

01921  
170



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SEGUIMIENTO A DOS AÑOS DE UNA INTERVENCION  
PSICOEDUCATIVA.  
EFECTOS EN SINTOMAS DEPRESIVOS Y SOMATICOS.

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**LAURA ELENA NAVARRETE REYES**

DIRECTORA DE LA TESIS:  
DRA. MA. ASUNCION LARA CANTU

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.



EXAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA

MARZO 2003.

1



MEXICO, D. F.

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.

## RESUMEN.

La depresión es uno de los problemas más serios de salud mental de la actualidad. El riesgo de depresión en mujeres sobrepasa a los hombres en una proporción de 2:1. Los síntomas somáticos son comunes en la depresión. En algunos casos los síntomas afectivos y cognitivos de la depresión se esconden detrás de una variedad de malestares físicos. Este estudio consistió en llevar a cabo un seguimiento a dos años 39 mujeres que forman parte de la muestra del proyecto: "Una Propuesta de Intervención para Mujeres con Riesgo de Depresión" el cual se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría bajo la dirección de la Dra. Ma. Asunción Lara Cantu, midiendo los cambios, tanto en la intervención grupal como en la intervención individual mínima, en los síntomas depresivos, los síntomas somáticos y en la evaluación subjetiva de la intervención obteniendo como resultados que no se logra mantener la disminución de los síntomas a lo largo de dos años y la evaluación subjetiva que realizan las participantes se mantiene positiva a lo largo del tiempo.

Autoriza a la Dirección General de Bibliotecas  
UNAM a difundir en formato electrónico e imp  
contenido de mi trabajo recepti  
NOMBRE: Laura Elena Huarelt  
Reyes  
FECHA: 20 Marzo 03  
FIRMA: [Firma]

TELLO CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS.

A ti por darme todo y más.

A la familia Navarrete Reyes

Mamá y Papá.

Por todo su amor, su apoyo, su sacrificio, por escucharme, por tolerarme, por entenderme, por darme las bases para llegar hasta aquí. Todo se los debo, no los voy a defraudar, esto es de ustedes.

Sergio y Toño.

Por ser mi ejemplo a seguir, por todo el apoyo, por el cariño, por la convivencia, por ser como son. Gracias por ser mis hermanos.

M. A. G.

Por darme la fuerza para comenzar, continuar y concluir este proyecto y por todo lo demás.

Agradezco mi formación profesional a la UNAM y a sus profesores. Siempre me sentiré orgullosa de haber estudiado en esta universidad.

Dra. Asunción Lara Cantu.

Un especial agradecimiento por brindarme la oportunidad de participar en este proyecto el cual me enriqueció tanto en lo personal como en lo profesional. Gracias por su tiempo, su paciencia y todas sus enseñanzas.

Claudia Navarro Guzmán.

Por toda tu ayuda en la realización de esta tesis y por hacerme más fácil este proceso. Muchas gracias por todos los consejos.

Familia Navarrete Vega.

Porque contribuyeron en mi formación, por medio de sus pláticas o con su valiosa ayuda, gracias.

Familia Espinosa Reyes.

Por todo el apoyo que me brindaron a lo largo de mis estudios, muchas gracias, esto también es de ustedes; Daniel y Diego, gracias por ser mis otros hermanos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Aída, Betina, Carlos, Elisa, Gabriela, Irenne, Jaime, Juan Carlos, Juan Pablo, León Felipe, Magali, Marcelo, Misael, Mónica, Octavio, Silvia, Toño, Yessica: "El clan".  
Por ser y estar durante cinco años, unos mas, otros menos, pero al final siempre ahí.

Mónica, Silvia, Aída.

Porque son y serán parte de mi historia, por las enseñanzas, por la evolución que por separado vivimos y compartimos en cada encuentro. Gracias por estar y sorprender.

Irenne y Juan Pablo.

Por ser mi ventana, por escuchar, por cuestionar, por compartir.

Magali, Yess, Juan Carlos.

Por su confianza, por permitirme verlos más allá de la fachada.

Al par del mesón.

Por ser quienes fueron en el momento adecuado, gracias.

A los demás, gracias, gracias, gracias.

Sököl, Brenda, Ana y Cynthia.

Porque a pesar del tiempo y la distancia, aun están por razones que van mas allá de los recuerdos.

A las 39 mujeres que participaron en esta fase del proyecto, muchas gracias.

Al personal del CECOSAM Santa María la Ribera y al de Zacatenco, gracias por todo su apoyo.

A todos los demás que deben de mencionarse, lo saben, lo saben.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ÍNDICE.

