actividades específicas	64 (35.8)	25 (33.3)	89 (35.1)
Descanso, Retraimiento	26 (14.5)	11 (14.7)	37 (14.6)
Emocionales	43 (24)	19 (25.4)	62 (24.4)
Otras	4 (2.2)	3 (4.0)	7 (2.8)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención individual mínima

Ciento sesenta y siete mujeres (66%) ha solicitado ayuda tanto formal como informal para sus diversos problemas. En cuanto a ayuda informal principalmente fue solicitada a amigos (62%), familiares (33%) y en menor medida, a sacerdotes (1.2%). Como puede observarse en la Tabla 11, de las 167 personas que solicitaron ayuda un porcentaje reducido (15%), 7.8% la pidió en instituciones gubernamentales, 5.4% en no gubernamentales y 1.8% en privadas. La mayoría a médicos. A la pregunta de qué tanto le sirvió la ayuda (tanto formal como informal) respondieron: 62% que mucho, 32% poco y 6% nada. Los motivos son: por problemas con la pareja (25%), por problemas con los hijos (19%), por problemas emocionales propios (17%), por problemas familiares (13%), por problemas económicos (6%), por problemas de salud de ella (3.6%) o de un familiar (3.6%) y por otros (13%).

Tabla 11. Solicitud de ayuda formal

	Organismos no gubernamentales			Institución pública			Consulta privada			Total N= 167 f (%)
	IG* N=118 f (%)	IIM** N=49 f (%)	Total N=167 f (%)	IG* N=118 f (%)	IIM** N=49 f (%)	Total N=167 f (%)	IG* N=118 f (%)	IIM** N=49 f (%)	Total N=167 f (%)	
	Médicos	6 (5.1)	---	6 (3.6)	4 (3.4)	2 (4.1)	6 (3.6)	---	1 (2.0)	
Psicólogo	1 (0.8)	---	1 (0.6)	3 (2.5)	3 (6.1)	6 (3.6)	1 (0.8)	---	1 (0.6)	8 (4.8)
Otros	1 (0.8)	1 (2.0)	2 (1.2)	1 (0.8)	---	1 (0.6)	---	1 (2.0)	1 (0.6)	4 (2.4)
Total N= 167	8 (6.7)	1 (2.0)	9 (5.4)	8 (6.7)	5 (6.2)	13 (7.8)	1 (0.8)	2 (4.0)	3 (1.8)	25 (15)

* IG Intervención grupal

** IIM Intervención individual mínima

El **apoyo social** con el que más cuentan las mujeres es en primer lugar, para problemas económicos; en segundo para obtener información y en tercero, de un/una confidente. El apoyo menos frecuente proviene de la pareja, sobre todo considerando que muchas no la tienen (Tabla 12). De las que sí tienen, 42% se siente cercana a ella. Veintiséis mujeres (10%) menciona no contar con ninguno de los 4 apoyos sobre los que se les preguntó.

Tabla 12. Apoyo social

	IG*	IIM**	Total
	N=179	N=75	N=254
	f (%)	f (%)	f (%)
Cuenta con una persona a quien:			
Confiar secretos	86 (48.0)	36 (48.0)	122 (48.0)
Pedir ayuda económica	129 (72.1)	43 (57.3)	172 (67.7)
Pedir información	101 (56.4)	46 (61.3)	147 (57.9)
¿Se siente cercana a su pareja?			
No tiene pareja	47 (26.3)	23 (30.7)	70 (27.6)
	65 (36.3)	22 (29.3)	87 (34.3)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención individual mínima

A la pregunta sobre la frecuencia con que han visitado o recibido visitas el último mes, como puede observarse en la Tabla 13, más de la mitad respondió que no recibe visitas frecuentes de familiares y aún más infrecuentemente de sus amistades. La actividad social común es visitar a sus familiares, aunque más de una tercera parte reporta no haberlo hecho en el último mes. Más de la mitad tampoco visita a sus amistades.

Tabla 13. Visitas a familiares y amigos en el último mes

	En casa			Fuera casa		
	IG* N=179	IIM** N=75	Total N=254	IG* N=179	IIM** N=75	Total N=254
FAMILIARES	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Ninguna	123 (68.7)	45 (60.0)	168 (66.1)	70 (39.1)	26 (34.7)	96 (37.8)
De 1 a 4	48 (26.8)	24 (32.0)	72 (28.3)	89 (49.7)	39 (52)	128 (50.4)
5 o más	8 (4.5)	6 (8.0)	14 (5.6)	20 (11.2)	10 (13.3)	30 (11.8)
AMIGOS/AS						
Ninguna	148 (82.7)	61 (81.3)	209 (82.3)	93 (52.0)	41 (54.7)	134 (52.8)
De 1 a 4	25 (14.0)	13 (17.3)	38 (15)	71 (39.7)	29 (38.7)	100 (39.3)
5 o más	6 (3.4)	1 (1.3)	7(2.8)	15 (8.4)	5 (6.7)	20 (7.9)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención individual mínima

Eva: Las experiencias que viví con mi pareja me hicieron sentir que nada valía. Lo que ahora se veía, que los padres decían, en mi caso no se veía nada de eso, pero sí, los catorce años que viví con esa persona, a lo mejor, fui, no golpeada, como tal, pero yo creo que psicológicamente, él me lastimó: "es que no eres nadie en la cama", ¿no?, "como mujer no vales" y más que nada, también la inseguridad para tomar decisiones importantes (T 2).

Sobre los acontecimientos de la vida ocurridos los últimos seis meses y que producen tensión se presentan solamente los más frecuentes (Tabla 14). En dicha tabla aparece el porcentaje de quienes no lo reportaron, quienes lo reportaron y quienes lo calificaron como muy estresante. El acontecimiento que provoca más tensión se refiere a *problemas en la educación de los hijos*, seguido de *cambios en la manera de comportarse de un familiar*, *problemas económicos serios*, *enfermedad de un familiar cercano*, *amenazas de la pareja*, *dificultades con parientes* (que no sean hijos y pareja) y *cambios en la frecuencia con que ve a familiares y amigos*. En un rango de 0 a 36, la media de la escala fue de 12.45 (DS 7.0). Presentamos este dato como parte de la información general no obstante, se sabe que una media mayor no necesariamente se refleja en mayor severidad de depresión, ya que por sí mismo, un solo acontecimiento puede desencadenar depresión o síntomas considerables.

A la pregunta de si había otros problemas ocurridos durante esos seis meses sobre los que no se les hubiera preguntado, 92 personas respondieron afirmativamente. De nuevo, los problemas más comunes fueron: con la pareja (30%), con los hijos (20%), familiares (21%) y laborales (5%). A la pregunta similar sobre si había ocurrido algún acontecimiento de importancia anterior a los seis meses, 152 entrevistadas respondieron que sí. Treinta por ciento mencionó problemas con la pareja, 27% problemas emocionales propios, 13% problemas con los hijos, 9% familiares, 6% salud de un familiar y 15% otros.

Tabla 14. Acontecimientos de la vida

	IG* N=179	IIM** N=75	Total N=254
	f (%)	f (%)	f (%)
Enfermedad familiar cercano			
No	107 (61.5)	35 (47.9)	142 (57.5)
Sí	21 (12.1)	11 (15.1)	32 (13.0)
Sí, muy tensionante	46 (26.4)	27 (37.0)	73 (29.6)
Cambios en la frecuencia de ver a familiares, amigos			
No	95 (56.2)	39 (54.2)	134 (55.6)
Sí	35 (20.7)	20 (27.8)	55 (22.8)
Sí, muy tensionante	39 (23.1)	13 (18.1)	52 (21.6)
Cambios en comportamiento de un familiar			
No	76 (43.2)	24 (32.0)	100 (40.0)
Sí	32 (18.2)	16 (21.6)	48 (19.2)
Sí, muy tensionante	68 (38.6)	34 (45.9)	102 (40.8)
Dificultades en educación de los hijos			
No	29 (16.2)	18 (24.0)	47 (18.5)
Sí	27 (15.1)	6 (8.0)	33 (13.0)
Sí, muy tensionante	108 (60.3)	50 (66.7)	158 (62.2)
No tiene hijos	15 (8.4)	1 (1.3)	16 (6.3)
Dificultades con parientes			
No	121 (67.6)	46 (62.2)	167 (66.0)
Sí	24 (13.4)	8 (10.8)	32 (12.6)
Sí, muy tensionante	34 (19.0)	20 (27.0)	54 (21.3)
Problemas económicos serios			
No	94 (52.5)	37 (49.3)	131 (51.6)
Sí	16 (8.9)	10 (13.3)	26 (10.2)
Sí, muy tensionante	69 (38.5)	28 (37.3)	97 (38.2)
Amenazas de la pareja			
No	66 (36.9)	29 (38.7)	95 (37.4)
Sí	5 (2.8)	6 (8.0)	11 (4.3)
Sí, muy tensionante	43 (24.0)	18 (24.0)	61 (24.0)
No tiene pareja	65 (36.3)	22 (29.3)	87 (34.3)

* IG Intervención grupal

** IIM Intervención individual mínima

3.1.4 Experiencias de la infancia

Erika: A todos nos pasó en algún momento, pero eso fue diferente. Como con mi papá que tomaba y mi mamá se pasaba la vida tratando de darnos de comer y mi mamá nos atendía porque mi papá tomaba y tomaba, entonces, era una cosa muy fea. Nos faltaron muchas cosas. Entonces también mi mamá empezó a tomar y mis hermanos (C 2).

Sobre este aspecto, se exploraron los antecedentes familiares patológicos. Como puede observarse en la Tabla 15, un elevado número de las entrevistadas percibe que su padre tenía un consumo problemático de alcohol y que su madre presentaba síntomas de depresión.

Tabla 15. Antecedentes familiares patológicos

	Síntomas de depresión			Consumo de Alcohol		
	IG* N=119	IIM** N=53	Total N=172	IG* N=92	IIM** N=48	Total N=140
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Padre	17 (14.3)	7 (13.2)	24 (14.0)	78 (84.8)	43 (89.6)	121 (86.4)
Madre	91 (76.5)	32 (60.4)	123 (71.5)	9 (9.8)	1 (2.1)	10 (7.1)
Ambos	—	3 (5.7)	3 (1.7)	—	2 (4.2)	2 (1.4)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención Individual mínima

Al preguntarles sobre cómo fue su infancia, 23% reportó que fue feliz, normal o tranquila; 17% dijo que fue feliz, pero después mencionó algunas situaciones difíciles, negativas o desagradables; 48% mencionó que fue difícil y 11% muy difícil. Sólo dos entrevistadas dijeron no recordar (0.8%). Veintidós casos (9%) reportan la pérdida de la madre antes de los 11 años y 73 (29%) la pérdida del padre, por separación o muerte.

En cuanto a la escala de atención de los padres, en un rango de 0 (ninguna) a 12 (mucho), la media para atención de la madre fue de 6.5 (DS 3.5) y para atención del padre de 5.7 (DS 3.8). Esta atención podría considerarse como media, en cuyos extremos estarían el abandono y el cuidado excesivo.

Como se muestra en la tabla 16, por lo que toca a experiencias de violencia a la que fueron expuestas hasta antes de los 17 años, 35% recibió golpes y 39% amenazas e insultos frecuentemente. El 22% por parte del padre, 46% de la madre y 15% de otros. Diecisiete por ciento fue maltratada por más de una persona. Dieciocho por ciento antes de los 5 años, 62% entre los 5 y los 10 años y 20% entre los 11 y los 17.

Tabla 16 Violencia antes de los 17 años

	IG*	IIM**	Total
	N=179	N=75	N=254
	f (%)	f (%)	f (%)
Golpes			
No	56 (31.3)	26 (34.7)	82 (32.3)
Si	123(68.7)	49 (65.3)	172 (67.7)
Poco frecuente	60 (33.5)	22 (29.3)	82 (32.3)
Muy frecuente	63 (35.2)	27 (36.0)	90 (35.4)
Amenazas o insultos			
No	78 (43.6)	26 (34.7)	104 (40.9)
Si	101 (56.4)	49 (65.3)	150 (59.1)
Poco frecuente	39 (21.8)	12 (16.0)	51 (20.1)
Muy frecuente	62 (34.6)	37 (49.3)	99 (39.0)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención individual mínima

Respecto a si antes de los 17 años se le acercó alguien con **propósitos sexuales** sin que ella quisiera, 141 (56%) contestó afirmativamente. Ciento veinte consideraron que el abuso le afectó mucho y 21 que no le afectó. Sobre quién fue el perpetrador, la mayoría señaló que un desconocido, seguido de los tíos y otros familiares; el evento ocurrió con mayor frecuencia después de los 6 años (Tabla 17).

Tabla 17. Abuso sexual

	IG*	IIM**	Total
	N=96	N=46	N=142
	f (%)	f (%)	f (%)
Quién perpetró			
Desconocido	27 (28.1)	12 (26.7)	39 (27.7)
Padre	3 (3.1)	3 (6.7)	6 (4.3)
Tío	16 (16.7)	4 (8.9)	20 (14.2)
Hermano(s)	7 (7.3)	6 (13.3)	13 (9.2)
Otros familiares	12 (12.5)	9 (20.0)	21 (14.9)
Compañero trabajo o			
Escuela	7 (7.3)	2 (4.4)	9 (6.4)
Vecino	8 (8.3)	2 (4.4)	10 (7.1)
Otros	16 (16.7)	7 (15.5)	23 (16.3)
Qué edad tenía			
1-5	8 (8.3)	6 (13.6)	14 (10.0)
6-10	38 (39.6)	14 (31.8)	52 (37.1)
11-18	31 (32.3)	14 (31.8)	45 (32.1)
No recuerda/ no dice	19 (19.8)	10 (22.7)	29 (20.7)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención individual mínima

La forma en que se dio el hostigamiento fue difícil de clasificar pues en muchas ocasiones las entrevistadas no fueron muy específicas, así que las siguientes categorías

pueden no ser totalmente excluyentes: Manoseo una sola vez (30%), manoseo más de una vez (17%), intento de violación (17%), penetración una vez (10%), penetración más de una vez (2%), exhibicionismo del perpetrador (6%), hostigamiento (6%) y masturbación (6%). Dos de las participantes no quisieron hablar de la situación.

3.1.5 Síntomas emocionales y diagnóstico de depresión

Ana Lilia: Pues yo me siento muy irritada, presionada, todo el día con dolor general y sientes tu vida desviada. Cuando me levanto en la mañana me duele siempre la cintura y lo peor de todo es que siempre siento que me desquito con mis chiquitos. Dejé de ir a fiestas, dejé mis amistades, dejé de jugar, dejé a mi familia, dejé mi trabajo, todo el día estoy encerrada (C 3).

De manera similar a lo observado en el estudio de factibilidad, las participantes informaron de numerosos síntomas de depresión, somáticos y de ansiedad, así como de baja autoestima, por arriba de los parámetros disponibles (Tabla 18). También se observó que más de la mitad fue clasificada con episodio depresivo actual y episodios depresivos previos, y un porcentaje menor con distimia. Al utilizar para los síntomas de depresión la clasificación a partir de los puntos de corte para grado de severidad de Medina Mora y colaboradores (1992) se observó que 91.8% de la muestra resultaba con síntomas *severos*.

Un análisis de la relación entre la categoría de *severos* en los síntomas de depresión (CES-D) y el diagnóstico de periodo depresivo actual del DSM-III, mostró que de 228 casos diagnosticados como *severos*, 59% recibió un diagnóstico de periodo depresivo actual, en contraposición a 41% de los *severos* que no obtuvo tal diagnóstico. Por otro lado, ninguno de los 25 casos en las categorías de *leves* y *moderados* (CES-D) recibió un diagnóstico de depresión (DSM-III).

Tabla 18. Síntomas emocionales y diagnósticos de depresión

	IG* N=179		IIM** N=75		Total N=254	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Síntomas depresión (CES-D) ¹	40.22	8.83	42.16	8.68	40.79	8.70
Síntomas somáticos (SCL-90) ²	14.13	9.60	17.31	8.81	15.06	9.43
Síntomas ansiedad (SCL-90) ³	11.62	8.95	13.25	8.26	12.10	8.92
Autoestima (COOPERSMITH) ⁴	10.78	6.40	10.16	6.03	10.59	6.29
Episodio depresivo actual (DSM-III)	f %		f %		f %	
	91 (50.8)		45 (60.0)		136 (53.5)	
Episodios depresivos previos (DSM-III)	119 (66.5)		56 (74.7)		175 (68.9)	
Distimia (DSM-III)	36 (20.1)		10 (13.3)		46 (18.1)	

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención Individual mínima

¹ Media 25 (DS 6.05) en la Encuesta Nacional (Medina-Mora y cols., 1992)

² Punto de corte: 12 (Salgado de Snyder y cols., 1991)

³ Media 11.3 (DS 9.6) (Salgado de Snyder y cols., 1992)

⁴ > 15 Baja autoestima (Lara y cols., 1993b)

3.1.6 Veracidad de los datos proporcionados

Ruth: No tengo valor, mi mamá es muy, muy conflictiva, a ella no le gusta platicar de su pasado y siempre me sentí rechazada. Siempre yo quería preguntarle, oye mamá, y cuando, cuando tú eras joven, cuando tú te enamoraste ¿cuántos novios tuviste? y me dijo, no tengo por qué platicarte eso, eso es mi vida y no te importa (C 3).

Las entrevistadoras calificaron de manera subjetiva la veracidad de los datos proporcionados por la entrevistada, en una escala de 7 puntos: de nada veraz igual a cero, a muy veraz igual a 7. Las medias obtenidas fueron de 6.4 (DS 0.65) en la IG y 6.7 (DS 0.58) en la IIM. Lo cual sugiere que las entrevistadas respondieron de manera franca.

3.2 Relación entre las principales variables y los síntomas de depresión en la evaluación pre-tratamiento.

Viviana: Yo no sabía cuál era la raíz de mi problema pero viendo todo esto, pues sí, como dice la mamá que nos dice que nos trata de culpamos. En ese tiempo yo sufrí un ataque sexual de un tío y eso pues siempre lo traigo aquí adentro, y sí me ha traído problemas cuando tengo relaciones con mi pareja (C 1)

Al estudiar las relaciones entre algunas variables sociodemográficas y sociales y los síntomas de depresión (CES-D), en algunos casos, por medio de correlaciones bivariadas (Pearson) y en otros por medio de análisis de varianza y pruebas t (Tabla 19)²³, se encontró que las mujeres con menores ingresos, con más acontecimientos de la vida, menos apoyo social, menos visitas a familiares y amigos, con educación de secundaria (en comparación con universitaria) y dedicadas al hogar, presentaron más síntomas de depresión. En cuanto a la edad, la tendencia fue a que las de menor edad tuvieran más síntomas de depresión, pero esta correlación no fue significativa. El estado civil tampoco fue significativo. Por otra parte, el consumo problemático de alcohol del padre ($t = -1.00$, $P = 0.31$) y los síntomas de depresión en la madre ($t = -1.50$, $P = 0.13$) no se relacionaron con una mayor presencia de síntomas. Se observó una correlación significativa aunque muy moderada entre los síntomas de depresión (CES-D) y la atención de la madre ($r = -.24$, $p = .000$) y la atención del padre ($r = -.20$, $p = .005$).

Al tomar todas las variables en conjunto en un análisis de regresión sobre los síntomas de depresión, se encontró que las variables edad (beta -0.141 , $t = -2.34$, $P = .02$), acontecimientos de la vida (beta $.399$, $t = 6.60$, $P = .000$) y apoyo social (beta -0.244 , $t = -4.04$, $P = .000$) predijeron de manera significativa los síntomas de depresión. Es decir, menor edad, más acontecimientos vitales y menos apoyo social llevan a más síntomas de depresión.

Tabla 19
Relación entre las variables de la línea base y los síntomas de depresión

Variables	Síntomas de depresión CES-D	
	R	P
Edad	-0.103	0.102
Ingreso	-0.262	0.000
Acontecimientos de vida	0.467	0.000
Apoyo social	-0.358	0.000
Visitas a familiares y amigos	-0.163	0.010

	Media	DS	F	P
Estado civil				
Casada/unión libre	41.0	8.2	.893	.411
Soltera	39.0	10.3		
Divorciada/viuda/separada	41.1	8.6		
Escolaridad*				
Primaria ^A	42.12	7.41		
Secundaria ^B	43.13	7.20	3.45	0.01
Preparatoria ^C	39.97	9.10		
Universidad ^D	38.47	9.38		
	Media	DS	T	P
Ocupación				
Trabaja	39.98	9.23		
No trabaja	42.28	7.36	-2.02	0.044

* Grupos B D, P = 0.02

Por otra parte, al analizar la relación entre violencia en la infancia –golpes, amenazas y hostigamiento sexual- y síntomas de depresión, se encontró que los dos primeros se relacionaron con mayor presencia de síntomas, pero no el tercero (Tabla 20). El hecho de

²³ Estas comparaciones se llevaron a cabo para la muestra total, sin dividir en condición (grupal o individual) ya que son los datos pre-intervención.

quienes reportaron hostigamiento sexual durante la infancia o adolescencia y consideraron que no les afectó hayan presentado una media menor en síntomas de depresión, aún que quienes no tuvieron un incidente de esta índole, afectó los resultados al no encontrar una relación entre este evento y los síntomas de depresión. Esta situación, contraria a las hipótesis pertinentes, se discutirá más adelante.

Tabla 20
Relación entre violencia en la infancia y síntomas de depresión

Variables	Síntomas depresión		F	P
	Media	DS		
Golpes				
Sí	41.55	8.43	4.25	0.040
No	39.16	9.00		
Amenazas				
Sí	42.12	8.01	8.92	0.00
No	38.85	9.26		
Hostigamiento sexual				
No	40.91	9.33	2.62	.074
Sí, no traumático	36.80	7.15		
Sí, sí traumático	41.50	8.20		

3.3 Asistencia

Carmen: Yo quiero comentar algo, desde la primera clase, lo que yo sentí cuando me dieron esto. Cuando salí de aquí con mi cuaderno y mi libro me hicieron sentir importante, me sentí importante y joven porque me acordé cuando iba a la primaria, cuando estaba estudiando y me sentí muy bien conmigo misma. Yo me sentí bien porque yo sé que estoy haciendo algo que a mí me gusta, que me está llamando la atención y sé que me va a dejar algo de provecho (C 1).

A continuación se presentan los datos sobre la asistencia de las participantes desde el momento de la primera cita hasta el seguimiento. Como puede apreciarse en la Tabla 21, de 400 mujeres, a quienes les dio cita el personal de enfermería y trabajo social, 291 asistieron a la entrevista inicial; es decir, 109 mujeres que mostraron interés en primera instancia para asistir a la intervención, no lo hicieron y, aunque se les dio una segunda oportunidad, nuevamente no asistieron. Treinta y siete de las que se presentaron a la

evaluación pre-tratamiento no cumplieron con los criterios de elegibilidad por razones de edad, consumo de sustancias, enfermedades como diabetes e hipertensión; presentar ideación suicida o estar en tratamiento psicológico o farmacológico. De las que iniciaron, 135 concluyeron con el proceso de intervención y las dos evaluaciones subsiguientes.

Tabla 21. Número de sujetos en cada fase del programa

	IG* f (%)	IIM** f (%)	Total f (%)
Cita primera vez	296 (100)	104 (100)	400 (100)
Evaluación pre-tratamiento	207 (69.9)	84 (80.7)	291 (72.7)
Evaluación post-tratamiento	107 (36.1)	47 (45.1)	154 (38.5)
Evaluación seguimiento	93 (31.4)	42 (40.3)	135 (33.7)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención Individual mínima

En cuanto a la IG (Tabla 22) la mayor pérdida de sujetos se dio entre la primera evaluación y el inicio de la intervención (25%) y entre la primera y segunda sesión (19%). Después de haber asistido a tres sesiones la deserción fue pequeña (6% de 109). La pérdida de sujetos en la evaluación post-tratamiento (1.8% de 109) y el seguimiento (13% de 107) también son bajas en comparación con los datos de estudios similares porque quienes no asistieron a las citas fueron entrevistadas en sus casas. Se condujeron ocho grupos con alrededor de 10 participantes por grupo.

Tabla 22. Asistencia a la intervención grupal

	Asistencia f (%)	Pérdida de sujetos f (%)
Aceptadas al curso	179 (100)	---
Asiste una sesión	134 (74.8)	45 (25.2)
Asiste dos sesiones	116 (64.8)	18 (10)
Asisten de 3 a 6 sesiones	109 (60.9)	7 (3.9)
Ev. Post- tratamiento	107 (59.7)	2 (1.1)
Ev. Seguimiento	93 (51.9)	14 (7.8)

En cuanto al grupo de intervención individual (Tabla 23), no hubo pérdida de sujetos entre la primera evaluación y la intervención debido a que la ésta se dio en la misma ocasión. Entre la intervención y la evaluación postratamiento se observa una gran pérdida de sujetos (37%) debido, en gran medida, a diversos errores de una de las entrevistadoras por lo que hubo que desechar 21 casos (28%). Si se toma esto en cuenta, la pérdida real fue de 9.3%. En el seguimiento no fue contactado sólo 11% de los casos, ya que también se entrevistó en casa a quien no se presentó a su cita.

Tabla 23. Asistencia a la intervención individual

	Asistencia f (%)	Pérdida de sujetos f (%)
Aceptadas	75 (100)	—
Ev. Post- tratamiento	47 (62.6)	—
No contactadas post-tratam.	—	7 (9.3)
Perdidas por mala aplicación	—	21 (28)
Ev. Seguimiento	42 (56)	5 (6.6)

3.4 Efectos de la intervención

Angela: Bueno a mí, yo sí logré lo que quería, este, salir adelante o sea arreglarme y ya no sentirme tan aplastada que todos me veían mal ¿no?, y dame mi respeto y exigir que me traten como yo quiero que me traten (f 2).

3.4.1 Homogeneidad de la muestra

Antes de iniciar propiamente el análisis de resultados se realizaron varias comparaciones para verificar homogeneidad de los grupos de intervención grupal e individual mínima, similitud de la población que asiste, que no asiste o deserta y entre los diferentes centros de salud.

a) Homogeneidad de los grupos IG e IIM

La homogeneidad entre los grupos de intervención se evaluó en las variables más relevantes (edad, ingreso, estado civil, ocupación, escolaridad, síntomas de depresión, episodio depresivo actual, distimia y episodios depresivos previos). En ninguna de las comparaciones se encontró una diferencia significativa ($P < .05$). Tales resultados aseguran que los análisis estadísticos que se proponen son adecuados.

b) Homogeneidad entre los sujetos que desertan y concluyen con la intervención.

Se comparó a las participantes del grupo IG que llegaron a la evaluación de seguimiento (93), a las evaluadas inicialmente pero que no asistieron a la intervención ($n = 45$), a las que desertaron en algún punto de la misma ($n = 32$), y a las que la completaron pero que no pudieron ser contactadas para la evaluación posterior ($n = 16$). No se encontraron diferencias significativas ($P < .05$) en ninguna de las variables referidas. En el grupo IIM, se hicieron comparaciones entre las entrevistadas en el seguimiento ($n = 42$) y las evaluadas al inicio y que recibieron la intervención pero no pudieron ser contactadas posteriormente ($n = 26$). En ninguna de las variables se encontraron diferencias significativas ($P < .05$). Estos datos apoyan la validez externa de los resultados.

c) Homogeneidad entre los grupos de los centros de salud.

Tampoco se encontraron diferencias significativas en las variables estudiadas ($P < .05$) entre las muestras de los cuatro centros de salud: Cuauhtémoc ($n = 106$), Iztapalapa ($n = 30$), José Castro Villagrara ($n = 42$) y Zacatenco ($n = 28$), lo que permitió considerarlas como una sola en los análisis subsecuentes. Diferencias mínimas se hallaron en las siguientes comparaciones:

- a) Ingreso ($F = 4.42$, $P < .01$). Mayor ingreso, de entre \$600 y \$1000 mensuales en promedio, en el Castro Villagrara.
- b) Estado civil ($X^2 = 10.5$, $P < .03$). Mayor de mujeres solteras y divorciadas que en los otros grupos, en Cuauhtémoc.
- c) Escolaridad ($X^2 = 12.95$, $P < .04$). Mayor número de mujeres con nivel de primaria, en Iztapalapa.

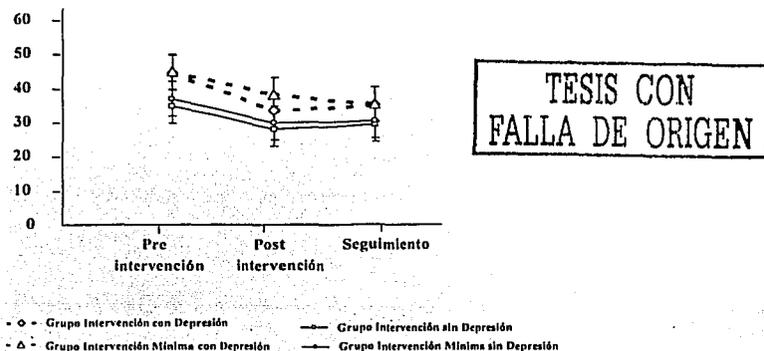
3.4.2 Cambios en los síntomas de depresión y en otras variables dependientes

Verónica: También a mí me sirvió de mucho, me gustaron mucho las sesiones, esto, porque ya no me siento mal como antes me sentía, con dolores de cabeza casi diario y ahora, ya me siento muy tranquila, muy feliz siento que soy muy feliz; ahora con mis clases y, pues ya dame mi tiempo, también a mí, me gusta mucho todo eso (12).

Se procedió a comparar las medias en los síntomas de depresión (CES-D) entre las tres evaluaciones para cada condición (IG e IIM) y para cada nivel de diagnóstico del DSM-III -con depresión y sin depresión-. Los resultados se presentan en la Figura 9.