Introducción.	7
Capítulo 1. Depresión.	9
1.1 Antecedentes históricos.	9
1.2 Etiología de la depresión.	10
a) Teoría psicoanalítica.	10
b) Teoría Cognitivo conductual.	12
c) Teoría Biológica.	13
1.3 Clasificación de la depresión.	14
1.4 Depresión y síntomas somáticos.	21
Capítulo 2. Salud mental en las mujeres.	24
2.1 Estereotipos de género.	24
2.2 Cultura y salud mental.	28
2.3 Identidad femenina.	29
2.4 ¿Por qué no hay críticas al rol social?	31
2.5 Enfermedad mental en la mujer.	32
a) Prevalencia de la depresión.	33
b) Factores de riesgo asociados a la depresión femenina.	35
Capítulo 3. Tratamientos para la depresión.	41
3.1 Terapia farmacológica.	41
3.2 Psicoterapia Interpersonal.	42
3.3 Psicoterapia familiar.	44
3.4 Psicoterapia psicodinámica.	46
3.5 Psicoterapia cognitivo-conductual.	48

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 4. Intervención psicoeducativa para la depresión en mujeres.	50
4.1 Intervención psicoeducativa.	50
4.2 Antecedentes de la intervención.	51
4.3 Intervención psicoeducativa para mujeres deprimidas.	53
a) Objetivos de la información.	53
b) Componentes de la intervención.	54
1. Componente educativo.	54
2. Componente psicológico.	55
3. Componente grupal e individual.	58
4. Componente de género.	59
c) Estructura de la intervención.	59
1. Modalidad grupal	60
2. Modalidad individual.	61
4.4 Investigaciones anteriores realizadas a ésta intervención.	62
 Capítulo 5. Método.	 64
 Capítulo 6. Resultados.	 72
 Capítulo 7. Discusión y conclusiones.	 90
 Bibliografía.	 105
 Anexo A.	 109
 Anexo B.	 110
 Anexo C.	 113

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION.

La depresión es uno de los problemas más serios de salud mental de la actualidad. El riesgo de depresión en mujeres sobrepasa a los hombres en una proporción de 2:1. Este es uno de los más consistentes datos en la literatura de investigación, el cual muestra que ocurre independientemente los países y los grupos étnicos.

Los síntomas somáticos son comunes en la depresión. En algunos casos los síntomas afectivos y cognitivos de la depresión se esconden detrás de una variedad de malestares físicos. A esta condición se le conoce como depresión enmascarada (Nakao, Yamanaka, Kuboki, 2001).

En México, las mujeres son las que acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud, ya sea por problemas físicos o por problemas emocionales y es la depresión la patología mental más frecuente que sufren (Lara, Medina-Mora, Salgado, Acevedo, Díaz-Pérez, Villatoro 1996a). Al existir en el país condiciones de pobreza surgen las condiciones para que la población esté en mayor riesgo de desarrollar depresión y volverse, entonces, una demanda creciente de atención para el sector salud.

Ante esta problemática, surge la necesidad de crear programas los cuales sean eficaces y eficientes en la disminución de síntomas depresivos que puedan ser utilizados en cualquier institución que ofrezca atención de la salud mental y que satisfaga esa demanda. Es así como nace el proyecto: "Una Propuesta de Intervención para Mujeres con Riesgo de Depresión" el cual se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría bajo la dirección de la Dra. Ma. Asunción Lara Cantu, dicha propuesta consiste en una intervención psicoeducativa para disminuir estos síntomas. Los resultados del estudio muestran una reducción significativa de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



dichos síntomas en las evaluaciones a los 15 días y a los cuatro meses (Lara y cols. 2003).

Aunque se sabe que las intervenciones breves no tienen un efecto tan a largo plazo, es de gran interés investigar su efecto a lo largo del tiempo. (Mrazek & Haggarty, 1994)

Este estudio consistió en llevar a cabo un seguimiento a dos años de la muestra de Lara (2002). Para llevar a cabo las comparaciones con las mediciones anteriores se utilizó la base de datos ya existente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO 1 DEPRESIÓN.

La tristeza es el dolor producido por la pérdida, es la cicatriz que deja la ausencia. (Burin, Moncarz, Velásquez, 1990, p. 100)

Casi todos hemos estado en situaciones que nos generan un estado de tristeza que desaparece a los pocos días, cuando los problemas se resuelven. A este estado se le define popularmente como depresión. Esto es erróneo pues la tristeza es una reacción normal ante los problemas de la vida mientras que la depresión como trastorno del estado de ánimo es un perturbación compleja que puede surgir por diferentes causas.