En esta figura puede observarse en todos los casos una reducción en dichos síntomas en las evaluaciones pos-tratamiento y seguimiento. Un análisis de varianza múltiple para medidas repetidas usando los Modelos Lineales Generales (GLM por sus siglas en inglés), con las variables distimia y episodios depresivos previos incluidas como covariables dio los resultados que se presentan en la Tabla 24. Éstos muestran, conforme a las hipótesis, diferencias significativas al interior de los grupos -entre pre, pos y seguimiento-, pero, contrario a las hipótesis, no entre las condiciones -IG e IIM-. Estos resultados se dieron en ambos diagnósticos -con y sin depresión actual (DSM-III)-.

Figura 9. Cambios en síntomas de depresión (CES-D)



Por otra parte, se vio que los diagnósticos de distimia y de episodios depresivos previos, que se esperaba podían afectar negativamente los resultados, no mostraron una influencia significativa. Comparaciones posteriores entre las medias (con el procedimiento de Bonferroni) mostraron diferencias significativas entre las evaluaciones pre y pos-tratamiento y pre y seguimiento, pero no entre las evaluaciones pos-tratamiento y seguimiento.

Tabla 24. Análisis de varianza para síntomas de depresión (CES-D)

	gl	F	Sig.
Sin Depresión DSM-III			
Intra grupos	2	13.09	.00
Intra grupos con Distimia	2	1.34	.26
Intra grupos con Episodios Previos de Depresión	2	1.40	.24
Intra grupos por condición (IG e IIM)	2	0.11	.89
Con Depresión DSM-III			
Intra grupos	2	4.5	.01
Intra grupos con Distimia	2	0.66	.51
Intra grupos con Episodios Previos de Depresión	2	0.03	.96
Intra grupos por condición (IG e IIM)	2	2.27	.10

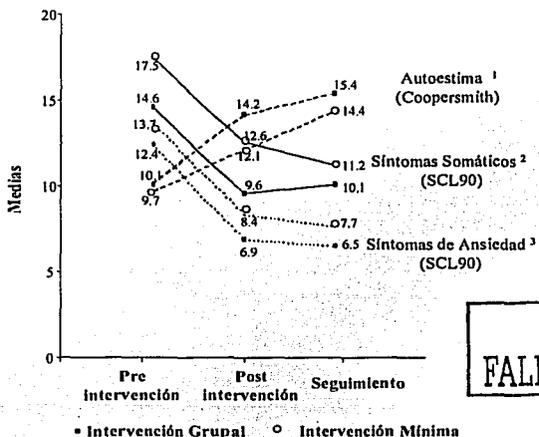
Aunque los datos anteriores apoyan la hipótesis de trabajo de que las intervenciones llevarían a una disminución de síntomas de depresión, una pregunta relevante en este tipo de estudios es qué tan significativos son tales cambios desde un punto de vista clínico. Para contestarla, se analizaron los cambios de la evaluación inicial al seguimiento en las categorías (*sin síntomas, leve, moderada y severa*) de la escala de síntomas de depresión (CES-D). Los datos mostraron que 58 (43.0%) de los casos mejoraron, 42 (45.2%) en el grupo IG y 16 (38.1%) en el de IIM; 75 (55.6%) permanecieron en la misma categoría, 47 (50%) en la IG y 28 (66.7%) en la IIM, mientras que dos (1.5%) empeoraron, ambos de la IG. Por otra parte, se analizó el porcentaje de casos *severos* (CES-D) en el seguimiento con relación al diagnóstico de depresión (DSM-III). Se observó 32.0% con *síntomas severos* en la IG y 41.2% en la IIM de quienes no tenían un diagnóstico de depresión, comparado con 63.8% en la IG y 68% en la IIM de quienes tenían dicho diagnóstico. Es decir, un elevado número de las mujeres con síntomas severos también presentaron un diagnóstico de depresión.

Cambios en los síntomas somáticos y de ansiedad y autoestima

Adela: Para mí fue muy importante por muchas razones, entre ellas la más importante siento que ahora he aprendido a analizarme, no te voy a decir que he cambiado, estoy tratando de cambiar. En lo que sí he cambiado mucho para mí el venir aquí fue un reto muy importante porque yo no me subía al metro, yo no tomaba camiones, yo no andaba sola por estos rumbos, yo para acá en la vida entonces para mí, no sabes el problema que era venir. No a este curso sino al que viniera yo no dormí de pensar que me iba a subir al metro y de cómo le iba a hacer. Y de que la gente, si te roban... Entonces yo para mí, me extraña de veras esto que estoy haciendo (C 2).

Los análisis de varianza llevados a cabo para las variables relacionadas con la depresión -síntomas somáticos, síntomas de ansiedad y autoestima- mostraron diferencias significativas al interior de los grupos (pre, pos y seguimiento) en la dirección esperada, pero no entre las condiciones IG e IIM. Igualmente las comparaciones posteriores entre las medias (con el procedimiento de Bonferroni) presentaron diferencias entre las evaluaciones pre y pos y pre y seguimiento, pero no entre las evaluaciones pos-tratamiento y seguimiento (Figura10).

Figura 10. Cambios en síntomas y autoestima



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

¹ Manova Efecto Entre-grupos: $F = 1.5, P > .22$ Efecto Intra-grupos: $F = 49.9, P > .00$

² Manova Efecto Entre-grupos: $F = 2.2, P > .14$ Efecto Intra-grupos: $F = 20.8, P > .00$

³ Manova Efecto Entre-grupos: $F = .86, P > .35$ Efecto Intra-grupos: $F = 35.6, P > .00$

Cambios en depresión (DSM-III)

Aunque no se establecieron hipótesis en cuanto a cambios en el diagnóstico clínico de la depresión en el seguimiento, un análisis del total de la muestra exhibió los siguientes resultados. De los 72 casos que presentaron depresión al inicio 43 ya no la presentaron (60%) y 29 (40%) siguieron igual; de los 63 casos sin diagnóstico 51 (81%) siguieron igual y se presentaron 12 nuevos casos (19%).

Efecto de algunas variables sociodemográficas y sociales sobre los cambios en síntomas de depresión.

Rosario: siento que retomé muchas cosas que a veces uno hace de lado, por las cuestiones de ser ama de casa, he. El tomar conciencia de lo que, bueno de lo que uno tiene de lo que ve, de que uno le ve las cosas malas y que bueno, tienen solución, este, pues también me ha ayudado mucho a relajarme y, en especial, bueno, la actitud de usted (de la facilitadora) (1 2).

Se realizó un análisis de varianza múltiple adicional (para las condiciones IG e IIM en las evaluaciones pre, pos y seguimiento) para evaluar la influencia de diversas variables: edad, ocupación, ingreso y escolaridad y acontecimientos de la vida y apoyo social evaluadas al inicio, sobre la variable dependiente síntomas de depresión. De nuevo, se encontraron diferencias significativas al interior de las condiciones, pero no entre ellas. Resultaron significativas las covariables acontecimientos de la vida ($t = 3.365$, $P < .001$) y apoyo social ($t = -2.34$, $P < .021$). Un análisis similar llevado a cabo con las mismas covariables sociodemográficas y acontecimientos de la vida y apoyo social (las dos últimas consideradas como mediadoras) evaluados en el seguimiento, mostraron una influencia significativa de la escolaridad ($t = -.082$, $P < .04$) y acontecimientos de la vida ($t = 4.82$, $P < .00$) y, tangencialmente significativo, el apoyo social ($t = -1.89$, $p < .06$). Menor escolaridad, más acontecimientos de la vida y menos apoyo social al inicio influyeron en más síntomas en la evaluación de seguimiento.

3.4.3 Conductas de autoayuda

Carmen: Viendo el letrero de " YO SOY IMPORTANTE ME TENGO QUE DAR TIEMPO A MI MISMA", sin embargo, me doy cuenta que para los demás yo he visto cómo, pero han tenido lo que necesitan. Sin embargo, para mí, no he tenido para pagar 20 pesos de la mensualidad de la clase de natación, 15 pesos para recoger los zapatos que mandé arreglar con el zapatero. Con esto me estoy dando cuenta que no estoy siendo justa conmigo misma. Lo mismo la tarea hasta hoy la estoy haciendo (C 1)

En apoyo a las hipótesis planteadas, 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* (Tabla 25).

Tabla 25. Conductas de autoayuda: comparación entre Intervención Grupal e Intervención Individual Mínima

	Post-intervención			Seguimiento		
	IG n=107 f (%)	IIM n= 47 f (%)	χ^2	IG n= 93 f (%)	IIM n= 42 f (%)	χ^2
Leyó el material educativo	93 (86.9)	47 (100)	5.274**	58 (63.0)	39 (92.9)	11.375 ***
Se dio tiempo para ella misma	86 (80.4)	30 (63.8)	3.960**	76 (82.6)	31 (73.8)	0.895
Escribió sus problemas	77 (72.0)	28 (59.6)	1.774	42 (45.7)	22 (52.4)	0.288
Platicó con alguien sobre sus problemas	77 (72.0)	33 (70.2)	0.001	70 (76.1)	31 (73.8)	0.005
Realizó ejercicios de reflexión de cada capítulo	82 (76.6)	30 (63.8)	2.093	44 (47.8)	25 (59.5)	1.146
Realizó los ejercicios cognitivo-conductuales	69 (64.5)	16 (34.0)	11.038*	53 (57.0)	22 (52.4)	0.097

* $p < .047$ ** $p < .022$ *** $p < .001$

La lectura fue la actividad más reportada, debido, probablemente, a la motivación que se logró y a que, conforme a lo que reportan sobre sus hábitos de lectura, es algo común para muchas.

Al comparar la medida en que cada grupo practicó estas acciones (Tabla 25) se observaron diferencias significativas entre las condiciones -IG e IIM- solamente en algunas de ellas: un número mayor de sujetos en el grupo IIM *leyó el material educativo por cuenta propia* tanto en la evaluación pos-tratamiento como en el seguimiento, como consecuencia de que éste no era revisado en el proceso de intervención. Por otra parte, en la evaluación pos-tratamiento, en la condición grupal mayor número de participantes reportó *dedicar para sí misma* y *practicó las actividades cognitivo-conductuales*. Sin embargo, estas diferencias no se mantuvieron a los cuatro meses. Con lo cual no se confirmó la hipótesis de que la intervención grupal sería superior en este aspecto.

Las actividades de autoayuda fueron diseñadas para reducir los síntomas de depresión. Con el fin de evaluar la relación entre éstas se compararon las medias del CES-D de las participantes que las llevaron a cabo, con las que no, por medio de pruebas *t* (para toda la muestra). Los resultados de estas comparaciones (Tabla 26) señalan que, en el postratamiento, las actividades *se da un tiempo cada semana*, *habló con alguien sobre sus problemas* y *realizó tareas cognitivo-conductuales* se relacionaron con menos síntomas de depresión. En la fase de seguimiento, todas éstas permanecieron significativas a excepción de *habló con alguien sobre sus problemas*; en la evaluación *los ejercicios de reflexión* también mostraron una relación significativa con la disminución de síntomas.

La razón principal para no realizar estas actividades fue por *falta de tiempo*. El sesenta por ciento de las participantes en la IG y 64% en la IIM mencionaron esta razón, por lo menos para una de las actividades. Entre las razones más específicas se encuentran: para no haber leído el material, *haberlo prestado* (0% en la IG y 19% en la IIM), para no escribir, *no gustarles* (31%, 36%), *no necesitarlo* (17%, 6%) o *no tener privacidad* para hacerlo (26%, 36%); para no hablar con alguien, *no tener con quién* (52%, 50%) y *no confiar en nadie* (30%, 45%). Entre las personas a quienes se dirigieron para hablar sobre sus problemas

están: amigas (47%, 51%), pareja (15%, 14%), hermanas (9%, 12%) y otros parientes (5%, 6%).

Tabla 26. Relación entre conductas de autoayuda y síntomas de depresión (CES-D)

		Post-intervención n= 154			Seguimiento n= 135		
		Media	DS	t	Media	DS	t
Leyó el material educativo	Si	32.73	8.6	0.932	33.02	9.53	-0.123
	No	30.42	10.99		33.24	8.91	
Se dio tiempo para ella misma	Si	30.50	7.5	4.810***	31.44	8.75	-4.287***
	No	38.71	9.58		39.55	8.88	
Escribió sus problemas	Si	32.35	8.5	-0.356	32.00	8.82	-1.286
	No	2.89	9.57		34.07	9.73	
Platicó con alguien sobre sus problemas	Si	31.62	8.57	-2.017*	32.59	9.43	-1.059
	No	34.77	9.15		34.57	9.00	
Realizó ejercicios de reflexión de cada capítulo	Si	31.85	8.50	-1.542	31.00	8.94	-2.723**
	No	34.30	9.52		35.29	9.29	
Realizó los ejercicios cognitivo-conductuales	Si	31.27	8.11	-1.977*	31.09	8.60	-2.790**
	No	34.07	9.46		35.48	9.65	

* P < .05 ** p < .01 *** p < .001

3.4.4 Búsqueda de ayuda especializada posterior

En el seguimiento a los cuatro meses, 23 participantes (21%) en la IG y 8 (17%) en la IIM reportaron haber buscado ayuda especializada después de la intervención. Pero, contrario a la hipótesis de que las participantes de la IIM solicitarían más ayuda posterior, no hubo diferencias significativas entre las condiciones ($\chi^2 = .176, P > .67$). Además, con el fin de averiguar si los niveles de depresión se relacionaron con la búsqueda subsecuente de ayuda, se compararon las medias en los síntomas de depresión en el CES-D entre quienes solicitaron ayuda y quienes no, por medio de pruebas t , en cada fase de evaluación. Se encontraron diferencias significativas en la evaluación pre-tratamiento ($t = .719, P < .008$), en las mujeres que solicitaron ayuda reportaron más síntomas de depresión ($M = 44.61, DE 8.20$), que las que no ($M = 40.3, DS 7.99$). En las evaluaciones de post-tratamiento no se encontraron diferencias entre unas y otras ($M = 35.0, DS 8.45; M = 31.8, DS 8.84; t = -1.781, P < .07$) y seguimiento ($M = 33.5, DS 9.7; M = 32.90, DS 9.25; t = -.318, P < .75$), en las cuales ambos grupos mejoraron.

Respecto a quién se dirigieron en su solicitud de ayuda, 64.5% lo hizo con un psicólogo y 19.4% con un psiquiatra.

3.5. Evaluación del programa

Fernanda: Pues yo quiero darles las gracias por todo pero muy especial a (las facilitadoras) porque yo creo que en muy poco tiempo sí lograron concretar muchas cosas. Sí, realmente nos escuchaban, simplemente, ahora que dijiste que nuestros padres hicieron lo mejor que pudieron, fue algo así como que ah... Para mí como que nunca lo hubiera pensado, siempre recriminando, siempre pero bueno. Sí es cierto, o sea eso para mí es así como mi ley, es mi base, porque es la base para perdonarlos para entenderlos y luego para entender por qué soy así. Por qué somos así y bueno somos seres humanos. Hicieron más bueno por mí de lo que hicieron malo ¿verdad?. Y pues muchas gracias, porque es la base... (C 2).

A pesar de la permanencia de elevados niveles de síntomas de depresión en la fase de seguimiento, más de la mitad consideró que la intervención tuvo *gran influencia en sus vidas* y más de una tercera parte *alguna* influencia (Tabla 27). Al darle valores a la escala ordinal (*ninguna influencia* o *influencia negativa* = 0, *alguna influencia* = 1, y *gran influencia* = 2), las comparaciones realizadas con la prueba de Mann-Whitney entre las condiciones de

grupo e Individual mostraron que no hubo diferencias significativas en la evaluación pos-tratamiento ($P = .113$), sin embargo, a los cuatro meses, las participantes de la IG reportaron una influencia significativamente mayor que las participantes de la IIM ($P < .05$).

Tabla 27. Grado de influencia atribuida a la intervención

	Post-intervención		Seguimiento	
	IG* N= 107 f (%)	IIM** N= 47 f (%)	IG* N= 93 f (%)	IIM** N= 42 f (%)
Influencia negativa	---	---	1 (1.1)	---
Ninguna influencia	3 (2.8)	2 (4.3)	1 (1.1)	3 (7.1)
Alguna influencia	37 (34.6)	22 (46.8)	29 (31.2)	18 (42.9)
Gran influencia	67 (62.6)	23 (48.9)	62 (66.7)	21 (50.0)

* IG Intervención grupal ** IIM Intervención individual mínima

Las razones que señalaron para percibir *alguna* o *gran* influencia se categorizaron a partir de las respuestas a preguntas abiertas (Tabla 28). Éstas 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*. A este respecto, se observaron diferencias significativas entre las condiciones en la evaluación pos-tratamiento, en donde el grupo IIM reportó *mayor comprensión de sus problemas* y el IG que *enfrenta mejor sus problemas* ($P < .05$).

Por otra parte, las razones que dieron para percibir que la intervención no tuvo *ninguna* influencia fueron, en la IG, que *sólo se quería información, que los problemas que se trataron no se aplicaban a ellas y que, no se habían involucrado en el proceso*. En la IIM dijeron que *no se siguieron las sugerencias, que no llenó sus expectativas para enfrentar la depresión y que ya sabían lo que era la depresión*. Una participante mencionó que *se ha vuelto agresiva como consecuencia de nuevos acontecimientos negativos*. La razón que dio

la única mujer que dijo que la intervención tuvo un efecto negativo fue porque *se dio cuenta de algo muy agresivo en ella*.

Tabla 28. Razones por las que perciben *alguna o gran* influencia

	Post-intervención			Seguimiento		
	IG N=107 F (%)	IIM n= 47 f (%)	X ²	IG n= 93 f (%)	IIM N= 42 f (%)	X ²
Entendió mejor sus problemas	14 (13.1)	13 (27.7)	3.843 *	11 (11.8)	10 (23.8)	2.316
Enfrenta mejor sus problemas	25 (23.4)	4 (8.5)	3.792 *	17 (18.3)	9 (21.4)	0.038
Mejora su estado de ánimo	14 (13.1)	8 (17.0)	0.154	24 (25.8)	5 (11.9)	2.542
Cambio en su forma de pensar	16 (15.0)	5 (10.6)	0.215	8 (8.6)	4 (9.5)	0.000
Se conoce y se acepta	13 (12.1)	8 (17.0)	0.309	24 (25.8)	7 (16.7)	0.898
Obtuvo información y conocimientos	13 (12.1)	4 (8.5)	0.148	2 (2.2)	2 (4.8)	0.079
Otros	9 (8.4)	3 (6.4)	0.011	6 (6.5)	2 (4.8)	0.000

* P = 0.05

¿Qué fue lo que más le sirvió de la intervención? Las principales respuestas se clasificaron así: *derivadas del proceso de grupo* (IG 42%, IIM 36%), *mejoría en su autoestima* (12%, 4%) y *ayuda para su depresión* (7%, 9%) En el rubro *derivados del proceso de grupo*, se incluyeron las siguientes respuestas. En la IG: *haberse dado cuenta de los problemas de otras, darse cuenta que otras mujeres tenían problemas similares o peores a los de ella, el apoyo del grupo, las reflexiones sobre varios aspectos, las sugerencias que se hicieron, y compartir con las demás*. Tanto en la IG y como en la IIM: *haber podido expresar sus*

sentimientos y problemas, y en la IMM: sentirse entendida y sentir que podía confiar en la orientadora.

Respuestas del grupo IIM a ¿Cómo le ayudó el curso?

Gabriela: *El principio de empezar a conocarme*

Daniela: *Leer experiencias de personas que han vivido lo mismo. Me dan consejos para valorarme, preocuparme por mí, darme tiempo a mí.*

Andrea: *Me ayudó el contenido del libro. Me di cuenta de muchas cosas que no se sabe cómo canalizar. Comprendo mejor las situaciones que vivo con mi pareja.*

Patricia: *Me he defendido de la depresión para no caer como al principio.*

Lorena: *Modificar conductas; relegar responsabilidades.*

Como respuesta a la pregunta, **¿Qué fue lo que menos le sirvió?** Veintisiete por ciento de las participantes en la IG y 17% en la IIM reportó lo siguiente: en la IG: *los temas no se aplicaban a ella* (6%) *pocas sesiones* (45%), *escuchar los problemas de las participantes* (4%), *no poder expresar lo que sentía* (2%), *no hacer los ejercicios de autoayuda* (4%); en la IIM: *los temas no se aplicaban a ella* (4%) y *las sugerencias de escribir sobre sus problemas* (4%).

En cuanto al **material educativo**, encontraron más útil: *las experiencias de la infancia que llevan a la depresión* (15% y 33%), *los aspectos de género* (23% y 24%), *las sugerencias de autoayuda* (30% y 7%), y *las formas de pensar y los síntomas asociados a la depresión* (14% y 12%). En el seguimiento a los cuatro meses, 37% en la IG y 17% en la IIM hablan continuado con la lectura del material educativo; de las que lo seguían leyendo 53% en la IG y 40% en la IIM lo hacían varias veces a la semana y que el resto lo hacía con menor frecuencia. En *el tiempo que se dieron a sí mismas* las principales actividades reportadas fueron, *recreativas* (46% y 57%) *sociales* (36% y 13%) y otras -*escribir, rezar, leer, hacer trabajos manuales, ejercicio físico y salir a vender-* (59% y 73%).

En cuanto a **características positivas que observó en la facilitadora**, 99% reportó por lo menos una. Estas fueron: (a) Su actitud (IG 31%, IIM 23%). Dicha categoría incluyó los siguientes aspectos: *habilidad para escuchar, inspira confianza, pone atención, es comprensiva, da ánimos, muestra seguridad y es expresiva, paciente y positiva.* (b) La

manera en la que condujo la intervención (34%, 13%). En esta categoría se incluyó: *hacía sugerencias, daba tiempo, se mostró asertiva, manejó bien el grupo y es clara, objetiva y puntual; las hacía pensar, señalaba cuando alguien tenía la razón, su experiencia y que fuera mujer*; (c) sus conocimientos (15%, 9%) y (d) todo fue positivo (23 19%). Catorce por ciento (IG) y 8% (IIM) reportó aspectos negativos de la facilitadora. Estos fueron: en la primera: *no dio suficiente tiempo para escuchar a las participantes, no dio soluciones a sus problemas y sus soluciones fueron muy específicas*; en la IIM: *no hizo ninguna sugerencia*.

Cómo percibe su entorno el cambio de las mujeres

En los primeros grupos se observó que algunas mujeres tenían problemas con sus parejas por participar en la intervención, por lo que se comenzó a preguntar sobre la reacción de las personas con quienes conviven. Así, a la pregunta *¿qué le han dicho por haber tomado el curso?* (a) Le dijeron que ha mejorado (42.6%); (b) no le dijeron nada (32.5%); (c) la reacción fue de enojo, desconcierto o temor por su cambio *-te vas a volver loca, no sirve-* (10.1%); (d) le preguntaron si le sirvió o si se va a volver psicóloga (10.1%); (e) hizo un comentario con un tono positivo: *que siga yendo, que ponga en práctica lo que aprendió* (5.6%); (f) otros familiares se involucraron leyendo el material o haciendo los ejercicios (3.3%) y (g) una persona (1.1%) no le avisó a nadie que estaba tomando el curso.

4 Discusión y Conclusiones

El proyecto tuvo como **objetivo** diseñar y evaluar una estrategia preventiva de la depresión, que fuera posible –por eficaz, sencilla y pertinente- de utilizarse en los servicios de primer nivel. Así, las receptoras de la intervención deberían mostrar riesgo de depresión, definido como sintomatología depresiva moderada o severa (CES-D), pero no cumplir aún con los criterios de una depresión mayor (DSM-III). Los resultados del estudio de factibilidad mostraron, por una parte, que muchas de las mujeres con malestar moderado no buscaban ayuda; y por otro, que la mitad de las interesadas en recibirla presentaban síntomas de suficiente intensidad como para sospechar una posible depresión clínica. Esto llevó a ampliar el objetivo del estudio para incluir también a dicho grupo. La decisión tomó en cuenta que la intervención pudiera tener mayor grado de aplicación en el futuro, a la vez que ofrecer alguna ayuda a dicha población, qué, como se ha mencionado, cuenta con limitados servicios de salud mental. Por otro lado, había que considerar un aspecto de índole práctica: poder reunir la muestra necesaria para el estudio en el tiempo estipulado. Posiblemente, dedicando más tiempo a identificarlas y motivarlas, se hubiera podido reclutar sólo a mujeres en riesgo de depresión pero esto pudo significar que el estudio no se concluyera en el lapso programado. El nuevo objetivo, derivado de este cambio, fue evaluar una *intervención preventiva* para las mujeres con síntomas pero sin diagnóstico de depresión y una *intervención temprana* para las mujeres con dicho diagnóstico. Como se ha mencionado, las diferencias entre ambas intervenciones tienen más que ver con el momento en que se tiene acceso a la población que con las características de las mismas (Tableman y cols., 1985).

En tanto el estudio pretendía que la intervención fuera útil en el primer nivel de atención, es importante señalar algunos de los elementos que permitieron llevarla a cabo con éxito. Estos fueron: el apoyo del director o directora del centro de salud para desarrollar el proyecto; que el personal se involucrara en el reclutamiento de las participantes y que se proporcionara el espacio adecuado para las entrevistas y la conducción de sesiones grupales. En el estudio de factibilidad, cuando estas condiciones no se cumplieron, los objetivos no se pudieron lograr, pese al interés de algún miembro del personal. Como se pudo constatar, las participantes llegaron a solicitar ayuda principalmente por referencia del personal médico y paramédico del centro de salud y por los folletos y carteles informativos distribuidos en dichos centros y en la comunidad. Por eso, la importancia de que las

autoridades estén convencidas sobre la relevancia de la atención de este trastorno y así apoyen las acciones pertinentes. Tres de los centros que se involucraron atienden la salud mental y uno más es de medicina general, pero cuenta con un servicio de salud mental, por lo que aún hay que explorar más ampliamente cómo transferir esta experiencia a otros servicios de medicina general menos sensibles a los problemas mentales que los que colaboraron en este estudio.

Como se había anticipado, llevar a cabo un **proyecto de prevención** iba a representar un enorme reto, entre otras razones porque en nuestro país no existe una cultura de prevención para una amplia gama de situaciones, y porque las intervenciones preventivas no resultan automáticamente lógicas para las personas que no están enfermas (Eaton y Harrison, 1996). A estos obstáculos cabría añadir, lo que coloquialmente podría calificarse como "aguante" de las mujeres mexicanas, pues se ha observado que, aún cuando padecen gran malestar emocional, se mantienen activas y siguen haciéndose cargo de sus responsabilidades familiares y laborales (Salgado de Snyder y cols., 1992, Lara y cols., 1993a). Con base en las respuestas de las mujeres participantes en la intervención podrían planearse futuras acciones preventivas y terapéuticas, tomando en cuenta que asistieron, no sólo por estar deprimidas, sino debido a problemas con los hijos, la pareja, familiares y económicas. Es decir, atraerlas a las intervenciones ofreciéndoles ayuda en estas áreas. Es importante subrayar este aspecto, pues como se ha hecho notar, mujeres que reciben un tratamiento combinado -farmacológico y psicológico- atribuyen su mejoría no a los medicamentos, sino al apoyo recibido a sus problemáticas vitales (Escobar y cols., 2000). Por lo tanto, es un acierto que los folletos informativos utilizados en el estudio, además de mencionarse los síntomas de depresión se alude a algunos de estos problemas.

Como resultado de la promoción comunitaria en las cuatro instituciones involucradas, se dio cita a 400 mujeres, de éstas **asistió** una tercera parte y recibió las dos evaluaciones posteriores. La pérdida de sujetos es común en estos estudios; algunos autores reportan deserciones de entre 15 y 35% (McGrath y cols., 1990; Mrazek y Haggerty, 1994), por lo que esta pérdida no puede atribuirse a algún factor específico del estudio. La mayor deserción se dio entre hacer cita y asistir a ésta. Aunque no tenemos información para explicar el por qué de la inasistencia, podemos suponer falta de convencimiento, sentirse presionadas y no haber podido negarse o estar convencidas pero haber cambiado de

opinión. A este respecto en el futuro será recomendable desarrollar una estrategia más efectiva para motivar a quién lo necesite a recibir tratamiento. La siguiente pérdida de sujetos se dio después de la evaluación inicial o en las primeras sesiones y una mucho menor durante las sesiones posteriores. Aunque tampoco se tiene información sobre los motivos, con base en el conocimiento de la población, puede considerarse como plausible la falta de tiempo debido a sus múltiples actividades: como el cuidado de los hijos, tareas de la casa o trabajo extradoméstico. Algunos autores coinciden en que, en la terapia, el abandono durante los primeros contactos se debe a un problema de "enganche" o empatía, y como causas de deserción después de varias consultas, el que ya no consideren necesario el tratamiento (Fernández y cols., 1996) o, por el contrario, tener expectativas negativas o sentir que no mejoran (McGrath y cols., 1990). Otras razones pueden ser la resistencias psicológicas que algunas personas muestran cuando tienen que enfrentar sus problemas emocionales; que la intervención no cumpla con sus expectativas o porque el contenido de la entrevista inicial las haya disuado de asistir. Por el contrario, la deserción después de haber asistido a dos sesiones fue pequeña (6%), esto puede indicar que quienes se quedaron se sintieron satisfechas con la atención recibida. La pérdida de sujetos en la pos-evaluación (1.8%) y el seguimiento (13%) también fue menor a la inicial, pues se evaluó en casa a quién no asistió. Cuando se interrogó a algunas mujeres sobre por qué no asistían a las entrevistas posteriores, respondieron que consideraban haber recibido lo que querían, estaban satisfechas con eso y que no obtendrían un beneficio adicional. También algunas se negaban a ser entrevistadas en su casa porque su pareja no estaba de acuerdo en que asistiera a la intervención y nuestra presencia le acarrearía problemas.

En pre-tratamiento, se entrevistó a 254 mujeres, 179 de la Intervención Grupal y 75 de la Intervención Individual Mínima. La amplitud de temas incluidos en esta evaluación permitió **caracterizar a la población** con cierto detalle. En primer término, se encontró que ambos grupos -IG e IIM- fueron muy similares en los parámetros investigados. La edad media fue de 35 años, lo cual indica que si la intervención estuvo dirigida a mujeres de entre 20 y 45 años, hubo mayor respuesta en el rango superior de edad. El 66% está casada o vive en unión libre y el resto son solteras (14%) divorciadas, viudas o separadas (20%) y la escolaridad fue muy variada, incluyendo todos los niveles. El ingreso medio resultó de \$3,546; 39%; cuenta con viviendas de entre una y tres habitaciones, 20% no tiene calentador de agua. Más de la mitad realiza algún trabajo remunerado (67%), más de una tercera parte

en el sector informal. Casi cuarenta por ciento es la proveedora principal del hogar y en su mayoría trabaja más de 35 horas semanales. La composición familiar varía entre tres y cinco miembros dependiendo de si es nuclear (66%) o extendida (34%). Más de una tercera parte no tiene pareja, una minoría no tiene hijos (9%) y las que tienen, tienen entre uno y tres. Estos datos indican que aproximadamente una tercera parte pertenece a un nivel social bajo, más de una tercera a un medio nivel bajo y menos de una tercera al medio. Por tanto, sus condiciones de vida son precarias en la mayoría y muchas trabajan para mantener a la familia o para completar los ingresos. Muchas de ellas representan a la clase media empobrecida por décadas de crisis económicas, quienes acuden a los servicios para la población abierta. En este contexto sorprende que pudieran darse tiempo para asistir a sus citas lo que a la vez demuestra la gran necesidad de ayuda que tienen. Para poder asistir, algunas llevaban a sus hijos a las sesiones y entonces se les daba cierta atención para que no interrumpieran el desarrollo de la sesión.

Para estudiar la relación entre estas variables y los síntomas de depresión (CES-D) se llevaron a cabo diversos análisis. No obstante lo sesgado de los datos, por la elevada presencia de dichos síntomas y la ausencia de síntomas leves y participantes asintomáticas - lo que hace más difícil encontrar relaciones entre las variables- se observó que menores ingresos, educación de secundaria (en comparación con universitaria) y el dedicarse al hogar se relacionaron con mayor sintomatología. Estos resultados son consistentes con los de otros estudios (Belle, 1982b; Brown y cols., 1995; Berenzon y cols., 1998; Lara y cols., 1993a). En cuanto a la edad, de manera similar a lo reportado (Piccinelli y Gomez Homen, 1997) se observó una tendencia a la disminución de síntomas a mayor edad, aunque la correlación no fue significativa. Tampoco se encontró una relación significativa entre el estado civil y los síntomas de depresión, aunque las solteras, confirmando lo que se ha reportado en la literatura (McGrath y cols. 1990), presentaron menos síntomas de depresión.

Como ya se mencionó, sólo la mitad de las participantes señaló que asistía a la intervención porque estaba deprimida; muchas buscaron ayuda por algún problema personal, familiar, con sus hijos y/o con la pareja. Una quinta parte asistía porque deseaba aprender, informarse o saber sobre el tema. Berenzon (sin publicar) y Mora-Rios (sin publicar), encuentran que las mujeres solicitan ayuda, ya sea a servicios de salud o a en la medicina tradicional, por motivos similares a los aquí reportados. La depresión es vista como

un síntoma de estos problemas y no el problema fundamental por resolver. De manera similar a otros estudios (Medina Mora y cols., 1992), la mayoría buscó ayuda previa para sus problemas con amigos(as) (62%) y familiares (33%) y muy pocas (15%) solicitaron ayuda formal; en mayor número se dirigieron a médicos de instituciones públicas. Más de la mitad consideró que le sirvió mucho la ayuda recibida, pero para casi la mitad resultó insuficiente. Quedó claro que las mujeres no sólo buscan ayuda fuera, sino que ellas mismas intentan diversas acciones para resolver sus problemas, como pensar de manera positiva, distraerse, buscar la cercanía de alguien, rezar; o simplemente dar rienda suelta a sus emociones y, aunque para muchas éstas son de gran utilidad, los efectos son de mejoría en su estado de ánimo pero no les resuelven sus problemas de fondo. La medición de estas estrategias es muy global y más bien en términos cualitativos lo que impide algún otro tipo de análisis, pero los datos resultan interesantes para hacer sugerencias a otras mujeres en tales circunstancias.

Se ha mencionado que contar con un confidente es un factor importante para modular los efectos del estrés (Cohen y Wills, 1985; citado por Monroe y Depue, 1991). Aquí se observó que la mitad no contaba con uno. En cuanto a otros apoyos sociales son las menos quienes se sienten cercanas a su pareja (28%) y una tercera parte no cuenta con una. También sorprende el elevado número de mujeres que no tiene contacto con adultos: ya sea que no fue visitada por sus familiares (60%) o amigas (82%) y a la vez no los visita (familiares: 37% y amigas: 52%) en el último mes. En mayor medida tienen alguien que las apoye si hay necesidad económica (68%) o que les proporcione información (58%), pero diez por ciento no cuenta con ninguno de los cuatro apoyos. Se puede decir que una proporción importante vive aislada en cuanto a contactos sociales y apoyo, lo cual -como se observó y de acuerdo con estudios previos (Brown y Harris, 1986, citados por Becker y Schmalings, 1991)- las lleva a mayor riesgo de síntomas de depresión. Más adelante se profundizará sobre este aspecto.

Los acontecimientos de la vida que se reportaron persistentemente tuvieron que ver con los hijos, la pareja, la familia, laborales y relacionados con la salud. En concreto, se refirieron a las dificultades en la educación de los hijos, amenazas de la pareja, cambios en la manera de comportarse de un familiar, problemas económicos serios, cambios en la frecuencia con la que ven a un familiar, enfermedad de un familiar cercano y dificultades con

parientes. De éstos los que mayor tensión les producen son: las dificultades en la educación de los hijos y los cambios en la manera de comportarse de un familiar. Se observó que la puntuación en esta escala se relacionó positivamente con el número de síntomas de depresión. Ya señalamos que según la literatura dichos acontecimientos sólo producen depresión ante la presencia de otros factores de vulnerabilidad (Monroe y Depue, 1991), y en el esta población se observan múltiples factores de vulnerabilidad. Hay que hacer notar que, tanto por el tipo de acontecimiento como porque se observó que éstos ocurrieron no sólo en el lapso de seis meses sino con anterioridad, parecería que se trata más bien a acontecimientos persistentes en el tiempo y no a eventos vitales como tales.

Así, la evaluación de un modelo para explicar los síntomas de depresión a partir de las variables sociodemográficas, los acontecimientos de la vida y el apoyo social mostró que las variables que predijeron dichos síntomas fueron: menos edad, más acontecimientos vitales y menos apoyo social. Las implicaciones prácticas de estos datos son, con respecto a la edad, que deberá buscarse mayor asistencia de las mujeres más jóvenes y en cuanto a los acontecimientos de la vida y el apoyo social, -no obstante la intervención tuvo como objetivo tratar de diversas maneras dichos aspectos, y en parte, a esto puede deberse su eficacia- se debería ponerles más atención.

La mayoría de las participantes ha tenido experiencias difíciles durante su niñez y adolescencia. Casi la mitad describe su infancia como difícil y 11% muy difícil. Casi el 10% perdió o no se crió cerca de su madre antes de los 11 años y casi 30% del padre. La mayoría (86%) considera que su padre tenía un consumo problemático de alcohol y su madre posible depresión (71%), aunque no encontramos una relación entre éstos y dichos síntomas. Por otra parte, consideraron que sus padres les brindaron una atención que podría considerarse como media, en cuyos extremos estarían el abandono y el cuidado excesivo. La menor atención de los padres se relacionó con más síntomas de depresión como lo reportan los trabajos de (Harris, Brown y Bifulco, 1986).

La violencia es uno de los aspectos más frecuentemente ligados con la depresión en las mujeres (McGrath y cols., 1990; Dennerstein y cols, 1993; Bebbington 1996). Aquí observamos que con frecuencia una tercera parte recibió golpes y un número un poco mayor amenazas e insultos; la mayoría entre los cinco y los diez años. Quienes los habían recibido

tuvieron más síntomas de depresión. Por otra parte, el elevado porcentaje que reportó haber sido hostigada sexualmente en la infancia o adolescencia (56%) fue alarmante y la mayoría (85%) consideró que le afectó mucho. El perpetrador en casi igual proporción fue un desconocido que un familiar (padre, hermanos, tíos u otros). En algunos casos no fue un acontecimiento aislado sino que se repitió con el mismo u otros perpetradores. Por lo menos en 12% de los casos se consumó una violación, en 17% hubo intento y en otros hubo diversos tipos de manoseos (47%). Resultó inesperado el no encontrar una relación entre estas experiencias y los síntomas de depresión, a la vez que difícil de explicar el por qué, con la información que se cuenta, pero es posible que se deba a la manera como se hizo la pregunta: de manera abierta y posteriormente se hicieron las categorías.

Por último, en la evaluación inicial, la población mostró niveles elevados de síntomas de depresión, somáticos y de ansiedad, así como baja autoestima. La mitad recibió un diagnóstico de episodio depresivo actual, casi 70% de episodios depresivos previos y 18% de distimia (DSM-III). Estos datos hablan de una población con alta patología, lo que reafirma la necesidad de proporcionarles alguna forma de ayuda.

Respecto a la relación entre el diagnóstico de depresión (DSM-III) y los síntomas de depresión (CES-D), se observó que, 59% de las mujeres con síntomas severos recibió un diagnóstico de depresión. En este sentido, los datos confirman la observación de que las escalas como el CES-D sobrediagnostican la depresión cuando se comparan con los sistemas diagnósticos categóricos (McGrath y cols., 1990; Muñoz y Ying, 1993). Sin embargo, consideramos qué, en términos prácticos, el uso de dichas escalas es de gran utilidad ya que quienes presentan sintomatología severa, aunque no presenten depresión clínica, también tienen necesidad de ayuda, pues como se ha mencionado, dichos síntomas también tienen evidente significado clínico (Wells y cols, 1989; Zuravin, 1989). (Una discusión más amplia sobre este aspecto se presenta en el Apéndice 7.)

Ya en los **resultados de la intervención**, los análisis de varianza del efecto de las intervenciones sobre los síntomas de depresión (CES-D) mostraron una reducción estadísticamente significativa en las evaluaciones pos-tratamiento a los quince días y seguimiento a los cuatro meses -tanto en la Intervención Grupal como en la Individual Mínima- sin que se encontraran diferencias significativas entre éstas, a pesar de la mayor

reducción de los síntomas en la Intervención Grupal. El que la Intervención Individual Mínima haya tenido un efecto positivo puede deberse a la eficacia del material educativo el cual parece ser un elemento crucial de la intervención y a que se presentó de manera adecuada a las participantes. En segundo término, hay que considerar que la IIM no sólo consiste en los 20 minutos de asesoría -que con frecuencia fueron rebasados- y la entrega del material educativo, sino que la entrevista inicial y las dos subsecuentes también resultaron ser parte fundamental de ambas intervenciones en tanto les proporcionó la oportunidad de hablar de sus problemas, tratar sus dudas y recibir sugerencias. (Una discusión más amplia sobre este aspecto se presenta en el Apéndice 7.) Como se describe más adelante, las participantes de la IIM también mencionaron que la atención personal fue muy benéfica.

Se sugirió que, las variables episodio depresivo actual, episodios depresivos previos, distimia, acontecimientos de la vida y apoyo social (medidos al inicio) podrían tener alguna influencia en la variable dependiente, por los que se les consideró como mediadoras. Los resultados de los ANOVAS indican que el efecto de la intervención no estuvo afectado por la primera, aunque quienes tuvieron tal diagnóstico presentaron más síntomas de depresión (CES-D), tanto en la evaluación pre-tratamiento como en el seguimiento, que quienes no presentaron dicho diagnóstico. En un estudio similar, Dowrick y colaboradores (2000) tampoco encontraron afectación de los resultados de su intervención por dicho diagnóstico. Estos resultados son congruentes con la postura que sugiere que los síntomas de depresión son un continuo en el que no hay evidencia de puntos de corte válidos -como los de los sistemas de clasificación tradicionales-, en donde un resultado sólido se mantendrá con cualquier medida que se utilice (Bebbington, 1996). Los episodios depresivos previos y la distimia, pese a que son indicadores de una mayor severidad, tampoco afectaron los resultados. Los acontecimientos de la vida y el apoyo social, sin embargo sí fueron significativos: una mayor número y/o intensidad de los primeros y un menor número de los segundos se relacionaron con mayor nivel de síntomas de depresión después de la intervención.

Al considerar cómo afecta los resultados el nivel inicial de sintomatología, fue claro que quienes tuvieron un mayor grado, también mostraron más síntomas al final, de manera similar a como lo describen Tedlow y cols. (1998) y en contraste a lo que mencionan Muñoz

y Ying (1993) quienes encuentran mayor mejoría en estos casos como efecto, de lo que denominan, regresión a la media.

El hecho de que el grado de reducción de los síntomas haya estado relacionado con la intensidad de la intervención recibida -lo cual también se observó en el estudio de factibilidad- sugiere una relación entre ambas variables. Una evidencia adicional de la validez interna del estudio proviene de los cambios significativos en la dirección esperada observados en las variables relacionadas con la depresión, como son los síntomas somáticos y de ansiedad y la autoestima, en tanto que los dos primeros se redujeron significativamente y la última mejoró también de manera significativa. Como se sabe, estas variables se encuentran tan relacionadas con la depresión que ésta puede ser simplemente otra manera de decir que las personas están menos deprimidas Bebbington (1996). En términos prácticos, la relación entre la intensidad de la intervención y la reducción de los síntomas, lleva a suponer que una intervención más prolongada puede incrementar la reducción de los síntomas. En el futuro, un objetivo de investigación relevante será la evaluación de intervenciones más prolongadas para determinar cuál es el número mínimo de sesiones que lleve a la mayor reducción de síntomas de depresión.

No obstante la reducción estadísticamente significativa de los síntomas de depresión, muchas participantes siguieron reportando sintomatología severa después de la intervención, lo cual probablemente tiene que ver con la elevada presencia de síntomas al inicio. Ya se dijo que en México otros estudios también han reportado elevados niveles de dichos síntomas en mujeres de estrato medio bajo y bajo, los cuales se han adjudicado, en parte, a la pobreza y las crisis económicas recurrentes del país, así como a la presencia de estereotipos tradicionales de género (Lara, 1991; Salgado de Snyder y cols., 1992, Lara y cols, 1993a). Como bien menciona Weich (1997) la pobreza, el desempleo y la mala vivienda no pueden manipularse. Una causa más para no encontrar una mayor disminución en dichos síntomas puede deberse a que la intervención sensibilizó a las participantes sobre su malestar y a sus problemas y a que ventilaron sus sentimientos negativos, lo que las pudo llevar a reportar más dichos síntomas, según mencionan algunos autores (Murray, 1995). Pese a su malestar, ya se mencionó que la mayoría de las mujeres se mantienen activas y responsables de sus tareas familiares y laborales lo que muestra la necesidad de profundizar, en el futuro, en los síntomas de depresión en las mujeres mexicanas.

En lo que respecta al **diagnóstico de depresión (DSM-III)** si bien éste no era una variable dependiente en estudio, se consideró de interés evaluar los cambios después de la intervención. De los 72 casos de depresión, 60% mejoró y 40% siguió igual, y de los 63 sin depresión, 81% siguió igual y 19% empeoró. Estos resultados muestran que aunque hay una tendencia a la mejoría o a permanecer sin síntomas, un importante número no mejoró y uno menor empeoró; resultados difíciles de interpretar a la luz de que la mayoría mostró satisfacción con la atención recibida por sentirse mejor y haber recibido algún beneficio. Los resultados de Kanton y cols. (1996) y Dowrick y cols. (2000) de intervenciones similares que incluyen además la administración de psicofármacos, muestran reducciones en el diagnóstico de depresión de alrededor del 50%, pero ninguno menciona si hubo casos que empeoraran. Algo que pudo haber influido en nuestro estudio para encontrar nuevos casos, es que con la realización de tantas evaluaciones las entrevistadoras hayan adquirido mayor destreza para detectar casos de depresión en las entrevistas diagnósticas (SCID), o a qué, como hemos dicho, las participantes se hayan sensibilizado a sus síntomas y los haya reportado más.

Pero, volviendo a la pregunta de qué tan significativos son estos resultados deseamos parafrasear a Long (1986), quien afirma que, dada la magnitud de la problemática de depresión en las mujeres pobres, la discapacidad que conlleva, el sufrimiento que produce y el peso económico con el que cargan, aun una modesta reducción en el número de síntomas o en la discapacidad justificaría utilizar ésta u otra intervención.²⁴

Una quinta parte de las participantes **solicitó ayuda posterior de un especialista**; esta solicitud no fue mayor en el IIM como se hipotetizó, por haber recibido una intervención más breve. Las mujeres que durante la evaluación basal reportaron mayor número de síntomas fueron quienes más solicitaron tal ayuda; no obstante que en el pos-tratamiento sus medias no fueron más altas que las de quienes no solicitaron ayuda. Estos datos dan la pauta para, en el futuro, considerar el nivel de síntomas en la línea base como criterio para referir a quienes solicitan ayuda hacia una intervención más prolongada y/o a otra forma de tratamiento adicional.

²⁴ Aún así, en términos de costo-beneficio habría que buscar aquellas intervenciones que más la favorecen.

En términos generales, ambas intervenciones mostraron ser eficaces para lograr apego terapéutico, entendido como la eficacia de motivar a las participantes a utilizar **actividades de autoayuda**. En este sentido, la mayoría de las participantes realizó *la lectura del material educativo por su cuenta, se dio tiempo para sí misma, utilizó la escritura como un medio para resolver sus problemas, platicó con otras personas sobre ellos y llevó a cabo los ejercicios de reflexión y cognitivo-conductuales*, a pesar de sus múltiples ocupaciones y que dichas actividades no son parte de su repertorio cotidiano. El apego terapéutico se ha relacionado con que las actividades sean sencillas, costeables y culturalmente sensibles (OMS, 1993), descripción que se ajusta a las características de la intervención.

Sin embargo, al analizar con más detalle las dificultades para que las realizaran se vio, por ejemplo, que escribir fue difícil por falta de privacidad derivada de no contar con una vivienda adecuada y platicar con otras personas, por no tener con quién hacerlo o en quién confiar. Poco se puede hacer respecto al primer aspecto, pero en cuanto al último, una propuesta a futuro es poner particular atención en buscar cómo incidir en ayudarlas a ampliar sus redes sociales de apoyo. Por la gran importancia de esta cuestión en cuanto a la depresión y, como reiteradamente se ha visto en este trabajo, que éste es una carencia en dicha población, ampliar las redes sociales de apoyo puede ser una medida preventiva *per se*. En este sentido, la Intervención Grupal puede ser un mejor medio para este fin.

La hipótesis de que las actividades de autoayuda se relacionarían con la reducción de los síntomas de depresión recibió apoyo en la evaluación de seguimiento a los cuatro meses, en las siguientes actividades: *darse tiempo cada semana a sí misma y llevar a cabo los ejercicios de reflexión y los ejercicios cognitivo-conductuales*, sólo en la Intervención Grupal. Este resultado valida el contenido de una parte medular de la intervención. El supuesto de que sería difícil que las mujeres mejoraran su salud mental mientras vivieran volcadas hacia los demás a costa de tiempo para sí mismas, recibió apoyo. De la misma manera, los ejercicios de reflexión sobre la temática del material educativo y los ejercicios cognitivo-conductuales dirigidos a: definir su problemática, pensar de manera más positiva, mejorar su autoestima, revisar sus creencias básicas sobre el amor, el sufrimiento y ser mujer; procesar sus experiencias de duelo y enojo y ampliar su repertorio conductual, mostraron una relación con la reducción de los síntomas. Por otra parte, resulta difícil explicar, por qué esta

asociación sólo se dio en la Intervención de Grupo y no en la Individual Mínima, ya que la segunda también llevó a una reducción de dichos síntomas. Se puede suponer que en la IIM el tamaño más reducido de muestra o el nivel más elevado de síntomas de depresión que en la IG después del tratamiento –aunque éste no fuera significativo– pudieron no haber permitido valorar adecuadamente la correlación.

La evaluación que realizaron las participantes del material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión* (Lara y cols, 1996b), puso de manifiesto que no fueron los conocimientos sobre las características de la depresión considerados como lo más importante. En cambio, les interesaron más: experiencias de la infancia, influencia del género y actividades de autoayuda. Los dos primeros relacionados con aquellos aspectos que ellas definen como sus problemas principales en la entrevista inicial. Con esto en mente habría que reflexionar sobre qué tan pertinentes resultan para las mujeres las intervenciones de prevención y tratamiento que solamente centran en los síntomas y que no consideran el amplio contexto en que éstos se dan.

En cuanto a la evaluación de la intervención por parte de las participantes se observó que, a pesar del elevado nivel de síntomas de depresión en las evaluaciones postratamiento, alrededor de una tercera parte consideró que la intervención tuvo *alguna* influencia y más de la mitad que tuvo *gran* influencia en su vida y en la solución de sus problemas. Las participantes de la IG le atribuyeron, significativamente, una mayor influencia. Las razones para esta respuesta fueron que *entienden y enfrentan mejor sus problemas, que mejoró su estado de ánimo, modificaron su manera de pensar, se conocen y aceptan más y obtuvieron información relevante*. Tal resultado puede indicar el cumplimiento de los objetivos del programa.

Entre los aspectos más útiles de la intervención, las mujeres señalaron los relacionados con la manera como ésta se condujo. Mencionaron que ambas intervenciones fueron útiles en tanto dieron oportunidad para expresar sus sentimientos y problemas. Otras consideraciones relevantes fueron, en la IG, haber escuchado los problemas de las demás, el apoyo del grupo, las sugerencias recibidas y haber podido compartir sus problemas con las demás. Dado el aislamiento social en que muchas viven, participar en un grupo les dio oportunidad de darse cuenta que no son las únicas con problemas y por lo tanto reduce el

tabú de que no deben hablar de ellos. En la IIM, las participantes mencionaron que se beneficiaron de la relación una a una, en donde se sintieron comprendidas y que podían confiar en la orientadora. Por otro lado, las facilitadoras (orientadoras en la IIM) fueron evaluadas muy positivamente en cuanto a su actitud, la manera como condujeron la intervención y sus conocimientos. En estudios posteriores sería interesante evaluar la influencia de estos factores *no específicos* en la reducción de síntomas, ya que en algunas investigaciones se ha visto, por ejemplo, que la manera de entrevistar, la calidez y amabilidad son predictores significativos de mejoría en pacientes en tratamiento (Spanier y cols, 1996). En todo momento se cuidó de dar un servicio de calidad en cuanto a buen trato, puntualidad en las citas, adherencia al programa que se les ofreció e interés por su problemática, a la vez que se les escuchó con empatía y se les obsequió el material. Esto se corroboró en el análisis del proceso de la intervención grupal que se incluye en el apéndice 6.

Aquí cabe la pregunta de qué tan importante fue que las entrevistadoras y facilitadoras hayan sido mujeres. Consideramos que sí lo fue en tanto qué, como algunos autores han hecho notar, las terapeutas tienen más empatía hacia las necesidades específicas de las mujeres, así como comprensión de las diversas maneras y realidades de la depresión (McGrath y cols., 1990).

Limitaciones

Es importante destacar que la investigación de intervenciones es muy complicada y más aun cuando se lleva a cabo en escenarios reales. Un análisis de estos problemas se ha presentado en un artículo especial (Apéndice 7). En esta sección se revisarán de manera somera los aspectos que se tratan en dicho trabajo; también se profundizará sobre otros distintos.

1) *Aleatoriedad en la selección y asignación de los sujetos a grupos.* En la literatura sobre prevención y tratamiento se hace hincapié en que los diseños más adecuados para la evaluación de ensayos de intervención son los aleatorios controlados; es decir, que los sujetos de la población son seleccionados al azar y también al azar son asignados a los diversos grupos de tratamiento (Muñoz y Ying, 1993; Mrazek y Haggerty, 1994). El primer paso tiene que ver con la validez externa; el segundo, con la validez interna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la selección de la muestra, idealmente, todas las mujeres con síntomas de depresión que acuden a los servicios de salud involucrados o que pertenecen a la comunidad aledaña, deberían tener la misma probabilidad de resultar seleccionadas a fin de garantizar el principio de aleatoriedad. Pero, ante la imposibilidad, en términos de recursos económicos, humanos y de tiempo, de realizar un estudio preliminar para delimitar a esta población, se optó por hacer una amplia difusión en cada centro de salud y en la zona aledaña. Puede decirse que, con este procedimiento, las participantes se seleccionaron a sí mismas y de ahí fueron aceptadas o rechazadas.

El procedimiento mostró algunas ventajas prácticas, como reclutar al número requerido de sujetos en un tiempo razonable, asimismo, aseguró que las asistentes estuvieran motivadas, lo que garantizaba el término de la investigación. Esta última ventaja es a la vez una debilidad, pues, por su misma condición, las mujeres con sintomatología depresiva están menos motivadas y por lo tanto muchas pudieron no haber asistido. El hecho de que fueran las más motivadas y asertivas las que asistieron limita la posibilidad de generalizar los datos a las que voluntariamente asisten a tratamiento y no a todas aquellas que presentan síntomas de depresión. Así, el optimismo de los resultados se ve limitado como lo han señalado algunos autores (Eaton y Harrison 1996; Mrazek y Haggerty, 1994).

Tales dificultades metodológicas en los estudios de intervención han sido reconocidas, sobre todo cuando estos se realiza en países con bajos presupuestos asignados a la investigación (Organización Mundial de la Salud, 1993; Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, 2000). Este organismo destaca el alto costo de los estudios aleatorios y considera que el concepto "prueba científica" manejado comúnmente tiene un sesgo cultural y geográfico.

En cuanto a la validez interna, por lo general, se considera que se obtiene al asignar, de manera aleatoria, los sujetos a los grupos de forma tal que se elimine cualquier sesgo de adjudicación entre el grupo experimental y el control. En el presente trabajo se presentaron varios problemas para realizarla: (a) No se contó con espacio suficiente ni con el número de participantes necesarias en cada promoción comunitaria para poder conducir dos intervenciones a la vez, de manera que simultáneamente se asignaran al azar a una y a otra.

(b) Era muy probable que las participantes se comunicaran entre sí y que las asignadas a la intervención mínima sintieran que les había tocado una de menor calidad y reaccionaran de manera no previsible; negativa, probablemente. Por ello, la propuesta fue llevar a cabo una intervención diferente en cada institución.

Cabe señalar que la asignación aleatoria a las condiciones experimentales también presenta ciertas limitaciones. En cuanto a la buscada homogeneidad de los grupos en los diversos parámetros de interés, se ha constatado que este procedimiento no necesariamente la garantiza (Mrazek y Haggerty, 1994). Otra debilidad, ahora en el campo aplicado es que, por lo general, aunque no siempre, un estudio con muestras muy seleccionadas de pacientes lleva a resultados con poco grado de generalización hacia los pacientes en la práctica clínica (Persons, 1998; Mrazek y Haggerty, 1994). Para responder al posible problema de falta de homogeneidad de los grupos se propuso un análisis preliminar que mostró que los grupos eran similares en cuanto a las principales variables involucradas.

2) *Grupo control.* Pese a que se han presentado los argumentos de peso por los cuales se optó por no incluir un grupo control, esto no deja de ser una debilidad del estudio. La opción de incluir un diseño comparativo le confiere cierta validez interna al estudio, pero dicho diseño no permite deslindar los efectos "antidesmoralizantes" que ambas intervenciones tienen per se, de los efectos de la intervención misma (Klein, 1997). Sin embargo, hay otros datos a favor de la validez interna como que el grado de mejoría esté relacionado con la intensidad de la intervención y que haya un cambio posterior a la intervención en otras variables relacionadas con la depresión, como son la ansiedad, somatización y autoestima.

3) *Seguimiento.* Por lo que toca al seguimiento, hay que considerar que la depresión es recurrente y, por lo tanto, es conveniente ir más allá de un año. Como algunos autores mencionan, un lapso más breve puede sobrerrepresentar los éxitos de la intervención (McGrath y cols., 1990; Mrazek y Haggerty, 1994). Posterior a este estudio se ha hecho un seguimiento de una submuestra de 40 sujetos a los dos años. Estos datos permitirán sopesar estos resultados.

4) *Financiamiento y límites de tiempo.* Las limitaciones en el presupuesto y el tiempo son variables, en este caso, que el investigador no pudo controlar, sino más bien se hizo lo mejor posible con los recursos con que se contó. Es posible que algunas de las limitaciones anteriores se hubieran podido subsanar con un mayor financiamiento y sin restricciones de tiempo. Por sus propias características, la evaluación de una intervención es un procedimiento costoso y prolongado.

5) *Otras limitaciones.*

a) Otra limitación tiene que ver con la generalización de los datos a otros centros de salud de medicina general, ya que sólo uno de los centro estudiado fue de este tipo y éste se caracterizó por su actitud positiva hacia la salud mental.

b) *Tamaño de muestra.* Considero que los resultados tendrían más solidez si el tamaño del grupo de Intervención Individual Mínima se hubiera también duplicado a 80, como se hizo la Intervención Grual. No hay una razón lógica por la que no se tomó esta decisión, sino la falta de reflexión en su momento y el haber tomado como criterio adecuado que la literatura considera que muestras pequeñas son apropiadas para este tipo de estudios.

c) En cuanto a las conductas de autoayuda, hubiera sido más adecuado tener una evaluación de éstas en la línea base, lo que le hubiera conferido mayor solidez a los resultados en cuanto al efecto de la intervención en dichas conductas.