La depresión es uno de los problemas psiquiátricos y psicológicos más comunes junto con el alcoholismo y las fobias (The Harvard Mental Health Letter, 1997), sin embargo, mucha gente no sabe que la padece pues no cuenta con la información necesaria para reconocerla. Esto se debe a que antes no se conocía las consecuencias negativas de la depresión y no se le daba la importancia necesaria. Hoy en día sabemos que afecta la vida diaria de la persona que la padece, tanto en el aspecto laboral como en el personal. Los episodios comunes de depresión sin tratamiento duran aproximadamente seis meses. En la mayoría de los casos, los síntomas regresan periódicamente, y pueden presentarse de cinco a siete episodio a lo largo de la vida (Ibíd.).

### 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Desde la antigüedad, la humanidad ha padecido depresión solo que no se le conocía ni se le definía como ahora. La primera vez que se le describió como un cuadro patológico fue en la época grecorromana y recibió el nombre de melancolía. Fue Hipócrates, con su teoría de los humores, el que atribuyo a la bilis negra el origen de este estado. Los síntomas de la melancolía los describió Soranos de Ephesus como: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada,

tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones, jovialidad (Arieti y Bemporad, 1993).

Asimismo en el México prehispánico, se identificó a la melancolía como una enfermedad a la cual se le trataba con pulque y con la realización de actividades recreativas, como el canto, la música, etc. (Calderón, 1989).

En la Edad Media, se creía que la melancolía era producto de los demonios y de los astros. Fue Pinel, al tratar de explicar las bases de este estado, quien se acercó, a principios del siglo XIX, a la actual etiología. Él decía que eran dos las causas de la melancolía: la psicológica (miedos, engaños amorosos, dificultades familiares) y la física (amenorrea, puerperio) (Arieti y Bemporad, 1993).

En 1896, Kraepelin diferencio la psicosis maníaco-depresiva de la demencia precoz que fue un gran adelanto para la psiquiatría no obstante también una limitante pues a toda persona que tuviera síntomas depresivos aunque fueran leves era considerado psicótico (Ibid).

Hoy en día la depresión se le considera un enfoque multifactorial, donde interviene lo psicológico, lo social y lo biológico.

## **1.2 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.**

Hay varias formas de explicar y definir a la depresión. Para este trabajo, solo se expondrá lo más importante de la teoría psicoanalítica, la teoría cognitivo-conductual y la teoría biológica.

### **a) Teoría psicoanalítica.**

La teoría psicoanalítica, representada por su creador Sigmund Freud, considera la depresión como "una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se

exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extiende hasta una delirante expectativa de castigo" (Freud, 1992, p. 242). La depresión o melancolía puede ser una "reacción frente a la pérdida de un objeto amado" (Freud, 1992, p. 242). Esta pérdida puede ser o no real, esto es, que el objeto que perdió pueda seguir vivo pero ya no le verá, ya no convivirá con él, habrá muerto en el mundo de la persona deprimida.

Freud no fue el único que habló de la depresión en la corriente psicoanalítica, de hecho antes que él, Karl Abraham señalaba que "la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a las esperanzas de satisfacer sus tendencias libidinales". (Arieti y Bemporad, 1993, p. 30). Para Abraham, la persona deprimida vive en constante ambivalencia, es incapaz de amar, se preocupa demasiado por sí mismo y utiliza la culpa para llamar la atención; además de que existe una hostilidad que bloquea el desarrollo adecuado del área emocional (Ibid.).

Uno de los psicoanalistas que más se adentro al estudio de la depresión fue Sandor Rado quien en su libro *The Problem of Melancholy* (Citado en Arieti y Bemporad, 1993, pp. 39-42) apuntó que la depresión es "tan solo como un desesperado grito de demanda de cariño". Para Rado, uno de los principales síntomas de la depresión es la pérdida de autoestima y de autosatisfacción ya que éstas las basan en la opinión del otro pues son personas muy dependientes. En el depresivo, las relaciones interpersonales son el origen de su depresión ya que cuando está seguro del afecto del otro, lo comienza a manipular, situación que el otro no tolera y se aleja creándole al depresivo tristeza y depresión que trata de alejar recuperando al otro; para esto suplica y utiliza la culpa esperando el regreso que en general consigue y empieza el patrón de nuevo. A este patrón de enojoculpa-reconciliación, lo compara con la situación infantil rabia-hambre-amamantamiento, y dice que la melancolía es una fijación a este estado (Ibid.).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **b) Teoría Cognitiva-conductual.**