A Futuro

Con base en la experiencia adquirida, sería de gran valor poder replicar este estudio, tomando en cuenta las sugerencias ya mencionadas. Entre otros aspectos, un nuevo ensayo de esta índole, debería intentar superar las limitaciones metodológicas arriba mencionadas, aunque la experiencia demostró que es difícil, sobretodo en cuanto al grupo control y la asignación aleatoria de los sujetos. También sería conveniente, además de investigar el número idóneo de sesiones, sobre todo en los casos en los que se presenta depresión clínica, identificar los componentes más efectivos de la intervención y estudiar los *factores no específicos*, como son la actitud de la facilitadora y el contexto de la intervención, entre otros. Respecto a la Intervención Individual Mínima, también sería conveniente estudiar si un número mayor de entrevistas de seguimiento mejoran la eficacia de ésta. Por otra parte, es

necesario contar con datos de la eficacia de la intervención de otros centros de salud de primer nivel, que sean más representativos de la diversidad de los servicios

Dado que ninguna intervención en un momento dado puede lograr funcionar el resto de la vida, habría que tomar en cuenta el diseño y evaluación de estrategias que permitan que los principios de la intervención se incorporen a la vida diaria en la estructura de la comunidad y trabajar con otros miembros de la familia, con el fin de apoyar el mantenimiento de los cambios. Este último punto permitiría atender aquellas preocupaciones que más afligen a las mujeres como son hijos y parejas. Estudiar en qué medida aligerarles esta carga tiene influencia sobre su depresión, constituye un objetivo importante.

Queda pendiente, asimismo, evaluar el costo-beneficio, el cual es un campo de investigación que requiere de una metodología particular. Sería importante evaluar no sólo el costo de la intervención, sino determinar otros aspectos como la influencia en la reducción de discapacidad, en la utilización de servicios de salud, en los beneficios a terceros y el costo y beneficios para las pacientes mismas.

Conclusiones

El presente constituye un estudio inédito en nuestro país. Muy diversos aspectos podrían tomarse en cuenta para elaborar las siguientes conclusiones, pero se abordarán solamente tres: uno referente a la intervención, otro a su implementación en los servicios de primer nivel y la última respecto a los problemas metodológicos.

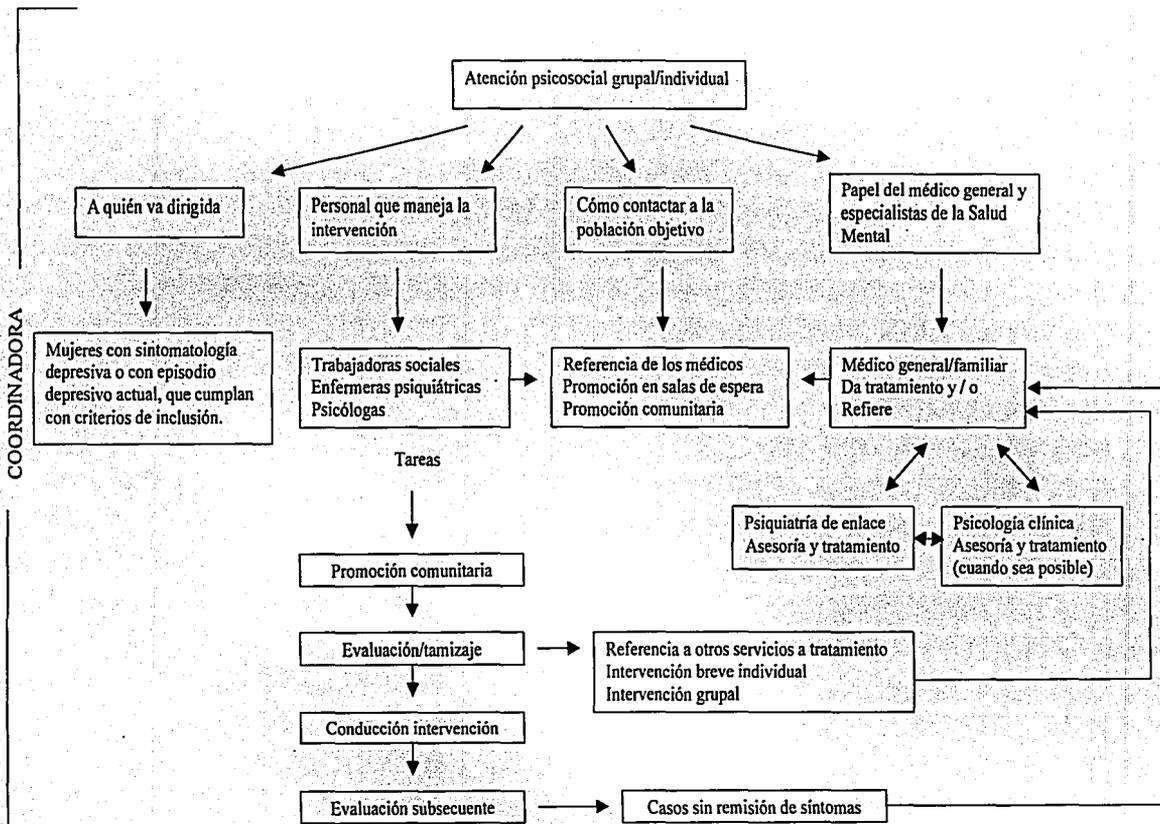
Los datos comparativos sobre la eficacia de la intervención son positivos, no sólo en cuanto a la grupal sino también respecto a la individual mínima, en tanto que llevaron a la disminución de los síntomas de depresión, objetivo de la misma, así como de los síntomas somáticos y de ansiedad y a una mejoría en la autoestima, que se mantuvo a los cuatro meses. Además, la evaluación de las participantes indicó que la intervención tuvo una influencia positiva y debido a que entendieron mejor sus problemas y los pudieron manejar mejor; ayudó también al conocimiento de ellas mismas y su manera de valorarse y mejoró su estado de ánimo. También se logró un buen apego terapéutico, en tanto que llevaron a cabo las actividades programadas dirigidas a reducir los síntomas de depresión y a solicitar ayuda adicional en caso de necesidad. Sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas del estudio y a que el nivel de síntomas de depresión en la evaluación de seguimiento fue, aunque menor, elevado, estos logros tienen que tomarse con reserva. Como todo trabajo de investigación y como un estudio de ciencia aplicada, éste es solo una parte del proceso que deberá seguirse para ir puliendo la estrategia de intervención. Sin embargo, los datos que se han presentado, no obstante, indican que se está en el camino correcto.

En cuanto a su aplicabilidad en los servicios de medicina general, la experiencia mostró que de tomarse la decisión de atender la depresión en las mujeres utilizando esta estrategia y asignando los recursos materiales y humanos, la intervención resulta factible de implementar, para que quede integrada a los demás servicios que se prestan. La mejor evidencia respecto a esta afirmación, es que la intervención se sigue llevando a cabo en los centros de salud en los que se trabajó, ahora conducida por enfermeras psiquiátricas, trabajadoras sociales y psicólogas. Para apoyar este trabajo, se ha desarrollado un curso de capacitación que se imparte en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y, además, con base en los resultados del estudio, se revisó y modificó la guía para conducir la intervención (Lara y cols., 2001). Ciertamente, como se ha mencionado, aún está pendiente

analizar de qué manera es acogida y aceptada esta estrategia como una parte integral de los servicios de primer nivel en instituciones donde no existe una sensibilidad tan grande hacia los problemas mentales. Pero, cabe señalar que la estrategia de intervención ha sido propuesta al Programa de Depresión de la Secretaría de Salud de la actual administración, para la cual se elaboró un diagrama (Figura 11) en el que se pretende ubicar el papel del personal médico y paramédico en el desarrollo de dicha estrategia. Esta es una de otras posibles propuestas que tendrán que evaluarse y, en su caso adecuarse.

Por último, las dificultades metodológicas que involucran un proyecto de esta índole, representan un aspecto que no puede subrayarse suficientemente, no sólo por el área de estudio –psicosocial– sino por su carácter aplicado. El rigor metodológico con que puede llevarse a cabo la investigación en el laboratorio, y más aún cuando no involucra la conducta humana, no es posible en el contexto social y en la práctica misma.

FIGURA 11: PROPUESTA DE ATENCION PSICOSOCIAL DE LA DEPRESION EN LAS MUJERES PARA LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL



Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres*

Ma. Asunción Lara**
Liliana Mondragón***
Norma Angélica Rubí***

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Summary

As a response to the high frequency with which depression affects women and to the lack of attention options of care for those in poverty, a project was proposed to develop and assess a prevention strategy for this problem. The present paper reports the results of a pilot study which aimed to assess the setting up of the intervention, as well as its effects on depressive (CES-D) and somatic (SCL-90) symptoms, possible emotional disorder (MHQ5), knowledge of depression, self-help behavior and subsequent search for specialized help.

Three trials were conducted: two of them assessed a one two-hour session, and the third one, four two-hour sessions. The intervention was a psycho-educational group organized around the book. Is it hard to be a woman? A guide on depression (9). It is addressed to women of 20 to 45 years old, with depressive symptoms, that attended health and mental health institutions. A pre, a post and a 6 months follow up design was used.

A high percentage of cases with possible emotional disorder; depressive and somatic symptoms; numerous risk factors for depression, such as low self-esteem, life events, sexual abuse during childhood or adolescence, and alcoholism and possible affective disturbance in the family of origin was found.

In the first trial, only three women out of 36 pre-assessed attended the session. Therefore, the intervention was not carried out. This experience suggested important changes in the following trials. In the four-session trial, 20 women were pre-assessed; from 65 to 85 % attended the sessions. Results showed a reduction in all measurements. Changes in the percentage of cases in the post-evaluation ($n=18$) and follow up ($n=14$) from the total number of subjects at pre-assessment were as follows: from 75 % to 25 % to 35 % in the MHQ5; from 80 % to 45 % to 45 % in the CES-D, and from 35 % to 25 % to 20 % in somatic symptoms. In the one session trial, 20 women were assessed and attended the session, and only 19 were post-assessed. No follow up was carried out as the aims of the pilot study were reached. Changes were observed in the MHQ5 from 53 % to 20 %. In the CES-D, from 77 % to 33 %, and in somatic symptoms from 43 % to 13 %. Knowledge on depression was not modified as a result of the intervention. In both trials, self-help strategies (reading the book on their

own dedicating for some special time themselves, talking about their problems with someone, using their notebook to write about their problems, carrying on some of the exercises suggested in the book) were used by 47 to 94 % of the women.

These results are in line with the objectives set up in this project, which are more widely discussed together with the modifications suggested to the original one.

Key words: Depression, woman, prevention, treatment.

Resumen

Debido a la alta frecuencia con la que se presenta la depresión en las mujeres y a que las opciones para recibir atención son muy limitadas para las de escasos recursos, se llevó a cabo un proyecto con el fin de desarrollar y evaluar una estrategia de prevención de esta problemática. En este trabajo se incluyen los resultados del estudio de factibilidad, cuyo objetivo fue el de evaluar la puesta en marcha de la intervención, así como los efectos de ésta sobre la sintomatología emocional (los síntomas de depresión [CES-D], la somatización [SCL-90] y los trastornos emocionales [MHQ5]), los conocimientos sobre la depresión y sobre la conducta de autoayuda y posteriormente la búsqueda de ayuda especializada.

Se hicieron tres ensayos: dos para evaluar una sesión única de dos horas y, el tercero para evaluar cuatro sesiones de dos horas. La intervención fue de carácter grupal y psicoeducativo, con base en el libro *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión* (9) dirigida a las mujeres de 20 a 45 años que asisten a instituciones de salud y de salud mental y que presentan síntomas de depresión. El diseño fue de pre y post-evaluación y un seguimiento a los 6 meses.

Respecto a las características de la muestra, en los tres ensayos se observaron altos porcentajes de posible trastorno emocional, así como de síntomas depresivos y somáticos; numerosos factores de riesgo de depresión, como una baja autoestima, acontecimientos de la vida que producen una gran tensión, experiencias de abuso sexual en la infancia o en la adolescencia, y alcoholismo y posibles problemas afectivos en la familia de origen.

En el primer ensayo, de 36 personas evaluadas sólo tres asistieron a la sesión, por lo que no se hizo ninguna intervención. Esta experiencia llevó a modificar los siguientes ensayos. En el ensayo de 4 sesiones se pre-evaluó a 20 mujeres; y asistió entre 65 y 85 %. Los resultados mostraron una disminución en los diversos parámetros. Con respecto al total de la muestra en la pre-evaluación, los cambios en el porcentaje de casos en la post-evaluación ($n=18$) y en el seguimiento ($n=14$) fueron: en el MHQ5 de 75 % a 25 % a 35 %, en el CES-D de 80 % a 45 % a 45 %, y en la escala de somatización de 35 % a 25 % a 20 %. En el tercer ensayo, que fue de una

*Este proyecto fue parcialmente financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) Proyecto 26026 H.

**Jefa del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del IMP Calz. México-Xochimilco 101 San Lorenzo Huipulco, 14370, México. DF Tel. 5-655-2811 ext. 155 Fax: 5-655-2811 ext. 203 Correo electrónico: larancana@imp.edu.mx

***Investigadoras del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del IMP

solta sesión, se evaluaron inicialmente 30 mujeres, de las cuales todas asistieron a la sesión y solo 19 a la post-evaluación. No se llevó a cabo el seguimiento debido al desarrollo del proyecto. En el MHQS se observó un cambio de 53 % a 20 %, en el CES-D de 77 % a 33 %, y en la escala de somatización de 43 % a 13 %. En cuanto a la adquisición de conocimientos sobre la depresión no se observaron modificaciones en ninguna de las dos intervenciones. En cuanto a las estrategias de autoayuda, un porcentaje de entre 47 % y 94 % llevó a cabo alguna de ellas (leyeron el libro por su cuenta, destinaron algún tiempo para ellas mismas, platicaron con alguien sobre sus problemas, escribieron sobre sus problemas, e hicieron los ejercicios sugeridos en el libro).

Se considera que estos resultados están dentro de los objetivos esperados y se discuten ampliamente, así como las modificaciones al proyecto original producto de esta experiencia.

Palabras clave: Depresión, mujeres, prevención, tratamiento.

Introducción

Se ha reconocido que a nivel mundial la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de la enfermedad (medida en DALYs: años de vida perdidos, ajustados por discapacidad), y es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos por la población. Para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar después de los problemas cardíacos (14). Un cálculo similar en nuestro país sobre la discapacidad y muerte prematura (AVIS) por trastornos depresivos mayores, indica una tasa de 74.6 en los varones y 148.6 en las mujeres por cada 100,000 habitantes* (5).

La depresión, entendida como un estado de ánimo, como sintomatología depresiva y como un trastorno clínico, ha sido reconocida en países de diversas culturas como el problema de salud mental más común y, por lo tanto, más importante en la población femenina (9). Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es de dos mujeres por un hombre. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud Mental (1988) mostró una prevalencia de los trastornos depresivos más severos en 3.9 % de las mujeres y en 2.2 % de los varones (2). Un estudio reciente en la zona sur de la cd. de México muestra que 5.7 % de la población sufre de trastornos depresivos, y 3.7 % de depresiones graves o de distimia. Ambos son más frecuentes en las mujeres.**

El reconocimiento de la magnitud y el costo de la depresión, así como su tendencia a aumentar, ha llevado a que en algunos países se tomen medidas para mejorar la detección, la prevención y el tratamiento de este trastorno*** (15, 17). Por lo que respecta a nuestro país, aún no ha habido una respuesta en este sentido, lo que viene a sumarse a las deficiencias e ineficiencias en los servicios para la atención de la salud mental, no

obstante la legislación en esta materia. Se ha reconocido que las personas con padecimientos emocionales recurren más a menudo a los familiares o amigos (54 %), a los sacerdotes (10 %), se automedican o usan remedios caseros (15 %) (10).

El análisis anterior llevó a proponer una investigación cuyo objetivo fue el de desarrollar y evaluar algunas estrategias de prevención dirigidas a las mujeres que presentaran síntomas depresivos y que, por pertenecer a sectores económicos poco favorecidos, tuvieran poco acceso a los servicios de salud mental. Se ha observado que, en muchos casos, la sintomatología es un signo de vulnerabilidad para presentar una depresión mayor, además de que, por sí misma produce un gran sufrimiento y reduce el rendimiento de la persona (9, 12). Los trabajos revisados por Muñoz y Ying (12) y el propio trabajo de estos autores, han mostrado que el nivel de sintomatología depresiva puede reducirse por medio de estrategias de prevención en poblaciones clínicas y no clínicas.

Se utilizó el concepto de intervenciones preventivas indicadas de Mrazek y Haggerty (11), para referirse a las acciones dirigidas a los individuos identificados con un alto riesgo de padecer un trastorno mental, pero que aún no llegan a cumplir con un diagnóstico clínico aunque presentan síntomas, ya sean mínimos.

Este trabajo se presentan los resultados de un estudio de factibilidad para evaluar la puesta en marcha de la intervención, desde la promoción hasta el seguimiento; los instrumentos de medición y los efectos de la intervención sobre los conocimientos que tienen acerca de la depresión; su percepción subjetiva de la utilidad de la intervención, su percepción de la sintomatología emocional y las conductas de autoayuda y solicitud de ayuda especializada en el futuro.

Metodología

El estudio de factibilidad consistió en tres ensayos distintos que se llevaron a cabo de manera subsecuente.

Primer ensayo. Se llevó a cabo en dos clínicas del IMSS de medicina familiar y en un hospital de ginecología de asistencia privada. La razón para desarrollar el estudio en estos lugares fue el interés del personal en colaborar con la investigación.

Se siguió el procedimiento utilizado en otros estudios de este tipo (12): conformar la muestra con las pacientes que se encuentren en las salas de espera de dichos servicios. En una de las instituciones las personas fueron escogidas directamente por el médico.

A las mujeres se les pidió su consentimiento para participar en la entrevista. Se les explicó que los objetivos eran "obtener información sobre los problemas que afectan a las mujeres y las posibilidades que tienen de recibir ayuda, con el fin de hacer propuestas para mejorar la atención, e invitarlas a participar en una plática sobre la depresión".

Segundo ensayo. Se llevó a cabo en una institución de asistencia privada dedicada a atender a las mujeres y a su familia. Las trabajadoras sociales y las psicólogas repartieron folletos en la comunidad y en la institución, en los cuales se daba información sobre los sin-

* Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Centro de Economía y Salud. Hipooscopy 1994

** Berenzon S, Medina-Mora ME, Lopez EK, Gonzalez J. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. Reporte interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1997

*** Por ejemplo: The Detroit Depression Campaign - en Inglaterra (Prest 1994) y el Depression awareness, recognition and treatment Instituto Nacional de Salud Mental de EE UU. 1991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lomas de la depresión y sus factores de riesgo, y se les sugiera que en caso de presentar alguno de ellos asistieran a unas pláticas.

Tercer ensayo. Se llevó a cabo en un centro comunitario de salud mental de la Secretaría de Salud. Las trabajadoras sociales y las enfermeras psiquiátricas participaron en el reclutamiento de las mujeres, siguiendo una estrategia similar a la utilizada en el ensayo anterior.

Sujetos

Aunque se habían establecido criterios muy claros de inclusión y exclusión, debido al carácter piloto del estudio se aceptaron varias personas que no cumplieran totalmente con estos criterios en cuanto a la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 20 y 45 años, escolaridad suficiente para poder leer un material sencillo, presentar sintomatología depresiva y algún factor de riesgo para la depresión, como el trastorno afectivo de alguno de sus padres, estar pasando por un *evento estresante de la vida* como una pérdida, la separación marital, alguna experiencia traumática, etc., o tener baja autoestima. Los criterios de exclusión fueron: presentar síntomas incapacitantes de depresión, trastorno bipolar, daño orgánico o psicosis; estar bajo tratamiento psicológico o farmacológico, padecer una enfermedad terminal, manifestar ideación suicida y ser adicta al alcohol o a las drogas.

Procedimiento

El material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión* (8), fue el centro alrededor del cual se estructuró la intervención. Esta consistió en sesiones grupales (alrededor de 15 participantes) dirigidas por una psicóloga, con base en una guía previamente elaborada en la que se especifican las actividades y la manera de conducir el grupo. La intervención, que fue de carácter psicoeducativo con una perspectiva de género (7,13,16,19,20), tuvo como objetivos: 1) proporcionar información sobre la sintomatología, etiología, estrategias de autoayuda y tratamiento de la depresión, 2) promover la reflexión alrededor de esta temática, 3) compartir experiencias y aclarar dudas, 4) motivar a las participantes a poner en práctica las actividades de autoayuda sugeridas en el texto, y 5) motivarlas para que en caso de necesidad busquen atención especializada.

En el primer y en el tercer ensayo se evaluó la intervención de una sesión de dos horas, y en el segundo ensayo una de cuatro sesiones de dos horas semanales.

Diseño

El diseño general de la investigación es de pre y post-evaluación (a los 15 días) y de seguimiento (a los 6 meses). En este estudio sólo se hizo la post-evaluación en dos ensayos y sólo en uno el seguimiento, por razones que se explican más adelante.

Instrumentos de medición

El cuestionario de pre-evaluación incluyó una sección general que permitiera caracterizar más ampliamente a la población, sobre los siguientes aspectos: datos sociodemográficos, antecedentes patológicos familiares e historia infantil, y las escalas de acontecimientos de la vida (diseñada para el estudio) y de Autoestima de Coopersmith (3), y una sección sobre las variables de estudio: los conocimientos sobre la depresión (Cuando decimos que alguien está deprimido, ¿cómo se comporta, qué piensa y qué siente?), los síntomas de depresión (CES-D*) (18), somatización (SCL-9***) (4), y los trastornos emocionales (MHQ5***) (2). En la post-evaluación y en el seguimiento sólo se aplicó la segunda sección además de las preguntas sobre las estrategias de autoayuda que se utilizaron (¿leyó el libro por su cuenta, destinó algún tiempo para ella misma, le platicó a alguien sus problemas, escribió sobre sus problemas e hizo los ejercicios sugeridos en el libro), sobre la solicitud de ayuda especializada. (En los últimos 15 días [post-evaluación], ¿6 meses [seguimiento] ¿ha buscado ayuda por sentirse sola y triste?) y sobre la utilidad de la intervención el hecho de que haya participado en las sesiones (¿Influyó sobre su depresión? ¿Qué fue lo que más le sirvió de las sesiones?)

Resultados

Primer ensayo. Se entrevistó a 36 mujeres, de una media de edad de 30 años, con diversos niveles de escolaridad y de ingresos y de diferente estado civil (cuadro 1). En cuanto a los factores de riesgo de depresión, la mitad dijo tener baja autoestima, y casi 14 % dijo haber experimentado entre 3 y 5 eventos de la vida muy estresantes. El 16.6 % indicó haber padecido algún incidente de hostigamiento sexual durante la infancia o la adolescencia, y casi la mitad dijo que alguno de sus familiares había padecido de depresión, "nervios" o algún otro problema emocional (generalmente la madre). Por lo que se refiere a los indicadores de salud mental, se observó que más de la cuarta parte tenía algún posible trastorno depresivo, sintomatología depresiva severa y síntomas somáticos.

Aunque muchas de estas mujeres manifestaron tener interés en asistir a la sesión grupal, sólo 3 lo hicieron.

* CES-D: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff (1977). Mide la sintomatología depresiva en la población general, y pone énfasis en el componente afectivo. Se utilizó la forma de calificación usada por Medina-Mora y cols (1992): 1 = nunca o casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = casi siempre o todo el tiempo.

** Escala de Somatización del SCL-90: Symptoms Checklist descrita por Derogatis (1978). Evalúa la presencia de síntomas relacionados con dolencias físicas en una escala tipo Likert de 4 puntos.

*** MHQ5: Mental Health Questionnaire (MHQ5), descrito originalmente por Ware, Johnston y Davies-Avery (1979) en Berwick y cols (1991). Detecta trastornos que incluyen depresión mayor, trastornos afectivos generales y trastornos de ansiedad. El MHQ5 se deriva del MH-18 que a su vez se deriva del MH-38 reactivos; es una forma corta de 5 reactivos, que evalúa la presencia de síntomas durante el último mes con base en una escala de Likert de 6 puntos. Permite detectar a la mayoría de las personas con un trastorno según el DSM, con una tasa baja de falsos positivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ron. A las tres se les entregó un libro y se les dio información, pero no se llevó a cabo la intervención como tal, ni se les evaluó posteriormente.

Por lo anterior, se llegó a la conclusión de que aunque las mujeres mostraran indicadores de depresión, síntomas depresivos importantes y factores de riesgo, no estaban suficientemente motivadas para asistir a la intervención. Por otro lado, las salas de espera no contaban con las condiciones adecuadas de privacidad para entrevistarlas, ni ellas tenían allí suficiente tiempo ni suficiente motivación para responder el cuestionario, por lo cual se decidió cambiar la estrategia en los ensayos subsiguientes, darle más difusión por medio de folletos, y buscar un lugar más apropiado para entrevistarlas. No se siguió trabajando en estas instituciones porque no pudieron proporcionar más facilidades.

Segundo ensayo. Se entrevistó a 20 mujeres de 33 años en promedio, de diferente estado civil y escolaridad y con distintos ingresos. Respecto a los factores de riesgo de padecer depresión, alrededor de la mitad

CUADRO 1
Primer ensayo. Características sociodemográficas y psicológicas

n = 36	%
Estado civil	
Soltera	8
Casada	61
Unión libre	25
Divorciada	2
Viuda	2
Escolaridad	
Sin escolaridad	2
Primaria	19
Secundaria	28
Preparatoria	39
Profesional o normal superior	11
Ingresos	
Menos de 1000	22
1100 a 2000	28
2100 a 3000	6
Mayor de 3100	33
No respondió	6
Factores de riesgo	
Baja autoestima	53
De 3 a 5 acontecimientos de la vida muy estresantes	14
Hostigamiento sexual antes de los 17 años	0
Antecedentes familiares	
Possible trastorno afectivo	47
Alcoholismo	no se incluyó
Sintomatología	
Possible trastorno emocional (MHQ5)	39*
Sintomatología depresiva (CES-D)	25**
Sumatización (ISCL-10)	28***

MHQ5 = 17 ** CES-D = 11 *Sumatización = 12

tenían: baja autoestima, habían experimentado de 3 a 5 acontecimientos muy estresantes en los últimos 6 meses, tuvieron experiencias de hostigamiento sexual antes de los 17 años, habían vivido con un familiar que bebía en exceso y provocaba problemas familiares (generalmente el padre) y algún familiar con antecedentes de depresión o problemas de "nervios" (generalmente la madre).

En relación con la salud mental, 75 % calificó como caso en el MHQ5, 70 %, tenía sintomatología depresiva severa y 35 % mostró un número elevado de síntomas somáticos.

Hubo una buena asistencia a las sesiones: 17 personas (85 %) asistieron a la primera sesión, 17 a la segunda (85 %), 13 a la tercera (65 %) y 15 (75 %) a la cuarta. Dos personas no asistieron a ninguna. Se post-evaluaron las 18 personas que asistieron. Se entrevistaron 14 personas en el seguimiento a los 6 meses; no se encontraron dos, una por haberse cambiado de domicilio y otra por estar trabajando, y dos más rehusaron ser entrevistadas. Se pudo lograr este número tan elevado de evaluaciones posteriores debido a que se entrevistó en su casa a las que no asistieron a su cita.

Durante las sesiones se observó una gran participación y mucho interés y apertura para hablar de sus pro-

CUADRO 2
Segundo ensayo. Características sociodemográficas y psicológicas

n = 20	Pre-evaluación %
Estado civil	
Soltera	6
Casada	8
Unión libre	3
Divorciada	2
Viuda	1
Escolaridad	
Sin escolaridad	-
Primaria	5
Secundaria	30
Preparatoria	25
Profesional o normal superior	40
Ingresos	
Menos de 1000	10
1100 a 2000	40
2100 a 3000	10
Mayor de 3100	30
No respondió	10
Factores de riesgo	
Autoestima	65
De 3 a 5 acontecimientos de la vida muy estresantes	45
Hostigamiento sexual antes de los 17 años	50
Antecedentes familiares	
Possible trastorno afectivo	45
Alcoholismo	55

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3
Segundo ensayo. Cambios en la sintomatología

n = 20	Pre-evaluación	Post-evaluación	Seguimiento
	%	15 días %	6 meses %
Posible trastorno emocional (MHQ5)* del total de los sujetos (20) de los que asisten a la post-evaluación (18) de los que asisten al seguimiento (14)	75	25	35
	72	28	38
	64	29	50
Síntomatología depresiva (CES-D)** del total de los sujetos (20) de los que asisten a la post-evaluación (18) de los que asisten al seguimiento (14)	80	45	45
	78	50	50
	71	43	64
Somatización (SCL-10)*** del total de los sujetos (20) de los que asisten a la post-evaluación (18) de los que asisten al seguimiento (14)	35	25	20
	28	28	22
	36	36	29

* MHQ5 < 17; ** CES-D < 3; *** Somatización < 12

blomas personales. La mayoría expresó que le hubiera gustado que hubiera habido más sesiones.

Como puede observarse en el cuadro 3, el número de casos disminuyó en la post-evaluación y en el seguimiento en las tres mediciones, tanto si se considera solamente a las personas que asistieron como si se toma el porcentaje evaluado en la pre-evaluación.

En cuanto a los conocimientos sobre la depresión, en la post-evaluación se observó que no se modificaron sustancialmente respecto a los que tenían en la pre-evaluación. Algunas de las respuestas en ambas evaluaciones fueron las siguientes. Una persona deprimida se comporta, piensa y siente: *tristeza, cansancio, frustración, enojo, está seria, siente que nadie la quiere, se desanima, piensa que no sirve para nada. ¿Por qué se deprimen las personas? Por frustración, por problemas, por falta de amor, porque no las comprenden, porque las rechazan. ¿Qué tienen que hacer para salir de la depresión? Buscar ayuda, hablar con alguien, "echarle ganas", dejar de pensar que los problemas no tienen solución.*

En cuanto a la utilización de las estrategias de autoayuda, muchas mujeres hicieron algo: leyeron el libro por su cuenta (93 % a los 15 días; 71 % a los 6 meses), dedicaron algún tiempo a ellas mismas (86 %; 57 %), platicaron con alguien sobre sus problemas (57 %, 50 %), escribieron sobre sus problemas (71 %; 64 %) e hicieron los ejercicios sugeridos en el libro (86 %; 71 %) tanto a los quince días como a los 6 meses. Pese a la sugerencia que se les hizo a algunas de ellas de que buscaran ayuda formal adicional, sólo una dijo a los seis meses, que lo iba a hacer, y otra asistió a un grupo de autoayuda.