Para la teoría cognitivo-conductual, la depresión es la serie de síntomas ocasionados por una visión irreal del entorno que afectan la personalidad. Las distorsiones que presenta la depresión, Aaron Beck les llamó: "triada cognitiva" (Beck, 1983). El primer componente son las expectativas negativas respecto al ambiente, esto es que la persona siente que su medio es muy demandante y que tales demandas son un obstáculo para llegar a sus metas. El segundo componente es la autoapreciación negativa donde el depresivo se percibe como una persona inadecuada, que no cuenta con las características necesarias para lograr su felicidad. El tercer componente son las expectativas respecto al futuro que son vistas de manera negativa, pues cuando se hacen planes a largo plazo, se espera que estén llenos de frustraciones.

Para entender el por qué la persona depresiva siempre piensa así, Beck (Ibid.) desarrollo el concepto de "esquemas", el cual nos dice que toda situación está compuesta de varios estímulos, tanto negativos como positivos, pero la persona depresiva se fija sólo en los negativos y crea un patrón que generaliza y responde igual a eventos similares. En depresiones leves, se puede ver los puntos de vista negativos con objetividad, mientras que en una depresión severa, no existirá una relación lógica entre la situación real y las interpretaciones negativas.

Otros factores que ayudan a la persona depresiva a convencerse de que algo en el medio ambiente está mal aunque todo indique lo contrario, son los errores sistemáticos de pensamiento. Estos errores son:

- **Inferencia arbitraria:** Esto es llegar a una conclusión a pesar de no contar con evidencia que la apoye.
- **Abstracción selectiva:** Consiste en que la persona depresiva se enfoca en un solo detalle de una situación e ignora los demás componentes e interpreta basándose en este.

- **Sobregeneralización:** La persona depresiva adquiere un patrón con el cual responde a toda situación ya sean similares o no.
- **Magnificación o minimización:** Esto ocurre cuando se evalúa el significado de un evento de forma distorsionada, ya que se le puede dar más valor de lo que tiene en la realidad o se le resta importancia.
- **Personalización:** Existe es que la persona tiende a relacionar todo evento con él aunque no existan hechos que así lo demuestren.
- **Pensamiento dicotómico, absolutista:** la persona depresiva clasifica todas las experiencias en dos opciones opuestas: bueno-malo, blanco-negro, etc. lo cual lo hace poco flexible ante su propia crítica llevándolo siempre a evaluarse negativamente.

Beck (Ibíd.) concuerda en que la predisposición hacia la depresión surge de las experiencias tempranas y que ciertas situaciones de pérdida en la edad adulta reactivan los patrones de pensamientos negativos que se aprendieron en la infancia.

### **c) Teoría biológica.**

Como mencione anteriormente, la depresión es multifactorial y otro de los factores es el biológico el cual podemos dividir en genético y químico.

Existe la teoría que hay una predisposición genética en los trastornos unipolares y bipolares. Esto se ha estudiado en gemelos y en niños adoptados y se ha logrado demostrar que sí existe una influencia genética en los trastornos afectivos (Ayuso, y Saiz, 1997). Se dice que no es una combinación única de genes la que determina esta predisposición y que sus efectos varían dependiendo del medio ambiente. Pacientes con diferentes formas de vulnerabilidad heredada pueden tener diferencias sutiles en los síntomas o responder a diferentes tratamientos (The Harvard Mental Health Letter.1998).

En el aspecto químico se puede decir que los circuitos involucrados en la regulación del estado de ánimo dependen principalmente de los neurotransmisores monoamina, norepinefrina y serotonina. También existe la hipótesis de que en la depresión hay una mala regulación del equilibrio colinérgico y adrenérgico existiendo un dominio colinérgico. También se dice que la dopamina disminuye durante los periodos de depresión (Goldman, 1989).

En algunas personas quienes son vulnerables a la depresión o a la manía, el sistema que regula el intercambio de estos neurotransmisores es ineficiente. Especialmente cuando se está bajo condiciones de estrés (The Harvard Mental Health Letter, 1998). El estado de ánimo es también afectado por estados de las glándulas endocrinas las cuales regulan las funciones del cuerpo por medio de las hormonas dentro del torrente sanguíneo. Esto lo podemos ver más claramente en depresiones postparto o en el climaterio.

Del factor social se hablará posteriormente, en el capítulo dos, pues lo abordaré junto con la perspectiva género.