El resultado de esta intervención también se evaluó por medio de preguntas abiertas. A los 15 días, 61 % dijo que las pláticas habían influido mucho en ellas; 38 % que habían influido algo, y 0 % que no habían influido nada. A los seis meses esta situación cambió a 64 %, 14 % y 21 %, respectivamente. A los 15 días dijeron que lo que más había influido en ellas, y lo que

más les había servido era haber tenido la oportunidad de escuchar los problemas de las demás, poder escribir lo que sienten y viven, recordar cosas de su niñez, hacer los ejercicios para poder reflexionar y cambiar y las intervenciones de la facilitadora; y, a los seis meses, darse cuenta de que pueden salir adelante, ver la vida positivamente y haber tenido la oportunidad de escuchar los problemas de las demás.

En la evaluación que se hizo a los 6 meses se registró en cinco casos, la aparición de nuevos sucesos estresantes: cambios, despidos o nuevos trabajos; una hija con problemas de salud, ruptura amorosa, separación del marido y embarazo. Solo una de ellas dijo haber experimentado un acontecimiento positivo durante este periodo.

Tercer ensayo. Se preevaluaron 30 mujeres*. La media de edad fue de 37 años y, al igual que en los grupos anteriores, las mujeres tenían diferente escolaridad, estado civil e ingreso. Se observaron factores de riesgo de depresión en alrededor de la mitad: baja autoestima, experiencias de hostigamiento sexual antes de los 17 años y antecedentes de depresión o problemas de "nervios" en la familia (generalmente, la madre). Casi una cuarta parte dijo haber tenido entre 3 y 5 acontecimientos muy estresantes y casi una tercera parte dijo tener un familiar que bebía en exceso y provocaba problemas familiares (generalmente, el padre).

Según el MHQ5, más de la mitad tenía un posible trastorno emocional, tres cuartas partes, sintomatología depresiva severa, y muchas de ellas, síntomas somáticos.**

Asistieron treinta mujeres a la sesión de intervención. Se aplicó la post-evaluación a las 19 (63.3 %) que asis-

* Aunque se había propuesto hacer grupos de alrededor de 15 participantes, se decidió hacerlos de 30 porque a todas se les habían ofrecido las pláticas.

** El elevado número de síntomas somáticos puede haberse debido a que la evaluación se realizó durante las semanas de mayor contaminación en la ciudad de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 4
Tercer ensayo. Características
sociodemográficas y psicológicas

n = 30	Pre-evaluación %
Estado civil	
Soltera	8
Casada	18
Unión libre	1
Divorciada	1
Viuda	2
Escolaridad	
Sin escolaridad	-
Primaria	23
Secundaria	27
Preparatoria	43
Profesional o normal superior	7
Ingresos	
Menos de 1000	20
1100 a 2000	30
2100 a 3000	30
Mayor de 3100	10
No respondió	10
Factores de riesgo	
Autoestima	63
De 3 a 5 acontecimientos de la vida muy estresantes	23
Hostigamiento sexual antes de los 17 años	50
Antecedentes familiares	
Posible trastorno afectivo	47
Alcoholismo	30

tieron a su cita. A las que no asistieron no se les buscó en su casa, ni se les hizo el seguimiento a los 6 meses, como en el caso anterior, debido a que ya se contaba con la información necesaria para seguir con la fase subsiguiente de la investigación, y por no contar con suficientes recursos ni tiempo.

Durante la sesión hubo una gran participación y mucho interés, y apertura para hablar de sus problemas personales. La mayoría expresó que le hubiera gustado que se hicieran más sesiones.

En la post-evaluación de los síntomas emocionales el porcentaje de casos disminuyó en las tres mediciones (cuadro 5).

En cuanto a sus conocimientos sobre la depresión, al igual que en el ensayo anterior, éstos no se modificaron sustancialmente en la pre-evaluación. En cuanto a la utilización de estrategias de autoayuda, muchas de las mujeres llevaron a cabo alguna de las actividades recomendadas: 95 % leyó el libro por su cuenta; 68 % destinó algún tiempo para ella; 47 % platicó con alguien sobre sus problemas; 68 % escribió sobre sus problemas y 74 % hizo los ejercicios sugeridos en el libro. Ninguna de las mujeres solicitó ayuda psicológica.

Después de la post-evaluación se les invitó a una sesión adicional, sobre todo por la preocupación de las investigadoras por haber destapado problemas que las participantes no pudieran manejar; sólo asistieron 4 personas. Es difícil encontrar la razón por la que sólo cuatro de ellas asistieron, cuando todas habían manifestado su deseo de recibir más apoyo.

La influencia que tuvo esta intervención también se evaluó por medio de preguntas abiertas. El 36.8 % dijo que las pláticas habían influido mucho en ellas, 42.1 % que habían influido algo y 21 % que no había influido nada. Dijeron que lo que más había influido en ellas y más les había servido era: ver que otras personas también tenían problemas, las reflexiones del grupo y haber tenido la oportunidad de escuchar los problemas de las demás; recibir apoyo y aprender cómo tratar de salir de la depresión.

Conclusiones

Esta experiencia permitió constatar las dificultades ya señaladas por algunos autores (11,12), para implementar y evaluar intervenciones en la comunidad. Debido a esto se han hecho pocas investigaciones en este campo; de ahí la importancia de dar a conocer estos resultados aunque no sean concluyentes. Una de las dificultades se debe a la necesidad de que los investigadores trabajen conjuntamente con las instituciones de servicios que tienen contacto con la población que les interesa, pero que, por lo general, están saturadas de trabajo y carecen de suficientes recursos materiales y de personal para apoyar proyectos de investigación. A menudo puede suceder que aunque las instituciones deseen colaborar, como en el caso del primer ensayo, no cuentan ni con el suficiente espacio ni con el personal necesario para apoyar el proyecto, o sucede lo que en el segundo ensayo, que por cambios administrativos no se pudo continuar con el trabajo en las fases subsiguientes.

Entre los apoyos más importantes que se recibieron de las instituciones están: a) la promoción del programa en la comunidad (distribución de folletos por las trabajadoras sociales y por las enfermeras), b) preselección de las candidatas que cumplan con los requisitos, y dárles cita para hacer la pre-evaluación, c) proporcionar un espacio para llevar a cabo las entrevistas y las sesiones, y d) disponibilidad para atender a las mujeres que requirieran de ayuda adicional o que no fueran elegibles por no cumplir con los criterios especificados. Un factor importante fue que un miembro del personal de la institución colaborara con el proyecto y coordinara las actividades.

Respecto a las características de la muestra, en los tres grupos se observó un gran porcentaje de casos con posible trastorno emocional, así como con síntomas depresivos y somáticos; numerosos factores de riesgo de depresión, como una baja autoestima, acontecimientos estresantes los últimos 6 meses, abuso sexual en la infancia o en la adolescencia, y alcoholismo y posibles problemas afectivos en la familia de origen.

Respecto al grupo de mujeres con las que entramos en contacto en las salas de espera, además de la mane-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 5
Tercer ensayo. Cambios en la sintomatología

n=30	Pre-evaluación	Post-evaluación
	%	15 días %
Posible trastorno emocional (MHQ5)* del total de los sujetos (30) de los que asisten a la post-evaluación (19)	53 58	20 32
Sintomatología depresiva (CES-D)** del total de los sujetos (30) de los que asisten a la post-evaluación (19)	77 84	33 53
Somatización (SCL-10)*** del total de los sujetos (30) de los que asisten a la post-evaluación (19)	43 42	13 21

*MHQ5 < 17. ** CES-D < 31. *** Somatización < 12

ra, probablemente inadecuada, de seleccionarlas y de su falta de interés en asistir a la intervención, también puede haber influido el que hayan presentado menos síntomas y factores de riesgo, y a que tenían menos edad. En el grupo que asistió a cuatro sesiones se encontró el mayor porcentaje de casos en la escala MHQ5 en la pre-evaluación, que evaluaba la probabilidad de tener un trastorno emocional, e indicó haber tenido un mayor número de experiencias estresantes, a la vez que contaba con un mayor ingreso y tener más escolaridad. El grupo que sólo asistió a una sesión mostró el porcentaje más alto en síntomas de depresión en el CES-D. Estos datos sugieren que la mayoría de las personas que acuden a una intervención lo hacen cuando tienen un gran malestar y no cuando éste es moderado.

Los resultados anteriores hicieron que se optara por utilizar en el futuro la concepción de Gordon (6) respecto al tipo de intervención. Este autor define las *intervenciones preventivas indicadas, como aquellas dirigidas a revertir, en individuos específicos, una secuencia patológica ya iniciada; de manera similar a las intervenciones preventivas secundarias, van dirigidas a los individuos que ya están mostrando signos preclínicos de trastornos emocionales o conductuales.*

La asistencia de las mujeres a la intervención de cuatro sesiones se consideró muy buena al compararla con los resultados de otros estudios: (12). La asistencia a la sesión única también fue muy buena, lo cual puede atribuirse a la adecuada promoción en la comunidad y a un gran interés de buscar ayuda para esta problemática.

En cuanto al impacto de la intervención sobre la sintomatología emocional, ésta disminuyó considerablemente a los quince días en los dos grupos. En el grupo en el que hubo seguimiento, los porcentajes se mantuvieron iguales en cuanto a los síntomas depresivos y somáticos, pero aumentaron ligeramente en los de un posible trastorno emocional. Pese a esta reducción, fue evidente que en ambos ensayos prevalecieron porcentajes importantes de síntomas depresivos y de posible trastorno emocional, por lo que en una fase posterior de este proyecto se decidió evaluar una inter-

vención un poco más prolongada. La persistencia del alto porcentaje de síntomas se puede explicar por su alto nivel desde el principio.

En lo que respecta a la adquisición de conocimientos teóricos sobre la depresión, no se observó ningún cambio importante, lo cual parece indicar que las personas pueden llegar a cambiar en su comportamiento, como lo demuestra el que muchas mujeres hubieran utilizado estrategias de autoayuda, sin haber adquirido conocimientos teóricos.

Un resultado muy importante de la intervención fue el gran número de mujeres que utilizaron las estrategias de autoayuda, como leer por su cuenta, dedicar algún tiempo a ellas mismas, practicar con alguien sobre sus problemas, escribir sobre sus problemas y hacer los ejercicios que se sugieren en el libro. Es posible, pero está por comprobarse, que estas acciones, además de tener una función directa en la reducción del malestar emocional, puedan influir para evitar un problema más severo.

Ninguna de las participantes solicitó ayuda especializada, en el segundo ensayo, posiblemente debido a que hubo un cambio administrativo en la institución; y en el tercer ensayo, a que hubo poca comunicación con las participantes y no se les pudo hacer sugerencias más específicas sobre la atención que requerían, pero este punto debe explorarse más a fondo.

El informe subjetivo sobre los beneficios obtenidos como consecuencia de la intervención, muestra que las mujeres que participaron en ella calificaron algunos aspectos de la misma como muy positivos, tanto a los 15 días como a los 6 meses; entre otros: la oportunidad de escuchar los problemas de otras mujeres, darse cuenta que otras personas también tienen problemas, las reflexiones y sugerencias que se llevaron a cabo en el grupo, los ejercicios que se sugieren para reflexionar y poder cambiar, y darse cuenta que pueden solucionar sus problemas. Las mujeres que recibieron 4 sesiones expresaron que el curso tuvo mucho más influencia que las que recibieron una.

En resumen, con este estudio se obtuvo experiencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sobre el trabajo conjunto con las instituciones de salud para desarrollar proyectos de esta naturaleza. Por otro lado, se identificó a las mujeres que se interesan en participar en este tipo de intervenciones y en la forma de abordarlas. Estos datos, junto con los resultados de los efectos de la intervención, permitieron llevar a cabo adecuaciones importantes al proyecto inicial.

Agradecimientos

Agradecemos a la trabajadora social Beatriz Botello, de la Clínica N° 7 del IMSS, al doctor Raúl Arce, de la Clínica N° 10 del IMSS; a la doctora Cristina Dallal, del Hospital Escandón; a la psicóloga Rebeca González, Directora de Fortaleza, Centro de Atención Integral a la Mujer, la Familia y la Comunidad; al doctor Germán Villanueva, Director del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Itzapalapa, así como al personal de estas instituciones por su colaboración en el presente trabajo.

1. BERWICK DM, MURPHY JM, GOLMAN PA, WARE JE, BARSKY J, WEINSTEIN MC: Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care*, 29(2):169-176, 1991.
2. CARAVEO J, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, MARTINEZ VA, GOMEZ M: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21, 1996.
3. COOPERSMITH S: *The Antecedents of Self-esteem*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1981.
4. DEROGATIS LR: *SCL-90-R*. Revised Version Manual I. USA, 1978.
5. FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD: *Centro de Economía y Salud*. Higioscopio, México, 1994.
6. GORDON RF: An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*, 98:107-109, 1983.
7. JUNIPER D: *How to Lift Your Depression*. Open Book, Londres Sin/Fecha.
8. LARAMA, ACEVEDO M, PEGO C, LUNA S, WECKMANN C, VILLARREAL AL: *¿Es Difícil Ser Mujer? Una Guía Sobre Depresión*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Minal Impresos, México, 1996.
9. 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. Washington, 1990.
10. MEDINA-MORA ME, TAPIA R, MARINO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3:48-55, 1992.
11. MRAZEK PJ, HAGGERY RJ: *Reducing Risks for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press, Washington, 1994.
12. MUÑOZ RF, YING Y: *The prevention of depression: Research and practice*. Johns Hopkins University Press, Baltimore and Londres. Hemisphere Publishing, Washington, 1993.
13. MUÑOZ RF, AGUILAR-GAXIOLA SA, GUZMAN J: *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-conductual de Depresión*. Hospital General de San Francisco, Clínica de Depresión. Sin/Fecha.
14. MURRAY C, LOPEZ A: The global burden of disease. *Resumen. Global Burden of Disease and Injury Series*. Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization, 1996.
15. National Institute of Mental Health (NIH): *Depression Awareness Recognition, and Treatment*. Publication No. 94-3808 U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, 1993.
16. PENNEBAKER JW: Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behav Res Ther*, 31(6):539-548, 1993.
17. PRIEST RG: Improving the management and knowledge of depression. Making "Defeat depression action week" for the defeat depression campaign. *Brit J Psychol*, 164:285-287, 1994.
18. RADLOFF L: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1:385-401, 1977.
19. UNICEF: *Igualdad de Género Adquisición de Poder por las Mujeres*. Paquete de capacitación. Sección de Género y Desarrollo y Sección de Capacitación y Perfeccionamiento de Personal. Junio, 1994.
20. WERNER D, BOWER B: *Aprendiendo a Promover la Salud*. Fundación Hesperian/Centro de Estudios Educativos, A.C., México 1984.

RESPUESTAS DE LA SECCION AVANCES EN LA PSIQUIATRÍA Autoevaluación

1. a
2. d
3. c
4. c
5. d
6. d
7. e
8. a
9. d
10. a
11. b
12. b
13. c
14. c

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Apéndice 2: Folleto/Cartel

Muchas mujeres sabemos que

ES DIFÍCIL
SER
mujer



...y mucho más cuando sentimos depresión,
conflictos con nuestra pareja, familia o hijos y
cuando enfrentamos dificultades o enfermedades,
problemas económicos o de salud.

DURANTE LAS ÚLTIMAS
SEMANAS:

- ✓ ¿Te has sentido triste o desganada?
- ✓ ¿Has perdido interés por las cosas que antes te interesaban?
- ✓ ¿Has tenido problemas para dormir?
- ✓ ¿Has sentido intranquilidad o angustia?
- ✓ ¿Te has sentido cansada?
- ✓ ¿Te has sentido con culpas, impotente o inútil?
- ✓ ¿Tienes dificultad para concentrarte?
- ✓ ¿Has pensado mucho en la muerte?

SI HAS EXPERIMENTADO LA MAYORÍA DE
ESTOS SÍNTOMAS, ES POSIBLE QUE
ESTES DEPRIMIDA

Las siguientes situaciones
también llevan a la

depresión

1. Haber tenido un padre o madre adicto al Alcohol o a las drogas.
2. Que nuestros padres hayan padecido de presión.
3. Haber perdido a nuestra madre en la niñez.
4. Haber recibido Maltrato (insultos, amenazas o golpes) durante la infancia.
5. Haber sido molestada, hostigada sexualmente o violada, sobre todo en la niñez y la adolescencia.
6. Vivir con una pareja que padece de Alcoholismo o drogadicción.
7. Ser víctima de violencia ya sea verbal, física, o sexual por parte de la pareja.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hay muchas formas de salir de la depresión



Recibirás información sobre la depresión y qué la causa
Encontrarás material que te ayudará a encontrar soluciones
a tus problemas

Información en:

**CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL
DR. ENRIQUE GONZALEZ MARTINEZ N° 131
COL. SANTA MA. LA RIBERA
tel. 541-1224 Y 541-4749
de 7:00 A 21:00 hrs.**

**Curso: LUNES 12, 19, 26 DE OCTUBRE Y
9, 16, 23 DE NOVIEMBRE
DE 11:00 A 13:00PM**

ILUSTRACIONES: C. PEGÓ

Apéndice 3. Consentimiento informado

Acuerdo de Investigación

Estoy de acuerdo en participar en este estudio que busca mejorar la atención a las mujeres con diversos tipos de problemas. Estoy de acuerdo en que la información que dé debe ser precisa y cierta para que pueda ser de utilidad; es decir, que haré mi mejor esfuerzo para que las respuestas sean completas y exactas.

Firma de la Participante

Toda la información que usted me proporcione será estrictamente confidencial, esto es, se hará todo lo necesario para que nadie pueda identificarla a usted como la persona que dio estas respuestas.

Firma de la Entrevistadora

Fecha: _____

Apéndice 4. Lineamientos para la Intervención Individual Mínima

Intervención

Se asesora a la participante sobre la utilización del material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*, y se le entrega el material.

El Objetivo se explica en los siguientes términos:

- El objetivo de esta plática es ofrecer un material que le ayudará a hacer frente a algunos de sus problemas y a reconocer y manejar sentimientos de depresión.
- Se le explicará cómo usar este libro de manera que le sea fácil leerlo. (El libro habla de qué es la depresión y las situaciones que llevan a ésta. También presenta algunas sugerencias de actividades que puede realizar para manejar sus sentimientos de depresión.)

Puntos a tocar

- 1) **Título.** Se hace un breve comentario sobre el título.
- 2) **Índice.** Se muestra cada sección y se leen los títulos de los capítulos
- 3) **Cómo usar el libro.**

Explicar la importancia de:

- Darse tiempo para ellas mismas (ver imagen P.17)
- Ir leyendo poco a poco, por ejemplo varias veces a la semana, y releer.
- Escribir (Explicar uso de la libreta)
- Platicar con otras mujeres
- Llevar a cabo las sugerencias del libro: reflexiones, recordatorios y ejercicios.

4) Explicar el contenido de cada capítulo

- a) **Qué es la depresión.** Trata los síntomas y las formas de pensar de la persona deprimida.
- b) **Por qué nos deprimimos.** Se refiere a las causas de la depresión, como son:
 - Factores biológicos
 - Factores sociales
 - Historia infantil
 - Acontecimientos de la vida
 - Condición social de la mujer
- b) **Qué hacer.** Sugiere varias acciones las cuales la van a ayudar a cambiar. Mencione tres o cuatro ejercicios:
 - Definir qué les pasa
 - Aprender a valorarse
 - Formar su propio grupo de autoayuda.

5) Cómo están estructurados los capítulos

- Aspectos teóricos
- Ejercicios de reflexión
- Casos
- Recordatorios
- Ejercicios para cambiar

6) **A dónde ir.** El libro incluye la definición de lo que es un psicólogo, un psiquiatra, una trabajadora social, la psicoterapia, los medicamentos y los lugares en donde se brinda ayuda psicológica. Se presenta un directorio con lugares de ayuda especializada de bajo costo.

Hay que mencionar en que a la participante se le dará cita al mes para ver sus avances y dificultades. Se le da fecha para entrevista pos-tratamiento. No se menciona la palabra evaluación. Se hace hincapié en que aunque no haga nada de lo que se le sugiere nos interesa mucho saber el porqué no lo hizo y qué dificultades encontró. Se le menciona que también se le dará una cita a los 4 meses.

Apéndice 5. Lineamientos para la Intervención Grupal

Por qué una estrategia grupal

La experiencia obtenida a partir del uso de este material con grupos ha mostrado, que facilita la lectura, promueve la reflexión y que se compartan experiencias y dudas; a la vez que genera sentimientos de solidaridad, así como la identificación con las diversas problemáticas.

La ayuda entre mujeres ha sido una de las estrategias que ha mostrado mayor beneficio para las propias mujeres, en diversos campos, en todo el mundo.

Objetivos de la Intervención

- 1) Proporcionar información sobre la depresión que permita, entre otras cuestiones:
 - a) quitar el estigma asociado a este trastorno, y
 - b) reconocer la depresión para tomar medidas efectivas a tiempo.
- 2) Promover la reflexión alrededor de esta temática a partir de la propia experiencia.
- 3) Facilitar el compartir experiencias personales en el grupo y fuera de éste.
- 4) Motivar a poner en práctica las actividades de autoayuda sugeridas en el libro.
- 5) Motivar, si es necesario, a buscar atención especializada.

Algunos principios deseables de la facilitadora del grupo

a) Es muy importante que la facilitadora del grupo lea con cuidado el libro, y sobre todo, se de tiempo para reflexionar sobre los diversos aspectos y lleve a cabo, si no todos, por lo menos algunos de los ejercicios de autoayuda sugeridos. Esto le ayudará a entender y compartir experiencias con el grupo.

b) Que promueva un clima de confianza y cordialidad a través de evitar hacer juicios y de respetar las ideas de todas las participantes; no alentar la competencia y evitar los antagonismos.

c) Facilitar la participación por medio dando la palabra a todas y limitar el tiempo disponible de cada participante.

d) Centrar la discusión alrededor de la temática de interés.

e) Motivar la puesta en práctica de las actividades sugeridas en el libro, para ser realizadas fuera del grupo. Y dar espacio para que se hable de estas experiencias en el grupo.

f) Se interesa por conocer a las participantes y porque ellas se conozcan entre sí.

Factores que promueven el apego terapéutico

Se incorporan algunos componentes de la terapia conductual para mejorar el apego terapéutico (Kuhn y cols. 1996), entendido como "acciones que incrementan las posibilidades de que se cumpla con los objetivos del programa, a través de que las participantes realicen las actividades sugeridas". Estos son: el uso de **recordatorios**, en forma de tarjetitas que resumen alguna cuestión importante de la sesión. **Llamadas telefónicas** (una entre la pos-evaluación y el seguimiento). Manejar las **contingencias de reforzamiento**, agradecerles y felicitarlas por su participación y por las sugerencias hechas. Fomentar el apoyo social entre ellas. Introducir un **compromiso conductual** respecto a las fechas en las que podrían realizar los ejercicios prácticos del capítulo 6.

Arreglo del espacio físico

Siempre que se pueda hay que tratar de que las personas se sienten en círculo, de manera que la facilitadora sea una participante más y se genere la sensación de que todas están aprendiendo; no hay maestras y alumnas.

Material

Cada participante tiene que contar con un libro **¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión** y una libreta para sus notas. Sería de utilidad que cada una tenga una copia de los objetivos y las reglas del grupo. También tener gafetes, aunque sean etiquetas, con el nombre de cada participante.

Algunas reglas para el funcionamiento del grupo

En el siguiente cuadro se presenta una serie de "reglas" que pueden facilitar el mejor desarrollo del grupo. Es importante, no sólo que sean leídas a las participantes, sino además, que pudieran estar expuestas en una cartulina para ser vistas y recordadas por todas. (A continuación se presentan ejemplos de algunas de las reglas.)

Reglas útiles para las sesiones de grupo

Es importante llegar a tiempo. Es una manera de respetar a las demás participantes y de que se pueda cumplir con los objetivos de las sesiones.

Hacer un esfuerzo por asistir a todas las sesiones.

Mantener confidencial lo que se dice en el grupo.

Es importante desarrollar una actitud de compañerismo y ayuda entre las mujeres del grupo, ya que esta solidaridad es la que ha ayudado a muchas mujeres para salir adelante.

Tratar de no acaparar la palabra, ya que el tiempo tiene que alcanzar para que todas hablen.

Tratar de escuchar con atención a las demás participantes, de manera que puedan repetir lo que otra persona dice.

No juzgar a las demás personas.

Tratar de no dar consejos. Más bien se les sugiere compartir una situación similar a la que alguien expresa y decir cómo se sintieron o cómo hicieron para salir adelante.

Se vale expresar cualquier sentimiento.

Ejemplos de la estructura de las sesiones

Las seis sesiones se estructuraron detalladamente. A continuación se presentan dos ejemplos:

Sesión 3

Actividades	Temas	Páginas	Tiempo Aproximado minutos
Comentarios sobre la tarea			20
Lectura 7	Condición social de la mujer	82 a 95	9
Preguntas y comentarios			20
Lectura 8	Condición social de la mujer	96 a 105	6
Preguntas y comentarios			20
Lectura 9	Condición social de la mujer	106 a 118	8
Repaso de puntos clave			20
Tarea y cierre			17

Sesión 5

Actividades	Temas	Páginas	Tiempo Aproximado minutos
Comentarios sobre la tarea			20
Ejercicio 3	Cambios en nuestras creencias	137-148	30
Ejercicio 4	Modificar la manera en que percibimos nuestro ambiente	151-154	30
Tarea	Ejercicio 5	149-150	10
Repaso de puntos clave y cierre			30

A continuación, como ejemplo, se presentan las descripciones de la primera y de la última sesión. El resto de las sesiones se describió de manera similar.

Sesión 1

Introducción

Se sugiere iniciar la sesión **presentándose**, quizá incluyendo algunas experiencias personales sobre el tema a tratar y explicando al grupo los **objetivos** de la intervención.

Algunos puntos que se pueden tocar:

- ◆ Muchas mujeres en todo el mundo presentan depresión en algún momento de su vida.
- ◆ Muchas de ellas no lo saben y muchas de las que se dan cuenta no saben qué hacer.

- ◆ Aquí vamos a hablar de qué es la depresión y qué pueden hacer para salir de ella.
- ◆ Durante las sesiones se irán dando cuenta que todas tenemos problemas.
- ◆ Si hablamos de ellos no nos sentimos solas.
- ◆ Podemos aprender unas de otras

Objetivo y procedimiento

El objetivo de estas seis sesiones es darles a conocer qué es la depresión y las situaciones que llevan a ésta; así como, sugerirles algunas acciones que les ayudarán a manejar sus sentimientos de depresión. Esta información se encuentra en el libro que se les ha entregado, el cual se irá leyendo durante las sesiones. Se dedicará un tiempo a preguntas y comentarios y se les sugerirán actividades para realizar en casa.

Es importante recordarles el carácter "experimental" de la intervención y nuestro interés por conocer sus opiniones y dificultades respecto al curso.

Presentación de las participantes.

Además de su nombre, pueden decir su estado civil y ocupación o motivo por el que asisten. También es interesante escuchar cuáles son sus expectativas de las sesiones y tomarlas en cuenta para ver que se cumplan. Si espontáneamente no van presentándose puede establecerse un orden para que lo vayan haciendo.

Continuación de la introducción

Es conveniente comentar las reglas para el mejor funcionamiento del grupo -a cada una se le da una copia de éstas- y presentar el programa de actividades del día y/o de las seis sesiones. En este momento se puede repartir a cada participante un libro y un cuaderno.

En nuestra experiencia, las mujeres que asisten lo hacen con entusiasmo, el cual hay que mantener. También hay que ayudar a crear confianza y a romper el hielo.

Lectura

La lectura la puede realizar la facilitadora o si hay personas en el grupo que lean con fluidez se pueden ir rotando. A la vez, se señalan las páginas que se van leyendo.

Lectura 1) Para comenzar y cómo utilizar el libro (p.12 a 17)

Contenido:

- ◆ La depresión es un problema común (quitar estigma)
- ◆ Se presenta más en las mujeres, aunque los hombres también se deprimen pero a menudo lo esconden.
- ◆ Importancia de darse un tiempo para ellas para leer y escribir.
- ◆ Importancia de compartir lo que se va aprendiendo así como las experiencias personales.

Preguntas y comentarios

Normalmente, la temática del libro, por sí misma, provoca la participación, ya sea con comentarios sobre la propia vida o sobre personas que conocen. Muchas preguntas que pueden

hacerse ahora sobre la depresión se contestarán en el siguiente capítulo así que en este nivel no hay que profundizar mucho.

Lectura 2) Qué es la depresión (p. 19 a 31)

Contenido:

- ◆ Caso Esperanza
- ◆ Síntomas de la depresión
- ◆ Tipos de depresión según el grado de malestar que se presenta

Puede leerse el caso de Esperanza primero y comentarlo y después hablar de los síntomas.

Preguntas y comentarios

Se da tiempo para que las participantes comenten sus impresiones y dudas. Si el grupo no participa espontáneamente, es útil llevar algunas preguntas preparadas; por ejemplo: ¿Habían oído hablar sobre la depresión? ¿Alguna de ustedes o un familiar o amigo ha estado deprimido? ¿Conocen algún caso como el de Esperanza? ¿Qué piensan de éste?

Se pueden ir leyendo cada uno de los síntomas y que vayan diciendo quién los tiene. De esta manera se estaría realizando el ejercicio de reflexión.

Es frecuente que las mujeres comiencen a identificar el material con la situación y problemas de sus hijas/os. Hay que hacer hincapié en que estas sesiones son para ellas, para que ellas se ayuden, para que se den un espacio, de lo contrario es difícil que puedan ayudar a los demás. Por lo que es conveniente recordarles que hablen de ellas.

Lectura 3) Forma de pensar de la persona deprimida (p. 32-37)

Identificar las formas más comunes de pensar de las personas deprimidas.

Preguntas y comentarios

¿Les son familiares estas formas de pensar? ¿Podrían comentar si les sucede a ellas esto y cómo? Podrían introducirse las reflexiones del capítulo.

Se puede volver a leer cada forma de pensar e irles pidiendo que comenten si incurren en ella y cómo. De esta manera se estaría realizando el ejercicio de reflexión.

Repaso de puntos clave

Podría pedirles a las participantes que compartan los aspectos que más les interesaron de la sesión de hoy a manera de resumen de los puntos más importantes.

Tarea

Se les sugiere que vuelvan a leer el capítulo y que lleven a cabo las **Reflexiones** que se presentan en las páginas 36 y 37. Se les pueden repartir en una hoja aparte, tanto los síntomas como las maneras de pensar de las personas deprimidas, para que marquen los que tienen y facilitar que los recuerden.

Hay que enfatizar la importancia de llevar a cabo los ejercicios, pero asegurando que no hay consecuencias negativas si no pueden hacerlos, y que, aunque no los hagan, se presenten a la siguiente sesión.

Recordatorio

Se les reparte el recordatorio:
"Yo soy importante. Me tengo que dar tiempo para mí misma".

Se les sugiere lo pongan en un lugar en donde lo vean con frecuencia.

Si quieren, pueden compartir con otros miembros de la familia el que cada uno se sienta importante.

Cierre

Se les agradece su participación y se les recuerda el lugar y la hora de la siguiente sesión. Se les pide que traigan a cada sesión su libro y su libreta. Si no acuden a una pueden asistir a las siguientes.

Sesión 6

Comentarios sobre la tarea

Se les pregunta si llevaron a cabo el ejercicio sugerido la sesión anterior y si quieren compartir su experiencia.

Ejercicio 6) Nuevas maneras de comportarnos (155-161)

Se sugiere que vayan leyendo poco a poco las sugerencias dando tiempo para ir comentando cada una.

- ◆ Platicar con otras personas (155-156).
- ◆ Visitar a personas que nos agradan (157).
- ◆ Conocer gente nueva (157).
- ◆ Obtener información sobre algún problema que tengamos (158).
- ◆ Compartir responsabilidades con otros miembros de la familia y leer ejemplos (159-160).
- ◆ Explorar qué tan factible es que se sigan reuniendo cada semana por su cuenta.
- ◆ Otras actividades (161).

Compromiso conductual

Se les reparte la hoja con la lista de actividades y se les pide que le pongan un número en cuanto al orden de importancia que cada actividad tiene para ellas y, de ahí a tres meses, le pongan fecha para ir realizando cada una.

Actividades:

- 1) Releer algunas partes de interés.
- 2) Revisar y ampliar las reflexiones de cada capítulo.
- 3) Volver a trabajar en sus recordatorios.
- 4) Repasar los ejercicios del capítulo 6.
 - 4.1) Definir qué nos pasa.
 - 4.2) Hacia una revalorización de nuestra persona.
 - 4.3) Cambios en nuestras creencias.

4.4) Modificar la manera en que percibimos nuestro ambiente.

4.5) Dar salida a nuestra tristeza, miedo y enojo.

4.6) Nuevas maneras de comportarnos:

- Platícar con otras personas.
- Visitar a personas que nos agradan.
- Conocer gente nueva.
- Obtener información sobre algún problema que tengamos.
- Compartir responsabilidades con otros miembros de la familia.
- Otras actividades.

Lectura 10) A dónde ir

Se sugiere hacer una lectura sobre los conceptos de:

- ◆ Psicólogos(os)
- ◆ Psiquiatras
- ◆ Trabajadoras Sociales
- ◆ Psicoterapia, Farmacoterapia

Y que concluya este apartado mostrando el directorio y la demás información contenida en este capítulo sobre las instituciones.

Preguntas y comentarios

Facilite el que se hagan preguntas y comentarios sobre la sesión del día.

Recordatorio

Se les reparte el recordatorio:

"Amarme a mi misma significa:

saber recibir,
exigir ser tratada con respeto,
darme el trato que doy a los demás
perdonar mis errores,
buscar mi bien
y tenerme paciencia, tolerancia y cariño.
Si no me amo no puedo dar amor a otros".

Cierre

Sería importante que todas compartieran algunos de los puntos que más les interesaron de las seis sesiones. Se les recuerdan los objetivos de la intervención, que ya se explicaron en la primera sesión.

Hay que aclarar los alcances de estas sesiones. Definitivamente realizar los ejercicios y la lectura del libro las puede ayudar a tener una herramienta para enfrentar los problemas y los sentimientos de depresión; sin embargo, no es realista esperar que ya siempre se van a sentir bien, porque puede pasar que un tiempo se sientan bien y vuelvan a "recaer". Esto suele ocurrir, pero lo importante es no sentirse derrotadas sino utilizar lo que aquí aprendieron para salir adelante.

Se les agradece su participación. Se les dan unas palabras de despedida.

Se les recuerda que serán contactadas en dos semanas y en tres meses. Se les pide que asistan a las entrevistas

Bibliografía consultada para la elaboración de este manual: Casas y Uribe (1989), Juniper (s/f), Kuhn y Sotelo (1996), Lepore (1997), Moos (1961), Muñoz y cols (s/f), Pennebacker (1993), UNICEF (1994) y Werner y Bower (1984).

Apéndice 6

A psychoeducational intervention for depressed women: a qualitative analysis of the process.

Ma. Asunción Lara*, Claudia Navarro, Maricarmen Acevedo, Shoshana Berenzon, Liliana Mondragón, Norma Angélica Rubí
"Ramón de la Fuente" National Institute of Psychiatry,
Mexico.

Abstract

The aim of the study was to assess the degree of agreement between the various goals of a psycho-educational group intervention for women with depressive symptoms and what actually took place during the sessions, in terms of the interactions between the group facilitator and the participants. Eight groups were conducted with five to nineteen participants each. The intervention consisted of six two-hour weekly sessions organised around educational material. A qualitative analysis was undertaken based on some of the postulates of the Grounded Theory for the transcribed registers of audio-taped recordings. The analysis led to the definition of five major categories: (1) establishment of rules and commitments, (2) educational exchange, (3) exchange of experiences, (4) reflexive work geared towards cognitive-behavioural change and (5) limitations on the exchange process. A high degree of agreement was achieved between the goals and the way they were put into practice. The characteristics of the communication between the facilitator and the participants in each category are described.

Key words: Women, depression, qualitative method, psycho-educational intervention.

Introduction

Depression places an enormous burden on societies. It will soon become the second leading cause of disability in the world, with women being twice as likely as men to suffer (Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1995). Life prevalence of depression in Mexico is 10% in women and 5.2% in men (Caraveo, Colmenares, & Saldivar, 1999) while current prevalence is 4.1% in the former and 1.6% in the latter (Berenzon, Medina-Mora, Lopez, & González, 1998). However, depression is seldom recognised and even when it is, help is often not sought, very often as a result of the lack of services. The budget for mental health in Mexico, for instance, is less than 1% of the total health budget, which is itself low, representing only the 5.6% of the gross domestic product (Secretaría de Salud, 1999). It is thought that between 11 and 21% of the population do not have access to public health services and lack the resources for private ones (Frenk, in Medina-Mora, 1997). Even if treatment for depression were more widely available there would still be a need for evidence-based interventions which are almost non-existent. This led us to develop a brief, simple, low-cost psycho-educational intervention for depression in women of limited means. The most

* Requests for reprints should be addressed to Ma. Asunción Lara, "Ramón de la Fuente" National Institute of Psychiatry, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delg. Tlalpan, 14370 México, D.F. E-mail: laracan@imp.edu.mx. Phone: 55 5655 28 11 Ext. 155. Fax: 55 5655 28 11 Ext 203.

influential study for our research was Muñoz & Ying's (1993), carried out in California, in primary care services with low-income minority populations.

The first stage of the project included a comparative design to assess a group condition (six two-hour weekly sessions, organised around educational material) and a minimum individual condition (twenty-minute individual orientation plus educational material) with pre-, post- and follow-up assessments. Analysis of variance for the main outcome variables showed a significant reduction in depressive, somatic and anxiety symptoms and an increase in self-esteem from pre- to post- and from pre- to follow-up assessment while no significant differences were found between conditions (Lara et al, in press, a). The group condition was more positively evaluated since participants regarded it as having a greater influence on their life and problems. This influence was related to having a better understanding of and coping with problems, mood improvement, changes in the way they thought about things, knowing themselves better and being more accepting of themselves. The group facilitators¹ were positive evaluated for their ability to listen, the fact that they inspired trust, paid attention, were encouraging and understanding and because of the way they conducted the intervention. (Lara et al, in press, b)

The second stage, which is the objective of this paper, consisted of a further analysis of the process of the group intervention based on audio-taped recordings of the group sessions. The aim of the analysis was to assess the degree of agreement between the various goals of the intervention and what actually took place in the group sessions in terms of the interactions between the facilitator and the participants. In this respect, the study aims to describe the characteristics of the communication that develops between facilitators and participants and its effect in the group dynamics. A qualitative approach was undertaken based on some of the postulates of the Grounded Theory. The aims of the intervention can be seen from its components: educational, psychological and group-component.

The educational component seeks to provide information that will contribute to the understanding of depression in relation to three aspects: its manifestation, causes and ways of coping with it. This component is based on a multi-causal model of depression that includes biological factors, childhood experiences, life events and gender and social factors. The psychological and cognitive-behavioural component includes activities aimed at inducing change, such as the reduction of depression symptoms by detecting and correcting the negative thoughts associated with the latter, encouraging a positive view of the participants themselves and their environment; expanding their behavioural repertoire and facilitating the expression of feelings of sorrow. The group component involves the creation of an atmosphere of trust and support that facilitates the expression of emotions and change. It is worth noting that the intervention is not intended to be a form of group therapy but rather a highly directed, restricted intervention. This model is presented schematically in Figure I.

¹ A facilitator is a person who coordinates the group, creates the conditions for appropriating theoretical and practical knowledge that will lead the group of women to reflect on their personal, social and gender condition and have a favorable influence on their attitudes and forms of behavior (Lara, Acevedo and Luna, 2001).

Insert Figure 1 about here

Thus, the main questions of the study had to do with how the educational, psychological and group objectives were carried out and if they indeed were, to what extent. Grounded theory was considered an appropriate theory since, as noted by Searight & Young (1994), it attempts to find answers to these questions by seeing through the participants' eyes. The authors assume that in order to be able to have an "inside" view of the world that is being analysed, it is important for the researcher to be immersed in this reality and to observe the symbolic, linguistic interactions of the subjects that will serve as the basis for both the immediate and subsequent analyses. The importance of grounded theory in the field of health has been shown by various research studies: De León, Pelcastre and Díaz (2000) in studies on the menopause; Kano (1998) in studies on teenage pregnancy and Lethi & Mattson (2001), Hurst (1999) and Amankaa (2000) in studies on depression.

Method

Subjects

The general eligibility criteria for the sample were: being 20 to 45 years old, having completed primary school and displaying depressive symptomatology (Center for Epidemiological Studies Depression Scale -CES-D-, Radloff, 1977). Subjects were excluded if they had a significant suicidal risk, were pregnant, were suffering from a terminal illness, had drug- or alcohol-related disorders, were currently receiving mental health treatment or met DSM criteria for organic damage, psychosis or bipolar depression (Structured Clinical Interview for the DSM-III-R -SCID-, Spitzer, Williams, & Gibbon, 1988). A sample of 80 subjects was originally planned. However, due to the high loss of subjects characteristic of this type of subjects, a hundred and seventy-nine women were interviewed to participate in the group sessions (Mrazek and Haggerty, 1994).

Procedure

The intervention was carried out at primary health institutions in Mexico City. These included two Mental Health Community Centres and a Health Centre run by the Ministry of Health. The social workers and psychiatric nurses of these institutions promoted the intervention within the community and among patients that attended the health centres. They received information on the intervention and characteristics of eligible participants in order to recruit the subjects. Eight groups were conducted with five to nineteen participants each. As mentioned earlier, the intervention consisted of six two-hour weekly sessions.

Characteristics of the intervention

The intervention is organised around the educational material *Is it difficult to be a woman? A guide to depression* (Lara, M.A. et al., 1997). It is based on psychological and cognitive behavioural treatments, has an educational component and includes a gender perspective. It uses simple language and cartoons to describe the problem of depression, its causes and ways of dealing with it. Depression symptoms, causes of depression (from a multi-factorial perspective) and a variety of psychological activities (including some cognitive-behavioural ones) directed towards the reduction of depressive symptoms, are covered in the

educational material. Both the educational material and the intervention program rely on previous research findings on women's mental health (Lara, M.A., 1999).

Group facilitators were qualified psychologists with extensive experience. To ensure delivery of the program according to specifications, an *Intervention Guideline*² was used and sessions were audio-taped for feedback and for future analysis of the process. In general terms, the structure of the intervention consisted of the induction and the explanation of the framework at the beginning of the first session, readings of the educational material, generally carried out by the facilitator over six sessions, followed by reflections and comments by the participants, responses and comments by the facilitators and activities aimed at reflection and change to carry out in the sessions and at home. During the last session, a period of time was set aside for closure.

Analysis

The sessions were recorded in full on audio-tapes. Since transcribing them in their entirety would have entailed a great deal of time and expense, only thirty minutes of each session were transcribed. All the sessions were divided into ten-minute sections and three segments of each were randomly selected. Ninety per cent of one group's session was transcribed to give an idea of the entire process. In the cases where the first ten minutes of the sessions were not selected, they were transcribed in any case in order to have a record of each participant's presentation of herself. Ninety per cent of one group's sessions were transcribed in order to have a record of the entire process. Although not having all the material could have involved a loss of information, due to the fact that information from several groups is available, we felt that this loss was not significant.

The audio-records of the selected segments were compared with the written registers to correct possible errors. After the interviews had been re-read several times, a series of categories were drawn up to classify the information according to the themes dealt with in the sessions. This grouping was based on the technique of "categorisation of meanings" proposed by Kvale (1996) which allows valid inferences to be drawn from a text. It is important to note that although specific research questions had already been drawn up, they were not used as a guide and instead, attempts were made to find the categories that were formed naturally in this respect. The themes were codified inductively, in other words, successive readings of the sessions revealed the information contained in each of them. This process of codification allowed the categories that were most appropriate for the information compiled to be constructed, which in turn facilitated the interpretation and analysis of testimonies on the basis of our theoretical referents. Subsequently, the categories that had been generated were studied together with the whole text, in order to obtain both the context of what had been said and its meaning. According to Kvale (1996), the purpose of qualitative research is a continuum between description and interpretation, achieved by using the procedures indicated by categorisation.

In order to reach a consensus on the most suitable categories, two people codified the same material separately, and subsequently compared the categorisations obtained by each

² A corrected version of this Guide was subsequently published (Lara, Acevedo and Luna, 2001)

(Strauss y Corbin 1990). It is a well-known fact that categories are mental constructs that may be defined by the research instrument, in this case by the educational material and the structure of the group intervention sessions.

Results

Socio-demographic characteristics

A hundred and seven of the 179 women interviewed to participate in the group session completed the intervention. The mean age was 35.3 (SD 6.5), the majority were married or living with their partners and had extremely varied levels of **educational attainment**; 23% had completed secondary school, 39% had finished high school or the equivalent, 21% had university degrees while 16% had only completed elementary school. As for their **occupation**, approximately 65% were engaged in some sort of paid employment (as teachers, government employees, domestic servants, sales persons, under-employees, etc.). A total of 54% worked 35 hours a week outside the home, while 32% worked between 10 and 34 hours. In 38% of the cases, the woman was the main provider, regardless of her marital status.

As for **family composition**, a mean of 3.13 members was observed (SD 1.14) for nuclear families as opposed to 5.18 for extended families. Sixty-six per cent of families are nuclear families while 34% are extended, with the latter consisting of parents (69%), brothers and sisters (64%) and other relatives (59%). A total of 34.3% of the interviewees do not have partners, 9% do not have children, 18% have one child, 39% have two, 24% have three while 9% have four or more.

Analysis of group interactions

As mentioned earlier, the dialogues established during the sessions constituted the basis on which this study was analysed. As a result of the process of reading and the consensus of the researchers, the following categories related to group communication and dynamics were generated: (1) establishment of rules and commitments, (2) educational exchange, (3) exchange of experiences (4) reflexive work geared towards cognitive-behavioural change and (5) limitations on the exchange process. Table 1 shows these categories, together with the sub-categories. In order to facilitate description, the sub-categories of the facilitators and the participants are presented separately, although they are analysed together.

INSERT TABLE 1 ABOUT HERE

Establishment of rules and commitments

This category included aspects related to the rules for the proper functioning of the group and the organisation of the work in each of the sessions. As will be shown below, the fact that these rules were made explicit led to respectful exchanges that enabled the intervention to develop within a conflict-free atmosphere.

At the beginning of the first session, the facilitator introduced herself and then asked the participants to do the same. The participants' introductions were usually brief and included aspects such as name, marital status, occupation, number of offspring, the way they had found

out about the course and the reasons for attending the latter. This brief information gave the facilitators an idea of the group's expectations, the characteristics of the participants and the type of problems they experienced.

After the presentation, the facilitators explained the objectives, rules, dynamics of the course and characteristics of the material. None of the groups experienced problems in understanding and/or accepting the rules established. This is borne out by the fact that during the six sessions, most of the participants attended regularly, arrived punctually, brought the material with them and refrained from making value judgements about the other participants.

Facilitator: Now you have all introduced yourselves, let's start. The piece of paper I have just given contains some of the rules we must be clear about, such as being punctual, to make sure we follow them in each of the session. So, who'd like to read them out?

Participant "F": (Reads aloud while the rest read their material in silence) It is important to: (1) Be punctual as a way of respecting others. (2) Attend all sessions. (3) Do the exercises. (4) Maintain the confidentiality of what is said in the group. (5) Develop an attitude of friendship and support towards other women in the group. (6) Share ideas and experiences. (7) Ask all the questions you want. (8) Avoid monopolising the discussion (9) Listen carefully to the others. (10) Don't judge others. (11) Try not to give advice and (12) Feel free to express any feelings you may have.

Facilitator: Any queries? ...

This category also included the participants' testimonies regarding the effort they had to make to attend the course and do their homework. Some of the difficulties they mentioned included not having anyone to leave their children or grandchildren with, difficulties in obtaining permission to take time off work, the distances they had to travel and often the husband or children's disapproval. They also mentioned difficulties doing their homework such as the numerous responsibilities they had which left them very little time to spend on themselves, the fear that their children or husbands would find what they had written and then make fun of or criticise them and being unaccustomed to using writing as a means of reflecting on their problem.

Participant "L": Well, [her husband] felt a bit awkward because he said, "Are you ready?" I was having breakfast when he got up. He never gets up early except when he's going out for a game. When you're a woman, you have a lot of intuition, so I said to him, just as he was going out for a game, "I'm going to my course". It was already twenty to ten and he was having breakfast. So I said, "I'm leaving at 10 and I'll be back at two." "Cripes!" was all he said. But then I thought I'd acted a little aggressively by not saying, "You know what, I'd like you to take care of the baby for a while" so he [the husband] wouldn't feel annoyed about having to look after the baby. But I didn't say anything, I just went out quickly and said, "So you look after the baby then and I'll see you at two. I'll try and get back as soon as I can."

Participant "R": I stuck [a reminder] up in the kitchen and they all made fun of me because they said: "My husband says, your mum's very important, she is important. But I didn't pay attention to it."

Facilitator: Have you had time to read?

Participant "M": The thing is that I'm hardly ever home because I work. I have a stall in the market near my house and I use the little spare time I have to prepare meals and do the household chores, which means I feel a bit pressured. If I have any free time at night, all I want to do is go to sleep because by then it's already ten o'clock.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Another important point is that from the outset, the facilitators established what their role within the group was going to be. Each one, in her own particular way, clarified her role as a guide and mediator of the group work, which she maintained throughout the sessions. The facilitators showed tolerance and understanding towards the attendees and kept to the objectives established. They followed the programme of activities specified for each encounter, providing scope for participation and taking up and reaffirming the participants' comments. This attitude encouraged orderly participation, fostered an atmosphere of respect and trust and motivated the attendees to carry out the various activities in both the sessions and at home.

Facilitator: Well, as you can see, the problems we discuss here are very varied, although there are several points I'd like to deal with. First of all, this is not group therapy, which does not mean that you won't benefit from the course, OK? In some cases, you will have to get individual help where you can discuss your personal problems with. Our course basically deals with depression and what we want to do is to make you aware of this, so that you know that there are places where you can get help, that things can get better and that you can improve your lives. That would be the first stage in helping you to look for help on your own. My role as a facilitator in this course is to clarify some of the things you say, like the way you have just seen, such as when one of you said, "It's my fault my son's an addict." There, we'd have to decide whether that is true or not or whether we are blaming ourselves for things that are not our fault. Has anyone got any queries or comments? Well, then let's start with the reading.

Educational Exchange

This category refers to all the interventions designed to handle the basic concepts of the material and their application to everyday life. The experience of shared learning proved to be the basis of the reflexive work and changes in the way women thought and acted. Reading the educational material *Is it difficult to be a woman?* (Lara et al., 1997) was the most important activity for socialising the information, which in turn enabled the group discussion to be unified within a very short period of time, while leaving room for comments. The attendees expressed great interest in clarifying their doubts and in finding out more about the problem of depression, which led to several questions on how to obtain more information on the material they had read.

The facilitators spend part of the sessions explaining each of the core issues and forms of intervention in detail, as well as clarifying any definitions or concepts that might prove confusing.

Participant "F": There's one thing I'm not sure about. I'd like to know what is meant by the paragraph that says "people usually say they are depressed when they are in a sad mood for a while but can get over it fairly easily with little or no help, but this type of sadness or dejection is not what specialists call depression" [...]. There are various ways of experiencing depression. For example, the way I express it is by being irritable or getting in a bad mood. I don't spend all day in bed or anything like that. What's it like then? [referring to the way depression is defined].

Facilitator: It's difficult, the book says we should spend a minimum of two weeks on these symptoms and a certain amount of time on them. It's difficult to diagnose that, since it depends on several factors. (She then goes on to explain the criteria to determine whether or not depression is involved).

One of the aims of the educational exchange process was to promote a critical analysis rather than remaining at the stage of merely transmitting information. The facilitators therefore

asked for opinions on the topics dealt with and encouraged the attendees to participate. The following conversation took place regarding women's role, specifically, the double shift.

Facilitator: What can we say about women's role as mothers? What strikes you most about that? "D" has already mentioned a few things, because she saw herself reflected in them. I imagine that she works and is responsible for supporting the family.

Participant "E": I think it is an enormous effort, because for women [working] is a double strain, because you can't just say, I'll go off and work like them (men) and then come in and have them serve you and look after you or say I've had my dinner, make your own supper because I'm tired. Women that work get certain things because they have a certain amount of independence and self-fulfilment but at the same time, they make twice the effort and get twice as exhausted.

It is worth noting that reading the educational material served as a powerful incentive for the participants to talk about a wide range of problems, meaning that in some cases, it proved extremely difficult to go back to the main issue and the discussion on the latter.

Exchange of experiences

This category included information on the facilitators' and participants' interventions regarding the emotional responses elicited by the material. Their accounts cover a broad spectrum of emotions associated with the experience of depression and ways of coping with it, as shown by the following testimony:

Participant "M": I had a very difficult childhood and my mother was very sad and now I look at myself. She used to hit me and now I look at my children and say, "A child shouldn't have to be in the middle of two people who hit each other." I feel very resentful towards my parents, particularly my mother. I've been in therapy and got a lot of things out of my system, I've realised a lot of things, but even so, I find it very difficult to forgive, especially myself.

The facilitators use examples of third parties with two very clear objectives. On the one hand, they try to exemplify the issues dealt with in the educational material as a means of relating the concepts in the book to everyday life, in addition to expanding the possibilities of identification for the participants.

Facilitators: The things that happen may be related to health and may or may not lead to depression, depending on what they mean to us. For example, I knew a woman who had very bad haemorrhages who had a hysterectomy. She was a young woman, who was about 38. Everyone kept saying to her, "You're going to get really depressed and feel awful," and she said, "I'm happy, really happy, because I've had haemorrhages in the market or in the street and I felt I was dying. I knew that if I had another haemorrhage, I might die."

Thus, the reading material and the discussion of the latter provided an opportunity for the participants to share their experiences regarding the problem of depression. The facilitator's attitude encouraged an atmosphere of trust, interest and respect towards the expression of feelings, as illustrated by the following exchange:

Participant "J": Can depression exist from the time you're a child?

Facilitator: Yes.

Participant "J": From any age?

Facilitator: Yes, from any age.

Participant "J": Does that mean that people start getting depressed in their families?

Facilitator: Sometimes it does, sometimes it doesn't.

Participant "J": Well, in my case, I come from a family that has had many problems and when I don't like what's happening, I get depressed. Because when you're a child, you don't realise what's happening. I remember when I was a child, I used to look at the sky and ask God to take me away, because I didn't want to go on living. I went through a lot of suffering because I didn't like what was happening [...].

Another aspect within this category is that the participants expressed an enormous need to speak about their everyday experiences and to be listened to.

Participant "D": Maybe men are traditionally brought up like that. I experienced it myself yesterday. I work. I got [home] and [my husband] said, "wash the dishes and then do the ironing." I watch a soap opera at 9 and after that he watches football and it was a quarter to twelve and he was still watching the match so I said, "I want to go to sleep," and he said, "Stih, I let you watch your soap opera." "True," I said, "but even though I also washed the dishes, did the ironing, and made your supper, I don't have the right to go to sleep so I can work the next day." So he switched off the TV, and turned over and went to sleep. I was furious and thought, "It's not fair. He doesn't yell at me or hit me or get drunk, he's a good man, but he has his bad points" ...[...].

The topic dealt with here put them in touch with their deepest feelings and the space that had been created enabled them to express these emotions.

Participant "E": When I got pregnant with my son, I was still in secondary school and all I wanted to do was to leave home, because all day people were hitting each other and shouting at each other and I never had a moment's peace. My father used to get home drunk and beat up my mother. I swore to myself that I'd marry the first fool who asked me. And that was exactly what happened. I left home looking for support and to have a bit of a breather, but it didn't turn out like that. I said to my partner, "I left home because I wanted your support and love. All I've had since I've been with you have been blows and insults and I don't want that."

The participants expressed an enormous need for support-from asking for advice to solutions to their problems. A review of the group dynamics showed that the facilitators often reminded the participants that it was not intended to be group therapy, although they did respond to their needs as appropriately as possible, by listening empathetically and providing information on more specific alternatives available for dealing with certain problems.

Reflexive work geared towards cognitive-behavioural change

This category includes the key changes for the purposes of the course; in other words, first cognitive and then behavioural changes that will make the intervention successful. It is here that the analysis of ways of coping with problems, the difficulties present and the emotional aspects that emerge are dealt with through the reflexive exercises included at the end of each chapter, the exercises on reviewing women's perception of themselves and their environment, their beliefs about the female condition, suggestions regarding new forms of behaviour and the use of reminders.

The facilitator introduces and explains the exercises, allows time for them to be carried out individually during the sessions and shared with the rest of the group or gives instructions for them to be carried out as a group. She also suggests how they can be done at home.

On the basis of personal reflection, each participant decides what changes to make, how to place her own needs above other situations or re-assess the image she has of herself. For example, one participant described her experience through the exercise of writing about her own depression:

Participant "L": Sunday, October 18. On Monday, I'm going to take the course on depression, because I know it'll help me to get over it. I know that sometimes I feel sad and want to cry. Sometimes I push myself to do things, but there's always something to worry about, such as how to make ends meet, or if one of my children comes home late or is having problems at school [...] or if someone in my family is sick [...] all that makes me feel tired and lethargic, so I go to bed. At other times, my body feels heavy and I feel anxious. This week has been difficult...my 18-year-old son asked for permission to go to a party and said that he probably wouldn't be back until Sunday; it's 11:10 p.m. now and he still hasn't come back. Right now, I'm looking at a sign that says, "I'm important, I have to make time for myself." [Referring to a reminder]. However, I've realised that I've managed to find ways of providing what the others need. And yet I haven't been able to pay the \$20 peso monthly subscription for my swimming class, or the \$15 pesos to pick up the shoes I had repaired, or to pay for the dentist. This makes me realise that I'm not being fair to myself. The same happens with my homework, I haven't had time to do it until now.

The facilitator reinforces the comments and actions that encourage the self-affirmation of these women, whose progress is reflected in their decisions to make changes in their lives.

Participant "D": "I said to my husband, you know I'm taking this course and that I've already had four sessions and I've got so many more to go (I can't remember how many I said) and if you don't change, that's your problem, but I'm not taking the course for things between us to go on being the same. Things are changing, and the course isn't even over yet."

The facilitator's function also consists of questioning ways of perceiving and coping with problems that prevent progress and of suggesting actions that promote change and the modification of paradigms.

Facilitator: How can you help your son express his feelings?

Participant "Ch": I have a problem, when I feel good and want to talk to him, he's not always there to listen to me. So on Friday, I started writing and I said to my son, "Read it and tell me what you think about it afterwards. So he said, "Why don't you read it to me, mum?" and I said, "Because there's no point." So he said, "Go on mum, I like it when you read to me." So I read it to him and he said, "That was really nice, Mum." And then he picked up the letter and said, "I'll read it whenever I feel bad."

Facilitator: So you were telling him he could express himself. Perhaps not right then, but that he could express whatever he felt. And he showed you how by saying, "Read it to me, I like it when you read to me." And you acted and read it to him. Very good."

The women often said how much they appreciated taking the course at that particular point in their lives and how attractive and useful the material was, and how much they valued the facilitators' work.

Participant "A": Well, I managed to achieve what I set out to, in other words, to get out and get ahead. In other words, to make myself up and not feel so downtrodden or have people look down on me, and have them respect me and treat me the way I wanted to be treated.

Participant "V". I found it really useful too. I really enjoyed the sessions, because I don't feel as bad as I used to, with headaches almost every day, and now I feel very calm and happy. I'm very happy now and set aside time for myself.

Constraints on the exchange process

This section reviews the aspects that might have hampered the communication process. Given the characteristics of the structure of the intervention (limited time for each participant and for covering the themes,) some of the participants sometimes had such a pressing need to talk about their problems, sometimes for the first time ever, that they monopolised the discussion (or at least tried to). Once or twice, possible defence mechanisms led the attendees to assume a role similar to that of the facilitator.

As for the facilitators, they sometimes spoke for a very long time, meaning that the dynamics tended more towards communication between the facilitator and a participant and less towards communication between two participants, followed by comments by the facilitator.

Discussion

The aim of the project was to evaluate a psycho-educational intervention that could be implemented in primary health. During the initial phase, a quantitative analysis provided evidence to support the hypothesis that both a group and a minimum individual intervention were effective in reducing depression, anxiety and somatic symptoms and in increasing self-esteem (Lara et al., in press, a). It also showed that participants subjectively evaluated it as having a great influence on their life and problems (Lara et al, in press, b). A further analysis, which is the objective of this paper, aimed to study the process of the group intervention from audio-taped recordings of the group session to assess the degree of agreement between the various goals of the intervention and what actually took place in the group sessions in terms of the interactions between the facilitator and the participants. The methods used during the early stages of the study and in this study correspond to different conceptual frameworks. During the first phase, when the results of the intervention and the participants' problems were analysed, a deductive-quantitative approach was used (with the analysis being based on the theory). Conversely, in this study, where emphasis was placed on the interaction between the facilitator and the participants, a deductive-qualitative approach was used (repeated readings of the sessions provided the categories of analysis). It is interesting to note that the results obtained from each of the methods complement each other, providing a more integral understanding of the problem studied.

This analysis led to the definition of five major categories: the establishment of rules and commitments, educational exchanges, the exchange of experiences, reflexive work towards cognitive-behavioural change and limitations on the exchange process. These categories related to the elements included in the model (Figure 1) that were laid out in the Guidelines for implementing the intervention (Lara et al, 2001) which will be explained later.

The group component in the model refers to the creation of a climate of trust and support that favours the expression of emotions and change. This aspect was represented by

the category of rules and commitments. As one can see, the facilitators implemented the intervention, which created an appropriate climate that served as the basis for the development of other components. This encouraged a high degree of participation within a fluid, conflict-free process. At the same time, the category and limitations on the exchange process indicated the presence of over-long interventions among both the facilitators and the participants. This prevented more women from intervening and meant that less time was spent on the planned activities of the intervention.

The educational component, whose aim was the appropriation of theoretical and practical knowledge for subsequent reflection, was represented in the category of educational exchange. The facilitator organised the presentation of the educational material, clarified doubts and provided examples. For their part, the participants expressed their interest by asking questions and provided evidence that they understood the material by exemplifying the various points with their own experiences. In this respect, the category of the exchange of experiences also describes the way in which participants appropriated the knowledge by making it their own.

As mentioned earlier, the psychological and cognitive-behavioural component includes activities aimed at correcting negative thoughts associated with depression, encouraging a positive view of the participants themselves and their environment; expanding their behavioural repertoire and facilitating the expression of feelings of sorrow and reflection on their gender condition. The categories of experiential exchange and reflexive work towards cognitive-behavioural change describe this component. The analysis described the role of the facilitator as a conductor of activities for reflection and change while encouraging participants to carry out these activities. For their part, the participants responded favourably to this invitation and at the end expressed their satisfaction with the results obtained.

In short, this study showed that group intervention was carried out according to the guidelines established and that the objectives regarding its development were achieved.

ACKNOWLEDGEMENTS

Project partially financed by the National Council for Science and Technology CONACyT (26026-H). Group facilitator Socorro Luna. Interviewers Alejandra Bonilla & Laura Navarrete. Health Institutions: SSA Mental Health Community Centres: Cuahtémoc, Zacatenco and Iztapalapa, and José Castro Villagrana Health Centre.

References

- Amankwaa, L. (2000). Enduring: A Grounded Theory investigation of postpartum depression among African-American Women. *Dissertation Abstracts International*, 61(3B), 13-17.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., Lopez, E.K. & González, J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. [Prevalence of mental disorders and associated variables in four communities in the south of Mexico City]. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 177-185.
- Caraveo, J., Colmenares, E. & Saldivar, G. (1999). Estudio epidemiológico de los trastornos depresivos. [Epidemiological study of depressive disorders]. *Salud Mental*, 22(2) 7-17.

- De León, V., Pelcastre, P., & Díaz, A. (2000). Mujeres y Salud: una metodología para su estudio. Cinta de Moebius No. 9. [Women and Health: a methodology for their study. Moebius Tape No. 9] November 2000. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. <http://rehua.esociales.uchile.cl/publicaciones/moebius/09/frames05.htm>
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World mental health: Problems and priorities in low income countries*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Hutchinson, A. (1994). Education and grounded theory. *Family Systems Medicine*, 12(2), 50-68.
- Hurst, S. (1999). Legacy of betrayal: a grounded Theory of becoming demoralized from the perspective of women who have been depressed. *Canadian Psychology*, 40(2), 179-191.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications.
- Lara, M.A.; Acevedo, M, Luna, S., Weckmann, C., Villarreal, A.L. & Pego, C. (1997). *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. [Is it difficult to be a woman? A guide to depression]. Editorial Pax, México.
- Lara, M. A. (1999) Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. [Sexual stereotypes, work outside the home and depression in women] *Salud Mental*. 22 (Special issue), 121-127
- Lara, M.A., Acevedo, M., & Luna, S. (2001). *¿Es difícil ser mujer? Guía didáctica para el trabajo de grupo*. [Is it difficult to be a woman? Teaching Guide for Group Work] Mexico: IMP/Pax.
- Lara, MA; Navarro C; Rubí NA; Mondragón, L. Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*. (In press a).
- Lara, MA; Navarro C; Rubí NA; Mondragón, L. Two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. Compliance and programme assessment. *International Journal of Social Psychiatry* (In press b)
- Lethi, A., & Mattson, B. (2001). Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women – a general practice perspective. *Family Practice*, 18(4), 445-448.
- Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.
- Medina-Mora, M.E., Berenzon S., López L.E., Caballero, M., González J. (1997) "El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos" [The Use of Health Services by Patients with Mental Disorders: results of a survey on a low-income population] *Suplemento de la Revista Salud Mental*. 20, 32-38.
- Mrazek, P.J. & Haggery, R.J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders*. *Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press, Washington, D.C.
- Muñoz, R.F. & Ying, Y. (1993). *The Prevention of Depression. Research and Practice*. Johns Hopkins University Press. Baltimore and London./Washington, D.C., Hemisphere Publishing.
- Radloff, L. (1977) The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Searight, R., & Young, R. (1994). Qualitative research and family systems medicine: a natural fit. *Family Systems Medicine*, 12(2), 117-131.
- Schreiber, R. (2001). Wandering in the dark: Women's experiences with depression. *Health Care for Women International*, 22(1-2), 85-98.
- Secretaría de Salud (1999). *Boletín de Información Estadística 19 Volumen 1. Recursos y Servicios*. México, Secretaría de Salud.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W.; & Gibbon, M. (1988) *Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R*. Departamento de Psiquiatría e Investigaciones Biométrica de la Universidad del Estado de Nueva York. [Structured Clinical Interview for the DSM-III-R. Patients' version (SCID-P,4/1/88). New York State Psychiatry Institute, Biometrics Research.]
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

Figure 1: INTERVENTION MODEL

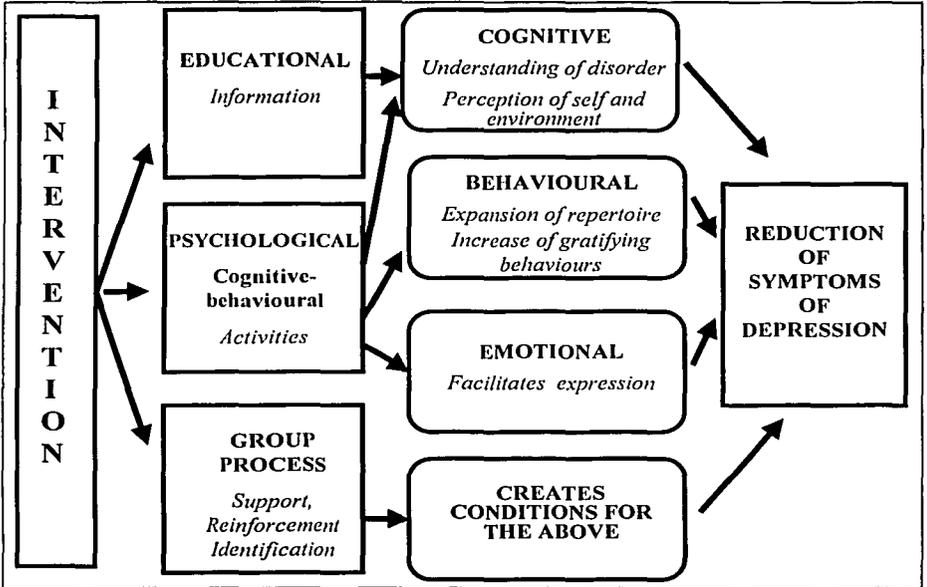


TABLE 1 ANALYSIS CATEGORIES

MAIN CATEGORY: Establishment of rules and commitments	
Facilitator	Participants
Introduces herself to group	Introduce themselves to group
Explains rules and objectives of intervention. Explains characteristics of material	Discuss their expectations of the course Take material to the course (book and notebook) Ask questions about the framework Agree not to judge other participants.
Arrived at sessions punctually	Arrive at sessions punctually Attend sessions punctually Overcome difficulties involved in attending the course (such as leaving children or grandchildren, moving, taking time off work, asking for husband's permission, going secretly).
Promotes group identification by pointing out similarities in the women's experiences.	Intervene, at the facilitator's request.
Shows tolerance and empathy without losing sight of objectives of intervention.	Feel that the facilitator respects and listens to them.
Focuses attention to take up planned activities. Takes up information and reaffirms participants' remarks.	Very few do homework which involves writing. Most follow suggestions proposed in the material, such as reminder notes and other exercises related to practical activities.
MAIN CATEGORY: Educational Exchange	
Reads educational material	Read educational material
Explains and expands core issues and forms of intervention. Explains and/or expands on definitions and concepts Explains book illustrations	Express interest in finding out more about their problem Listen carefully to facilitator's proposal Identify with examples in readings
Ask questions about participants' understanding of text Asks for opinions and encourages participants to explain their ideas Clarifies information Gives examples Expands ideas	Ask for information Ask questions and make comments on text that has been read. Contribute more information on the subject. Focus on talking about their problems Read the book outside the sessions.
MAIN CATEGORY: Experiential Exchange	
Present cases of women suffering from depression	Share experiences and identify with problems of other participants. Give advice on the basis of their experiences.
Asks for examples of other participants' experiences.	Clearly express what they feel
Fosters climate of trust	The dynamic established helps them feel safe to express themselves freely and without fear.
Shows respect and interest towards participants' experiences	Express an enormous need to talk and be listened to.
Assumes role of counsellor	Ask for support and advice
MAIN CATEGORY: Reflexive work towards cognitive and behavioural change	
Conducts activities	Carry out activities
Asks questions on exercises completed during sessions and at home.	Reflect by doing exercises during sessions and at home. Shows greater awareness of problem
Supports comments and actions Provides elements for analysing various problems, whether personal, family or social.	Express interest in finding solution to their problems and those of their relatives (e.g. husband's alcoholism, son's disobedience).
Acknowledges participants' progress. Celebrates positive changes	Show signs of assertive behaviours and improvements in self-esteem. Make important decisions (talk to children, separate from husband).
Helps participants understand ways of coping with problems Suggests actions Promotes change in the way of dealing with problems Encourages participants to continue reflecting once course is over.	Difficulty in accepting and carrying out changes in paradigms (such as giving themselves more importance, seeing their qualities, not just their faults). Show interest in continuing meetings.

* Course and intervention are used indistinctly. However, course is the way the facilitator referred to her intervention with the participants.

MAIN CATEGORY: Limitations of exchange process

Use up too much time (overlong interventions)
Establishes dialog (between facilitator and participant) rather than encouraging group exchange (participant-participant)

Monopolises discussion
Assumes role of facilitator.

Apéndice 7
Methodological problems in undertaking mental health intervention projects.*
Experiences from a depression intervention in a developing country

M. A. Lara*

Ramón de la Fuente Muñiz National Institute of Psychiatry

Abstract

This paper reviews some of the difficulties that arise when conducting evidence-based intervention research from the experience of a depression intervention in women. The discussion centres around four common methodological issues: depression criteria, developing partnerships with institutions, undertaking randomised trials and the overlap between evaluation and intervention. Other more specific aspects such as random selection and follow-ups are briefly addressed. It is suggested that multiple definitions of depression should be encouraged since their value depends on whether they are used in research or in applied settings. Alternatives to RCTs should be more widely explored. Cultural differences regarding research facilities should be taken into account when assessing projects so as not to obstruct research in less developed countries. More attention should be paid to the influence of measurements on outcomes since our observations have shown that they may have effects and financing agencies should be sensitive to the fact that intervention projects are quite expensive.

INTRODUCTION

Intervention research is difficult, particularly when it is carried out in real settings. This paper reviews certain methodological problems associated with researching evidence-based intervention programmes for women of limited means with depressive symptoms. The difficulties reported in conducting this type of studies in developed countries are compounded in developing countries by the shortage of resources allocated to research and health care. There tends to be less local experience on almost any research topic and since available knowledge comes from the more affluent countries, it applies mostly to the latter's problems and resources. A great deal of adaptation and translation is necessary when research is conducted in different cultures. Poverty also has an effect, preventing subjects from attending appointments, to mention just one problem. Although many aspects could be addressed in this paper, the discussion will centre around four common methodological issues: depression criteria, developing partnerships with institutions, undertaking randomised trials and the overlap between evaluation and intervention. Other more specific aspects derived from our experience will be briefly addressed.

1) A wide variety of principles have been used in the assessment and classification of affective disorders. These classifications have experienced methodological difficulties, since biological or trait markers are scarce and not specific enough to help identify homogeneous diagnostic types (Piccinelli & Gomes Homen, 1997). The most widely used classification systems (The International Classification of Diseases -ICD- and the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-) have tried to reduce the heterogeneity of diagnostic categories to an acceptable degree. Nevertheless, subtypes within the classification of affective disorders are not mutually exclusive, there are overlaps, and people may meet various diagnosis criteria at the same time. This evidence has led some authors to claim that depression may be better represented as a continuum rather than as discrete categories

(Angst & Merikangas, 2001; Bebbington, 1996). Depression is also often measured, both in clinical and research settings, by means of dimensional scales, since they are easier to apply. Severe depressive symptoms measured on these scales are of clinical significance since they are associated with suffering, are not transitory and reduce the individual's productivity (Muñoz & Ying, 1993). There is a high correlation between high levels of depressive symptoms and major depression, but high levels of depressive symptoms do not necessarily overlap with the definition of such clinical diagnoses (Muñoz & Ying, 1993). This means that some but not all of those with severe depressive symptoms on a dimensional scale will also be given a diagnosis of clinical depression.

When clinical trials are conducted, there is an emphasis on defining psychiatric disease in terms of any of the classification systems (ICD and DSM). Depression defined in such terms is often considered the only valid criteria. It is argued that symptom scales over-diagnose depression. Given the previous argument regarding the absence of valid cut-off points, what does the use of such criteria imply in practical terms?

2) The randomised control trial (RCT), in which members of a population are randomly allocated to active treatment and control groups, is usually the preferred research design for evaluating the efficacy of interventions. Although RCTs are considered the gold standard they do have limitations. It has been argued that since they typically study homogeneous, highly selected samples of patients, they provide little information on how much the results can be generalised to patients seen in routine clinical practice (Persons, 1998; Mrazek & Haggerty, 1994). Moreover, the use of such designs does not necessarily guarantee homogeneity between groups for the various parameters of interest (Mrazek & Haggerty, 1994). RCTs have also been questioned on ethical grounds. It is considered unethical to keep someone in a randomised condition who is not responding or remains at risk (Ialongo, 2002), or to withhold an intervention that is thought to be efficacious (Mrazek & Haggerty, 1994). The idea of evidence, where RCT is widely accepted and applied, has also been thought of as being culturally and geographically biased, and allowing almost no scope for other forms of evidence (McQueen, 2000).

It is often the case that RCTs cannot be implemented. Quality control can be extremely difficult in natural settings. Where field studies are required, "the naturalness of the field is purchased at the cost of control" (Ilgen, 1986 in Klein and Smith, 1999, p. 4). The control group is a condition in which participants do not receive treatment or else are given a non-specific treatment in order to contend with two competing hypotheses: (a) the patients got better on their own (spontaneous remission) and (b) that the treatment benefits were only equivalent to those produced by any credible treatment approach (placebo effect) Klein (1997). A shortcoming related to the use of placebos is the extent to which they affect the subjects' perceptions, reactions and expectations, which means that they are not inert. Moreover, they are non-specific in their effect; they are only specific in the sense that their efficacy is uniformly due to alleviating a particular patient's antecedent state: demoralisation (Klein, 1997). Yet another problem derives from the fact that participants in the control group may find out they are not receiving the desired intervention, and may in turn become demoralised (Mrazek & Haggerty, 1994). Comparative studies are a second best choice when control groups cannot be included, although they also have limitations in that they may also share anti-demoralising therapeutic aspects (Klein, 1997). How can we contribute to the discussion of this state of affairs?

3) Developing partnerships with institutions is crucial for access to the population of interest. Health service authorities must be convinced of the importance of the project and the potential benefits to patients and staff. Although staff support may be crucial at various stages, it is important to make as few demands as possible so as not to overburden the service (Muñoz and Ying, 1993; Mrazek and Haggerty 1994). What was our experience as regards the development of partnerships with the institutions?

4) The effects of the assessments at various stages of the project is an aspect on which very little literature is available. In our study we often encountered very strong emotional reactions in response to evaluation which may have had an influence on outcomes.

5) Intervention projects are extremely lengthy and require numerous human resources. Both aspects make them fairly expensive. It is often the case that financing agencies are not sensitive to these needs. Moreover, extra work is needed in less developed countries to adapt instruments and techniques developed elsewhere.

1) *Definition of depression.* A feasibility study aimed at women at risk of depression was initially conducted to assess a preventive intervention. We found that 80% of the women who turned up for the evaluation after a community promotion displayed signs of possible clinical depression, which led us to conclude that women with less severe symptoms were not normally motivated to seek help. The objectives were modified to include this group who were unlikely to seek alternative treatments but could benefit from the intervention. We felt that motivating women at risk would be a project on its own that we were unable to undertake at this time.

The objective then was to evaluate two levels of intervention: a brief group (six two-hour sessions) and a minimal individual intervention (20 minute orientation plus educational material), under two conditions, a preventive intervention for women with depressive symptoms and an early intervention for those who meet clinical criteria for depression (Lara et al. in press a & b). From a sample of 254 women, 92% showed severe depressive symptoms (CES-D), while 53% were diagnosed with clinical depression (DSM-III-R, measured with the SQID). This means that 59% were classified both with severe symptoms and with clinical depression while 41% only displayed severe symptoms. The statistical analysis conducted to assess the effect of the intervention showed that both groups improved as regards symptoms and that this was unrelated to DSM diagnosis; although women with such a diagnosis displayed more symptoms in the CES-D both before and after the intervention. From a subjective point of view, there were no detectable differences between the two groups. This finding could mean that both populations were very much alike and thus benefited from the intervention. It would have been detrimental to the women to leave out those without clinical depression since they showed considerable distress. As for criteria for suitable candidates for the intervention, symptom measures were more relevant, while DSM diagnosis was more relevant in terms of the research, since we were able to provide a more accurate description of the sample in terms of their depression. Our results tended to favour the view of depression as distributed along a continuum, where severe depressive symptoms are important enough to justify an intervention.

2) *Randomised Control Trials.* We initially considered the possibility of undertaking a randomised comparative study, with three levels of intervention and a control group. As mentioned above, findings from the feasibility study suggested that we include an additional condition: clinical depression, which made the design too complex. Experience gained at this

stage also showed that the participants were likely to communicate with each other, meaning that those assigned to the minimum intervention would probably feel that they had been assigned an inferior type of intervention, and would react to the latter in an unpredictable, probably negative way. It was therefore decided to carry out a different intervention at each institution. We also learned that as a result of the community promotion (during which information was provided on the dates of pre-assessment and the initiation of groups), we could get just about the right number of participants to start a group. This meant that if we had randomly assigned some subjects to a different condition, we would have been left with very few in each one. It also meant that we would have needed much more time to obtain the required sample. In view of all these factors, plus the fact that each institution was unique and therefore we could not be sure of sampling the same number of subjects in each one, it was decided to simplify the design to avoid the risk of being unable to complete the study within the period of time specified. We therefore chose a comparative study with only two conditions.

We decided against including a control condition due to 1) Ethical considerations, since, as shown by the feasibility study, the participants displayed high levels of depressive symptoms. 2) All the participants would be recruited by means of a similar strategy, which consisted of promotion within the community and in the health centres, in which they would be offered treatment. This offer would raise the women's expectations of receiving some type of help. 3) It was thought that the alternative of a waiting list and subsequent evaluation would also have a negative impact, in that treatment would be delayed for over five months and also because by that time, they might already have sought assistance. 4) The pre-treatment evaluation made the participants more aware of their problem, which increased expectations of help.

We attempted to overcome these shortcomings in the design by providing evidence of the homogeneity of the groups in relevant variables from preliminary analyses. The fact that we gathered data from various sites, included reliable measures and provided evidence of a carefully conducted process and an outcome study, as well as a well defined population in terms of diagnosis and economic status, improved the quality of the evidence.

3) *Administrative setting.* Since the objective of the study was for the intervention to be useful to health services, the feasibility study was conducted in the waiting rooms of two primary care institutions. Contact with the institution was established through staff members who expressed interest in the project. They felt that many of the women they attended had severe depression and that they were unable to refer them to specialists. We did not contact the institution's directors at that point because we wanted to avoid time-consuming bureaucratic procedures. We realised there was a need for greater collaboration from other staff members since they failed to refer patients, we were not given a place to work and there was a general lack of commitment to the project. After about four months we had interviewed 36 women and only 3 had come to the intervention. Contact was then established with an NGO, where staff members promoted the intervention and provided adequate facilities. Although we successfully conducted a group intervention, we were not allowed to continue because a new director was appointed. This shows how difficult finding a suitable research partner can be.

Our next step was to undertake the study in primary level mental health services and at a health centre with a mental health department where the personnel were already convinced of the importance of a project of this nature and the directors gave it their full

support. We were then able to implement a strategy to involve the staff. Talks were given on the aims and needs of the project. Psychiatric nurses and social workers at each centre played a more active role in recruiting participants, in both the community and among patients that attended the health centres. In order to help them to detect and motivate possible participants, they were given copies of the educational material, as well as a written profile of potential candidates and brochures and posters with information for the participants. Those interested were invited to attend the group or individual sessions and were given an appointment for the pre-treatment evaluation, which was carried out by the research team. The co-ordinated work of all these people enabled the research study to be carried out successfully. We worked very hard to make sure that these personnel did not feel overburdened by us. Since we were unable to pay them, we tried to reciprocate in other ways, by getting them reading materials that they were interested in. This shows the amount of time and effort involved in establishing the conditions for research to take place. Developing a good working alliance also required a great deal of tact.

One situation worth mentioning was that in order to be able to attend the sessions, some of the mothers brought their children to the group because they did not have anyone to look after them. Although we were able to keep them in the same room without much interruption, a separate play area with staff to look after them would have been ideal.

4) *Overlap between measures and intervention.* The comparative design included pre-, post- and follow-up assessments. The pre-intervention evaluation was broad, since it was intended to provide a thorough characterisation of the sample. It included not only the sections linked to the dependent variables -depressive symptoms, demand for further professional assistance, compliance and programme evaluation- but also pathological family background, childhood history including sexual abuse, life events and social support. As regards these aspects, we observed that the participants had commonly undergone many painful experiences (such as sexual harassment, the loss of parents or domestic violence) that they had been unable to share and this interview provided an opportunity to express these experiences. Many of the women were grateful for the opportunity. This may very well be the case in places where services are sparse and/or of poor quality, so that depressed people will seize any opportunity presented to them for help. In more developed countries (or in more affluent parts of less developed countries), where health services are in greater supply and perhaps better quality, this overlap between research and intervention may not be so obvious. However, the effect of the evaluation was not the same for everyone; for some, the interview may have been too threatening or did not fulfil their expectations, since many failed to turn up for the intervention. Post- and follow-up assessments were not neutral either. For many they provided a space to talk about their problems in more detail and to share their progress. For others, though, these interviews were seen as not providing anything new for them and as a result, they had no incentive to attend their appointments. From our part, on ethical grounds, we could not behave neutrally towards women's distress. We instructed our interviewers to be as empathetic and supportive as they felt was needed. It is therefore important to underline the fact that assessments are not neutral and that whatever effects they have warrant further study. From a practical perspective, we decided to regard them as part of the intervention.

5) *Financing problems.* A project of this nature is extremely lengthy. Approximately six years elapsed from the development of the outline and the design of the educational material to the completion of the fieldwork for the intervention study. The research project also requires substantial human resources. In the later stage, at least fourteen people from the

collaborating institutions participated in the project in addition to the research team. The latter required an average of two full-time research assistants, in addition to the project director, three students carrying out their social service, a temporary assistant hired for specific tasks and two group facilitators. We found that the agencies that finance research projects are somewhat insensitive to this need. Other costs derive from the need to train the research team in various skills not directly related to research. In one case this involved training them to conduct the interviews, which, apart from the conventional skills, includes those required to carry out the diagnostic interview (SQID) as well as being supportive of women when they are in distress. In another case, it entailed training professionals to carry out the intervention. The time and expense required to sensitise the personnel of these institutions should also be taken into account. Another factor that makes these studies costly has to do with the high loss of subjects, as one needs to start off with three times as many subjects as required by the study. This fact has often been acknowledged (Muñoz and Ying, 1993; Mrazek and Haggerty 1994). In our study, only 135 of the 400 women that were given an appointment for the pre-assessment interview completed the intervention and the two follow-up assessments.

As mentioned earlier in this paper, compared to their richer counterparts, Third World countries conducting research face additional funding difficulties since they have to carry out the adaptation and translation required to make findings suitable for use in other cultures.

Potpourri

Random selection. As regards the selection of the sample, ideally all women with depressive symptoms attending the health services and living in the surrounding community should be eligible for the intervention. Since they had responded to the community promotion and to referrals from the staff, the participants were self-selected and were subsequently accepted or rejected for the study on the basis of the selection criteria. This procedure had a number of practical advantages, such as recruiting the required number of subjects within a reasonable period time. It also ensured that the women who attended were motivated, but on the other hand, may have led to a bias in the sample since, because of their depressive condition, many women may have been less motivated and not have sought help. The fact that the more assertive, motivated patients attended restricts the possibility of generalising the data to all women with depression symptoms. It also limits the optimism of the results, as pointed out by some authors (Eaton & Harrison, 1996; Mrazek & Haggerty, 1994).

Length of follow-up. Post-treatment evaluations were programmed for a fortnight (group intervention) and a month later (minimum individual intervention) with the follow-up being scheduled for four months later. Although it is generally thought that the longer the follow-up, the easier it is to detect the effectiveness of the program, it has also been pointed out that an extremely lengthy lapse creates the possibility of other elements influencing the results (Mrazek & Haggerty, 1994). This was true of our sample, since because of the social and gender factors the women were affected by new life events once the intervention had ended. In order to control for new events and to prevent the loss of subjects, a shorter period was established. As for increasing the sample's attendance of follow-up interviews by offering financial compensation (Muñoz & Ying, 1993), we felt that this might reduce the reliability of the information. An alternative procedure could be home visits by social workers to conduct the evaluations when subjects fail to turn up for their appointments. Fortunately, in our case, social workers from the participating institutions offered to conduct home visits.

Two years after the four-month follow-up, a student doing her social service was capable enough to follow up a sub-sample of 40 women. Of the first 40 subjects randomly

selected, 30 (75%) were contacted, 4 (10%) could not be reached due to problems unrelated to the research (such as a change in address or phone number), while 5 (12.5%) of them directly or indirectly avoided the interview. From our knowledge of the population, some of the possible reasons for this refusal could have been that their husbands objected to their continuing with the intervention, because of work commitments or because they may have experienced feelings of failure that they were unwilling to face. In one case (2.5%) we have been unable to determine the cause. This situation affects the validity of whatever results we may obtain, but it is something that researchers are powerless to change.

Conclusion

Conducting evidence-based intervention research is crucial to the development of mental health prevention and treatment programmes. This area of research has, however, proved to be very difficult, particularly when it is carried out in real settings. This paper has attempted to address some of the most common methodological issues. Its aim, though, is not to question the methodological rigour in developing and evaluating intervention studies, which guarantee the validity of the results. Our main objective is to stress the fact that difficulties in conducting such studies should be acknowledged, particularly so when they are developed in countries with different levels of development as regards research facilities. In short, multiple definitions of depression should be encouraged since their value may depend on whether they are used in research or applied settings. Alternatives to RCTs should be more widely explored and as Norquist et al. (1999) suggest, there should be a compromise between strictly randomised trials and more observational designs. Cultural differences regarding research facilities should be taken into account in order to promote research in less developed countries. More attention should be paid to the influence of measurements on outcomes, since our observations suggest that they may have an effect on outcome variables. Finally, financing agencies should be more sensitive to research needs in order to promote research in such an important area as this.

Acknowledgement:

Project partially financed by the National Council for Science and Technology CONACyT (26026-H).

References

- Angst J; Merikangas K. (1997). The depressive Spectrum: diagnostic classification and course *Journal of Affective Disorders*, 45, 31-40.
- Bebbington, P. (1996). The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*. 8, 295-332.
- Eaton, W.W. & Harrison, G. (1996). Prevention priorities. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 141-143.
- Klein, D.F. (1997, September 22). Control groups in pharmacotherapy and psychotherapy evaluations. *Treatment*, 1(Article 1). Retrieved from World Wide Web: http://journals.apa.org/prevention/volume1/97_a1.html

Klein D.F. & Smith, L.B. (1999, March 21). Organizational requirements for effective clinical effectiveness studies. *Prevention & Treatment*, 2(Article 2a). Retrieved from World Wide Web:

<http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre002002a.html>

Lara, MA; Navarro C; Rubí NA; Mondragón, L. Two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. Compliance and programme assessment. *International Journal of Social Psychiatry* (In press, a)

Lara, MA; Navarro C; Rubí NA; Mondragón, L. Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*. (In press, b).

McQueen, D. *Technical Report 1. Strengthening the evidence base for health promotion*. Fifth Global Conference on Health Promotion. WHO, PAHO, SSA, Mexico City, 5-9 June, 2000.

Mrazek, P.J. and Haggery, R.J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders, Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press, Washington D.C.

Muñoz, R.F. & Ying, Y. (1993) *The Prevention of Depression. Research and Practice*. Johns Hopkins University Press. Baltimore and London/Washington D.C. Hemisphere Publishing.

Norquist, G., Lebowitz, B. & Hyman, S. (1999) Expanding the frontier of treatment research. *Prevention and Treatment*, volume 2, (art. 0001^a). Retrieved from World Wide Web: <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre002002a.html>

Persons, J.B. (1998). Indications for psychotherapy in the treatment of depression. *Psychiatric Annals*, 28(2), 80-83.

Piccinelli, M. & Gomez Homen, F. (1997) *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization, Geneva.

Bibliografía

- Alvarenga, H. (2000). Re: Mental health in primary care: psychiatric classification is depression, not a problem. British Medical Journal; 320:1420-1421.
- Angst J. (1992). Epidemiología de los trastornos afectivos Salud Mental 15 (2) 1-5.
- Angst J. (1999). A dimensional View of today's classification of depressive and anxiety states Salud Mental 22 Número Especial 42-47.
- Angst J; Merikangas K. (1997). The depressive Spectrum: diagnostic classification and course Journal of affective Disorders (45) 31-40.
- Angst J., Merikangas K. (2001). Multi-dimensional criteria for the diagnosis of Journal of affective disorder. 62, 7-15.
- Atlas. Mental Health Resources in the World (2001) Mental health determinants and populations. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization. Geneva.
- Beardslee WR, Salt P, Versage EM, Galdstones T, Wright EJ, Rothberg PC. (1997). Sustained changes in parents receiving preventive interventions for families with depression. American Journal Psychiatry, 154:510-515.
- Bebbington, P (1996). The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. International Review of Psychiatry, 8, 295-332.
- Becker, J., Schmalig, K. Interpersonal Aspects of Depression from Psychodynamic and Attachment Perspectives. En: Becker, J. , Kleinman, A. (1991). Psychosocial Aspects of Depression. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale, New Jersey hove and London.
- Belle, D. (Ed.) (1982). Lives in stress: Women and depression. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Belle, D. (Ed.) (1982b). Social ties and social support. In D. Belle (Ed). Lives in stress: Women and depression. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Belle, D. (1990). "Poverty and Women's Mental Health". American Psychologist. 45(3):385-389.
- Benassini, O. (1997). "Atención en salud mental regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México." Salud Mental. 20 (4): 48-53.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., López, E. K. & González, J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. Prevalence of mental disorders and associated variables in four communities in the south of Mexico City. Revista Mexicana de Psicología, Mexican Journal of Psychology, 15(2), 177-185.
- Berenzon, S. La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental. Proyecto de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Datos sin publicar).
- Berndt, E. R., Koran L. M., Finkelstein, S. N., Gelenberg, A. J., Kornstein, S. N., Miller, I. V., Thase, M. E., Trapp, G. A. y Keller, M. B. (2000). Lost human capital from early-onset chronic depression. American Journal of Psychiatry. 157 (6) 940 – 947.

- Bifulco, A., Brown, G. W. & Harris, T. (1994) Childhood experiences of care and abuse (CECA), A retrospective interview measure. Child psychology and psychiatry. 35, 1419 – 1435.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Ball, C., Moran, P. & Campbell, C. (1998) Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. Psychological Medicine. 28, 39 – 50
- Boletín de información estadística No. 3 Julio-septiembre, 1998. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación Sectorial, Coordinación de Salud Mental.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol. 3. Loss, Sadness and depression. New York: Basic Books.
- Bradshaw, J.(1990) Home coming. Bantam Books, EEUU.
- Brown, G. & Harris, T. (1979). Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women. Londres: Tavistock Publ.
- Brown G.W. (1993). Life events and affective disorder: Replications and limitations. Psychosomatic Medicine. 55, 248-259.
- Brown G., Moran P. (1994). Clinical and Psychosocial origins of chronic depressive episodes I: A community survey. British Journal of Psychiatry. 165, 447-456.
- Brown G., Andrews B., Harris T., Adler Z., Bridge L. (1986). Social support, self-esteem and depression. Psychological Medicine. 16, 813-831.
- Brugha, T.S, (1995). Depression under treatment: lost cohorts, lost opportunities?. Psychological Medicine, 25: 3-6.
- Buchanan, G.M; Gardenswartz, C.A. R; Seligman, M.E.P; (1999). Physical health following a cognitive-behavioural intervention. Prevention and Treatment (2) pre 0020010 a. html, 1-16.
- Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1990). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. México: Paidós.
- Caraveo, J.; Mas, C. (1990). "Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental." Salud Pública de México. 32(5): 523-531.
- Caraveo, J. Medina-Mora; M.E., Rascón, M.L., Villatoro, J., Martínez-Velez, A., Gómez, M. (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. Salud Mental, 16(3), 14-21.
- Caraveo, J., Martínez, N. A., Velez, A., Rivera G.B.E. (1997a) Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental, 20, Supl-2, 15-23.
- Caraveo J. (1997b). Epidemiología de los trastornos depresivos. Psiquiatría. 13 (suplemento) 2-5.
- Caraveo, J.; Colmenares BE, Saldivar HG. (1999a). "Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida ." Número especial de la revista Salud Mental. 22: 62- 67.
- Caraveo, J., Colmenares, E., Saldivar, G. (1999b). Estudio epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental, 22 (2) 7-17.

- Cervantes, R. & Castro, F. (1986). Stress, coping and mental health: A systematic review. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 7, 1-73.
- Clarkin, J.F; Pilkonis, P.A; Magruder, K.M. (1996). Psychotherapy of depression, implications for reform of the health care system. Archives General Psychiatry, 53: 717-723.
- Coopersmith, S. (1981). The antecedents of self-esteem. Palo Alto, California: Consulting Psychologists' Press.
- De la Fuente, R. (1988). "Semblanza de la salud mental en México." Salud Pública de México. 30(6):861-871.
- De la Fuente, R, Medina-Mora, M.E, Caraveo, J. (1997). Salud Mental en México. Editorial: Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano de Psiquiatría ISBN 968-16-5077-8 : 7-439.
- Dennerstein L., Astbury, J., Morse, C. (1993). Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. World Health Organization, Geneva.
- Depression awareness, recognition, and treatment. (1993). National Institute of Mental Health (NIH) Publication No. 94-3808 U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Derogatis, L. R. (1978) SCL-90-R. Revised version manual 1, USA
- Desjarlais, R., Eisenberg, L. Good, B., Kleinman, A. (1995). World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries. Oxford University Press, New York.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 3rd Ed. American Psychiatric Association Washington, D.C. (1994)
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Ed. American Psychiatric Association Washington, D.C. (1994)
- Díaz, A. (1998) Guía Práctica. Manejo del espectro depresión-ansiedad. Consenso. México. Facultad de Medicina UNAM.
- Docherty J. P., M.D. (1997). Barriers to the diagnosis of depression in primary care. J Clin Psychiatry. 58 (sup 1). 5-10.
- Dowrick, C; Casey, P; Dalgard, O; Hosmand, C; Lethinen, V; Vázquez-Barquero, J.L.; Wilkinson, G and the ODIN Group. (1998). Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. British Journal of Psychiatry, 172: 359-363.
- Dowrick, C. (2000). Trial of psychological interventions in the community. Outcomes of Depression in Europe: The ODIN Project. Documento enviado por e-mail.
- Dowrick, C; Gask, L; Perry, R; Dixon, C; Usherwood, T. (2000). Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour?. Psychological Medicine, 30: 413-419
- Dowrick C., Dunn G., Ayuso-Mateos J., Steffen o., Page H., Lehtinen V., Casey P., Wilkinson C., Vazquez-Baquero J., Wilkinson G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Bmj.com Dowrick et al. 321 (7274) 1450.
- Eaton WW., Harrison G. (1996) Prevention Priorities. Current Opinion in Psychiatry, 9: 141-143.

- Escobar B., Cova F., Vicente B. (2000). Adherencia a tratamiento farmacológico y remisión de síntomas en mujeres tratadas por depresión en el nivel primario de atención. Revista de psiquiatría, 17 (4) 225-230.
- Estudios de Género. Cuarto encuentro de cursos, seminarios y talleres del Programa Interdisciplinario de Estudios sobre la Mujer (PIEM), Noviembre 21-23. Reflections on female depression based on a group review of educational material. Report on the Colloquium on Gender Studies, Fourth meeting of courses, seminars and workshops of the Interdisciplinary Program of Women's Studies (PIEM), November 21-23.
- Frances, A., Mack, A.H., First, M. B., Widiger, T. A., Ross, R., Foreman, L. y Davis, W.W. (1994) DSM-IV meets philosophy. The Journal of Medicine and Philosophy, 19, 207-218.
- Feighner, J. & Boyer, W. (1991). Diagnosis of depression. England: John Wiley and Sons.
- Frenk, J. (1992). "Integración de la prestación de los servicios de salud." Salud Pública de México, 34:82-104.
- Fried, M. (1975). "Social differences in Mental Health." En: Sosa, J. y Zola, I. Poverty and health, a social analysis. Massachusetts: Cambridge.
- Gabbard, G.O. (1998). Clinical controversies in treating depression: Introduction. Psychiatric Annals, 28: (2) 74-76.
- García, S. (1997). "Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental." Suplemento de la Revista Salud Mental, 20, 39-46.
- Garrocho C. (1995). Análisis socioespacial de los servicios de salud, Accesibilidad, utilización y calidad. El Colegio Mexiquense: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Zinatepac Estado de México.
- Gater, R., De-Almeida, B., Sousa, E., Barrientos, G., Caraveo, J., Chandrashekar CR., Dhadphale M., Goldberg, D., Al-kathiri, AH., Mubbashar, M., Silhan, K., Thong, D., Torrez-González, F., Sartorius, N.; (1991). "The pathways to psychiatric care: a cross cultural study." Psychological Medicine, 21, 761-774.
- González C., Morales F., Gutiérrez E. (1993). Detección oportuna de pacientes gineco-obstétricas con disfunción psicosocial. Ginecología y Obstetricia de México, 61, 15-21.
- Gore, S. y Mangione, T. (1983). Social roles, sex roles and psychological distress: Additive and interactive models of sex differences. Journal of Health and Social Behavior, 24, 300-312.
- Gordon, R. (1983) An operational definition of disease prevention. En: Mrazek Pj y Haggery (1994) reducing risk for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. National Academy Press Washington, D.C.
- Gove, W. & Geerken, M. (1977) "The effect of children and employment on the mental health of married men and women. Social Forces, 56, 66-76.
- Gutiérrez G.,(1991). Los sistemas locales de salud: Una transición de la respuesta social organizada. Salud pública de México, 33, (6) 617-622.
- Haddad P. (1994). Depression: counting the costs. Psychiatric Bulletin, 18, 25 - 28.

- Harris T., Brown G., Bifulco A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. Psychological Medicine. 16. 641-659.
- Hartung, C. M. & Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. Psychological Bulletin. 123 (3), 260 – 278.
- Heath, I. (1999) Commentary: There must be limits to the medicalization of human distress. British Medical Journal, 318, 439-440.
- Hernández G., Ladrón E., López L. (1996) Demanda encubierta de atención a la salud mental. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. 6 45-57.
- Holmes T., Rahe R. (1985) The social readjustment rating scale. En: Valdés M., Flores T. (1985) Psicología del estrés. Barcelona, Martínez Roca.
- Howard, J. (1993). Alcohol prevention research: concepts, phases and tasks at hand. Alcohol and Research World, E.U., 17(1): 5-9.
- Jauregui H. (1996). Salud mental y pobreza en asentamientos humanos de San Martín de Porras. Anales de Salud Mental. XII. 27-44.
- Jenaway, A. and Paykel, E.S. Life Events and Depression. 279- 296. En: Honig, A. and Van Praag H. M. (1997). Depression Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances. Clinical and Neurobiological Advances in Psychiatry.
- Judd L., Kunovac L. (1997). Diagnosis and classification of depression. Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances. Edited by Honing and H. M. van Praag. Wiley J., Sons Ltd.
- Juniper, D. (1977). How to lift your depression. London: Open books.
- Kandel, D., Davies, M. y Raveis, V. (1985). The stressfulness of daily social roles for women: marital, occupational and household roles. Journal of Health and Social Behavior, 26, 64-78.
- Katon, W., Robinson, P., Von Korff, M., Lin, E., Bush, T., Ludman, E., Simon, G. y Walker, E. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. Archive General of Psychiatry. 53, 924-932
- Kathol, R; Katon, W; Smith, G.R; Petty, F; Triverdi, M; Rush, A. J. (1994) Guidelines for the diagnosis and treatment of depression for primary care physicians. Implications for consultation-liaison psychiatrist. Psychosomatics, 35 (1) 1-12.
- Katon W.; Von Kroff M; Lin E.; Unutzer J.; Simon G.; Walter E.; Ludman E.; Bush T. (1997). Population-based care of depression: effective disease management's strategies to decrease prevalence. Gen Hosp Psychiatry. 19 169-178.
- Kendell (1988). En Piccinelli, M. & Gomez Homen, F. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization, Geneva.
- Kendler S.K., Gardner, CO. (1998) Boundaries of Major Depression: An Evaluation of DSM-IV Criteria Am J Psychiatry 155 (2) 172-177.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Klein, D.F. (1997, September 22). Control groups in pharmacotherapy and psychotherapy evaluations. Treatment, 1(Article 1). Retrieved from World Wide Web: http://journals.apa.org/prevention/volume1/97_al.html
- Kuehner, C. (1999). Gender differences in the short-term course of unipolar depression in a follow-up sample of depressed inpatients. Journal of affective disorders, 56: 127-139.
- Lagarde, M. (1990). Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas presas y locas. México: UNAM.
- Laguna García J., (1992). Equidad y Salud. Suplemento de la Revista Salud Pública de México, 34, 9-15.
- Lara, C.M.A. y Navarro, A.R. (1986). Positive and negative factors in the measurement of sex roles: findings from a Mexican sample. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 8, (2): 143-155.
- Lara, C.M.A. y Navarro A.R. (1987). Self-descriptions of Mexican college students in response to the BSR1 and other sex role items. Journal of Cross-Cultural Psychology, 18, (3): 331-334.
- Lara, M.A. (1991). Masculinidad-Feminidad y Salud Mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. Salud Mental, 14 (1): 12-18.
- Lara, C.M.A. (1993) Inventario de Masculinidad y Femenidad. IMAFE, México: El Manual Moderno.
- Lara, M.A., Acevedo, M., López, E.K. y 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 Mental, 16 (2): 13-22.
- Lara, C.M.A., Verduzco, M.A., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993b). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 25, No. 2: 247-255.
- Lara, M.A., Acevedo, M. (1994). Mujer, trabajo y salud mental: evaluación de la retroalimentación de los resultados de una investigación a los sujetos participantes. Salud Problema, (4), Invierno, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco: 45-49.
- Lara M.A; Salgado de Snyder, N. (1994). Mujer, Pobreza y Salud Mental. En: Las Mujeres en la Pobreza. México: El Colegio de México y Grupo Interdisciplinarios de Mujer, Trabajo y Pobreza: 243-291.
- Lara, M.A., Fernández, M., Acevedo M. y López, E.K. (1996a). Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación del género. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 42(4): 329-340.
- Lara, M.A.; Acevedo, M.; Luna, S.; Weckmann, C; Villarreal, A.L. y Pego, C. (1996b). ¿Es difícil ser mujer?. Una guía sobre depresión. Instituto Mexicano de Psiquiatría e Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa. México: Impresos Minal. 4ª reimpresión Editorial Pax, 2000.
- Lara, M.A., Medina-Mora, M.E., Salgado de Snyder, V.N., Acevedo, M., Díaz-Pérez, M.J. y Villatoro, J. (1996c). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. Salud Mental, 19 (2): 42-49.
- Lara, M.A. (1998) Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas. En: Figueroa, J.G. (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 del El Colegio de México. 131-154
- Lara, M.A. Mondragón, L. Rubí N.A. (1999) Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. Salud Mental. 22,4, 41-48.
- Lara, M.A.; Acevedo, M; Luna, M.S. (2001) Gula didáctica para el trabajo del material educativo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. Ed Pax, México.
- Lara M.A. y Acevedo M. Reflexiones sobre la depresión femenina a partir de la revisión grupal de un material educativo. Memorias del Coloquio de Estudios de Género, Cuarto encuentro de cursos, seminarios y talleres del Programa Interdisciplinario de Estudios sobre la Mujer (PIEM), del 21 al 23 de noviembre. En prensa.
- 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.
- Levav, I., Restrepo, H., Guerra de Macedo, C. (1993) Reestructuración de la atención psiquiátrica en América latina. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina. 39(4), 285-293.
- Lin E., M.D., M.P.H., Katon Wayne, M.D. (1998). Beyond the diagnosis of depression. General Hospital Psychiatry. 20, 207-208.
- Manson S. (1995). Culture and major depression. Current challenges in the diagnosis of mood disorders. The Psychiatric Clinics of North America. 18 (3) 487-499.
- Martínez L.P.; Medina Mora M.E.; Campillo S.C. (1984). Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. Salud Mental. 7 63-67.
- Martínez Narvaez G.(1992). Cobertura de los servicios de salud. Suplemento de la Revista Salud Pública de México. 34, 16-28.
- Mas, C.; Caraveo, J. (1991) "La medicina folklórica un estudio sobre la salud mental." Revista Interamericana de Psicología. 25(2):147-160.
- Mas y Caraveo, (1993)
- McGrath, E; Keita, G; Strickland, B; Russo, N. (1990). Women and depression. Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression.
- Meagher D.; Murray D. (1997). Women's Health. Supplement to the Lancet. 349 (Supl I) s117-s120.
- Medina Mora M.E.; Padilla G.P.; y cols. (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiat Psicol. Amer Lat. 31 53-61.
- Medina-Mora ME., Tapia R., Mariño MA, Juárez F., Villatoro J., Caraveo J., Gómez m. (1986). Patrones de consumo de alcohol y normas relacionadas con dicho consumo, en una población de Michoacán, México. Salud Mental. 9 (4), 87-91.
- Medina-Mora ME, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J, Gómez M. (1992). Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. Mental disorders in a Mexican urban population, results of a national study, Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Annals of the Mexican Institute of Psychiatry 3:48-55.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Medina-Mora, M.E., Berenzon S., López L.E., Caballero, M.,González J. (1997) "El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos" Suplemento de la Revista Salud Mental, 20, 32-38.

Mental Health: A report of the surgeon general. Executive summary (1999). Department of health and human services. U.S. Public health service.

México Social, 1996-1998. Estadísticas seleccionadas. Grupo Financiero Banamex-Axival. División de Estudios Económicos y Sociales.

Middlton, H. Shaw, I. (2000) Distinguishing mental illness in primary care. British Medical Journal; 320:1420-1421.

Mitchell, R.(1975). Depression. England: Penguin Books.

Monroe S., Dupue R. Life Stress and Depression. En: Becker, J. , Kleinman, A. (1991). Psychosocial Aspects of Depression. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale, New Jersey hove and London.

Mora- Ríos, J. E. Pobreza, redes sociales de apoyo y salud mental. Un estudio en en periferia pobre del sur de la Ciudad de México. Proyecto de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (datos sin publicar).

Mrazek, PJ, Haggery, RJ. (1994). Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. National Academy Press, Washington, D.C.

Muñoz, RF., Ying, Y. (1993). The prevention of depression. Research and practice. Johns Hopkins University Press. Baltimore and London./Washington, D.C., Hemisphere Publishing.

Muñoz, R.F., Aguilar-Gaxiona, S.A., Gyzmán, J. (s/f) Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductualde depresión. Hospital general de San Francisco, Clínica de depresión. EEUU

Murray, CJL., López, AD. (1996) 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.

Murray, J. (1995). Prevention of anxiety and depression in vulnerable groups. The Royal College of Psychiatry, UK.

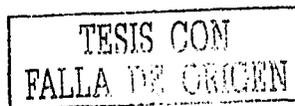
Nat Deborah, K. Padgett, Ph. D. (1997). Women's Mental Health: Some Directions for Research. American Journal of Orthopsychiatry, 67 (4) 522-534.

Natera G., Casco M., Herrejon E., Mora J. (1993). Interacción entre parejas con diferente patrón de consumo de alcohol y su relación con antecedentes familiares de consumo de México. Salud Mental. 18 33-43.

National Plan for Research on Children and Adolescent Mental Disorders (1990). A report requested by the U.S. Congress Submitted by the National Department of Health & Human Services. Public Health Services, Alcohol, Drug, Abuse & Mental Health Administration.

O'Keane, V (2000). Evolving model of depression as an expression of multiple interacting risk factors. British Journal of Psychiatry. 177, 482-483.

Orford, J. (1992). Community psychology theory and practice. John Wiley & Sons.



- Organización Mundial de la Salud: CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. (1993). Meditor, Madrid.
- Ormel J., Tiemens B. (1997). Depression in primary care. En: Honing A., Praag H.M. Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances. Department of Psychiatry and Neuropsychology, University of Maastricht, The Netherlands.
- Ortega, S. y Corzine, J. (1990) Socio-economic status and mental disorders. Research in Community and Mental Health, 6, 149-182.
- Oxman, T.E. (1997) new paradigms for understanding the identification and treatment of depression in primary care. General Hospital Psychiatry, (19) 79-81.
- Padgett D.K., Ph.D. (1997). Women's Mental Health: Some Directions for research. American Orthopsychiatric Association, Inc. 67 (4) 522-534.
- Padilla, P. (1984) "Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica." Anales II Reunión de Investigación IMP. 123-138.
- Padilla, P., Ezban BM., Medina-Mora ME., Mas, C., Campillo C. (1984) "El médico general en la detección de trastornos emocionales." Salud Pública de México. 26(2): 138-145.
- Padilla, G. y Peláez, H. (1985) "Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica." Salud Mental. 8(3):66-72
- Pajer K. (1995). New Strategies in the treatment of depression in women. J. Clin Psychiatry. 56 (suppl 2), 30-37.
- Pennebaker, J.W. (1993) Putting stress into words: Health, linguistic and therapeutic implications. Behavior Research Therapy, 31(6), 539-548.
- Pykel, E. S. (1998). Remission and residual symptomatology in major depression. Psychopathology 31, 5 -14.
- Perez-Stable, J. P. Y Miranda J (1993). The prevention of depression in primary health care. En: Muñoz, RF, Ying, Y. The prevention of depression. Research and practice. Johns Hopkins University Press. Baltimore and London. Washington, D.C., Hemisphere Publishing.
- Persons, J.B. (1998). Indications for psychotherapy in the treatment of depression. Psychiatric Annals 28 (2) 80-83.
- Piccinelli M.; Wilkinson G. (2000). Gender differences in depression. British Journal of Psychiatry. 177, 486-492.
- Piccinelli, M. & Gomez Homen, F. (1997) Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization, Geneva.
- Priest RG. (1994). Improving the management and knowledge of depression. Marking "Defeat Depression action week" for the Defeat Depression campaign. British Journal of Psychiatry, 164; 285-287.
- Programa de Acción: Salud Mental (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud.

- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Ciudad de México 2000. Síntesis Ejecutivas de Informes técnicos. Organización Mundial de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Secretaría de Salud de México.
- Radloff, L. (1977) The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, Vol.1; 385-401.
- Ramírez, J., Uribe G. (1993). Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Pública de México. 35 (2). 148-160.
- Ramos L., Esteban R., Aceves LG., Santijera MT., Caballero GM, Pérez GG. (1994). 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, Julio, 17-22.
- Repetti, R., Matthews, K. y Waldron, I. (1989). Employment and women's health. Effects of paid employment on women's mental and physical health. American Psychologist, 44(11), 1394-1401.
- Reus, V. I. (1989). Trastornos Afectivos. En Goldman H. Psiquiatría General. 2da. Edición. Ed. El Manual Moderno.
- Rutter, M. (1972). Maternal deprivation reassessed. Foss, B.M. (Ed.). U.K.: Penguin Modern Psychology.
- Rost, K; Nutting P. A., Smith J, Werner J.J. (2000) Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression. General Hospital Psychiatry 22: 66-77.
- Ruelas Barajas E. (1992). Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Suplemento de la Revista Salud Pública de México, 34, 29-45.
- Salgado de Snyder V.N. (1991) Estrés psicosocial y salud mental en esposas de migrantes mexicanos a los Estados Unidos. Reporte Interno, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría..
- Salgado de Snyder N. (1992). El impacto del apoyo social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3, 83-89.
- Salgado de Snyder, V.N. & Maldonado, M (1992). Respuestas de enfrentamiento e indicadores de salud mental en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. Coping strategies and mental health indicators in wives of emigrants to the United States. Salud Mental, Mental Health 15(4), 28-35.
- Salgado de Snyder N. (1993). Family life across the border: Mexican wives left behind. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 15 (3) 391-401.
- Salgado VN., Díaz Pérez MJ., Maldonado M., y Bautista EM. (1998) "Pathways to mental health service among inhabitants of a Mexican village" Health and Social Work, 23 (4): 249-261.
- Salgado VN., Díaz Pérez MJ. (1999) "Los trastornos afectivos en la población rural." Número especial de la revista Salud Mental. 22: 68- 74.

- Schulberg H.; Katon W.; Simon G.; Rush A.J. (1998). Treating major depression in primary care practice. An update of the agency for health care policy and research practice guidelines. Arch Gen Psychiatry, 55 1121-1127.
- Seligman, M.E.P; Schulman, P; DeRubeis, R.J; Hollon, S.D. (1999) The prevention of depression and anxiety. Prevention and treatment, 2 pre 0020008a.html.
- Simon G. (1998). Can Depression be managed appropriately in primary care?. J. Clin Psychiatry, 59 (suppl 2) 3-8.
- Snath R.P. (1995) Depression: A need for new directions in practice and research Journal of Psychosomatic Research 39 (8) 943-947.
- Souery, D. Lipp, O., Mahieu, B. and Mendlewicz, J. Advances in the Genetics of Depression.297-310. En: Honig, A. and Van Praag H. M. (1997). Depression Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances. Clinical and Neurobiological Advances in Psychiatry.
- Spanier, C., Frank, E., McEachran, A.B., Gronchocinski, V.J. y Kupfer, D.J. (1996) The prophylaxis of depressive episodes in recurrent depression following discontinuation of drug therapy: integrating psychological and biological factors. Psychological Medicine, 26, 461 - 475.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Gibbon, M. (1988) Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R. Departamento de Psiquiatría e Investigaciones Biométrica 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.]
- Sturm R., Kenneth B., Wells M.D. (1995). How can care for depression become more cost-effective?. JAMA, 1, (273) 51-58.
- Swindle, R. W., Cronkite, R. C., Moos, R. H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. Journal of Abnormal Psychology, 98, (4) 468 – 477.
- Tableman, B; Feis, C.L.; Marciniak, D; Howard, D. (1985). Stress Management training for low-income Women Prevention: the Michigan Experience. 71-85.
- Tedlow, J; Fava, M; Uebelacker, L; Nierenberg, A. A; Alpert, J. E; Rosenbaum, J. (1998). Outcome definitions and predictors in depression. Psychotherapy and Psychosomatics 67: 266-270.
- The Harvard Mental Health Letter (1997). Mood Disorders: An Overview-Part I, 14, (6), 1-4.
- The Harvard Mental Health Letter (1998). Mood Disorders: An Overview-Part II, 14, (7), 1-5.
- The World Health Report (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO.
- Trovato, F. y Vos, R. (1992). Married female labor force participation and suicide in Canada, 1971 and 1981. Sociological Forum, 7(4), 661-676.
- Ullah, P., Banks, M. & Warr, P. (1985). Social support, social pressures and psychological distress during unemployment. Psychological Medicine. 15, 283 – 295.
- Uribe, G., Ramírez, J.C., Romero, L. y Gutiérrez de la Torre, N. (1991). El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 11 (2), 101-110.

- Vaillant, G. E. y Schnurr, P. (1988). What is a case? A 45-Year Study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health. Archives of General Psychiatry 45, 313-319.
- Vargas BE., Fernández MA. (1999). La psiquiatría en el primer nivel de atención. Revista Facultad de Medicina UNAM, 42 (3) 114-117.
- Vega WA, Valle R, Kolody B, Hough R. (1987). The hispanic social network prevention intervention study: A community-based randomised trial. En: Muñoz RF: Depression prevention; Research directions. Washington, D.C., Hemisphere Publishing; 217-231.
- Vega WA, Murphy J. (1990). Proyecto Bienestar: An example of a community-based intervention. En: Westport CT: Culture and the restructuring of community mental health: Contributions in psychology. Series No. 16. Greenwood Press; 103-122.
- Vega WA, Valle R, Kolody B. (1995). Preventing depression in the Hispanic community: An outcome evaluation on Proyecto Bienestar.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderette, E., Catalano, R., Caraveo, J. (1998) Lifetime prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. Archives of General Psychiatry, 55, 771-782.
- Vélez, A. (1997). Evaluación de los servicios de salud mental imperativo para su desarrollo. Trabajo presentado en: Taller Regional Pobreza y Salud Mental en América Latina: Problemas y Prioridades San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 9-11 Junio.
- Voelker R. (2001). Communication gaps hinder full recovery from depression. Medical News & Perspectives, 285 (11) 1431.
- Zajacka, J.M. (2000) Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. J Clinical Psychiatry, 61 (suppl 2) 20-24.
- 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.
- Zuravin, S. J. (1989) Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 377-389.