### **1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.**

Hay dos maneras de clasificar a la depresión. Una es por medio de categorías y otra es por medio de dimensiones continuas. La clasificación categórica más conocida de la depresión es la que se puede encontrar en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta edición (DSM-IV por sus siglas en inglés). En ésta, los pacientes son diagnosticados con depresión sólo si presentan los síntomas y la duración de estos que establece dicho manual. En caso de que no presente mínimo 5 de los síntomas o que la duración no sea igual a lo que pide el DSM-IV, no se le considera como caso con depresión. En este manual se habla de dos tipos de depresión, la unipolar, también conocida como depresión mayor y la bipolar. A continuación pondré los criterios de diagnóstico de ambas.

**Tabla 1.1 Criterios para el episodio depresivo mayor del DSM-IV**

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
  - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
  - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
  - (4) Insomnio o hipersomnía casi cada día.
  - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
  - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
  - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.



**Tabla 1. 2 Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar del DSM-IV**

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .3 Leve/moderado
- .4 Grave sin síntomas psicóticos
- .5 Grave con síntomas psicóticos
- .7 En remisión parcial/en remisión total

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
- Con ciclos rápidos

La otra forma en que se clasifica a la depresión es por medio de dimensiones y se evalúan diversos continuos como son la intensidad, la duración y el impacto en las funciones diarias.

En la evaluación dimensional se utilizan escalas de autoreportes para saber que tan deprimida esta la persona (Muñoz, Ying, 1993).

Las escalas que se utilizan con mayor frecuencia para medir la sintomatología depresiva son la Escala CES-D de Radloff, elaborada en 1977 la

cual evalúa la presencia de síntomas de depresión en el último mes y el Inventario de Depresión de Beck, diseñado en 1979.

Además de los síntomas que menciona el DSM-IV, el Comité para la Prevención y Tratamiento de la Depresión (Chinchilla, 1999), señala los siguientes: en el aspecto psíquico, hay tristeza, displacer, pérdida de gusto por las cosas, ansiedad, miedo, acobardamiento, incomodidad general, malhumor, irritabilidad, vacío interior, apatía. El pensamiento se vuelve lento, existe una escasa productividad del lenguaje, dificultad para concentrarse, atención disminuida, pérdida de memoria reciente, preocupaciones, rumaciones inútiles, pesimismo, baja autoestima, desesperanza, ideas de muerte o suicidio, llanto o deseo de llorar, aunque no pueda hacerlo, agitación o inhibición y aislamiento.

Otros síntomas que se pueden percibir en la persona deprimida son que en ocasiones son incapaces de expresar esta tristeza; dan respuestas simples y cortas con un tono de voz bajo y con un tiempo de latencia alargado entre pregunta y respuesta. El pensamiento suele ser lento, con un contenido negativo del mundo y de sí mismo, en su rendimiento personal hay una disminución o sobreesfuerzo para mantener el nivel previo y la ansiedad suele acompañar a la depresión. El patrón de alteración más característico de la depresión severa es el despertar precoz con insomnio y tardío, con un acortamiento del número total de horas de sueño (Ibid.).

Buscando reunir las diferentes formas en que la literatura clasifica a la depresión en una sola, Arieti y Bemporad (1993) proponen la siguiente:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla 1.3 Clasificación de la depresión según Arieti y Bemporad.**

<b>Leves (distónicas)</b>	<b>Depresiones primarias.</b> a) Carácter o personalidad depresiva. b) Depresión reactiva. c) Depresión ansiosa d) Depresión con síntomas obsesivo-compulsivo. e) Depresión encubierta. f) Depresión despersonalizada.
<b>Profundas (sintóticas)</b>	a) Depresión pura. b) Depresión en la psicosis maniaco-depresiva. c) Depresión en la psicosis esquizo-afectiva.  <b>Variaciones</b> 1) Autoculposa 2) Suplicatoria 3) Mixta 4) Simple 5) Aguda 6) Acompañada de agitación 7) Paranoide 8) Acompañada de estupor
<b>Vinculadas con el ciclo de vida.</b>	a) Depresión infantil b) Depresión del adolescente c) Depresión postpuerperal d) Depresión involutiva e) Depresión senil.  <b>Depresiones secundarias.</b> a) Depresión asociada con trastornos neurológicos o psicosis orgánicas. b) Depresión asociada con trastornos endocrinos. c) Depresión asociada con otras enfermedades orgánicas. d) Depresión inducida por drogas. e) Depresión esquizofrénica.

A continuación explicaré brevemente esta clasificación.

A la depresión se le clasifica en primaria y en secundaria, primaria es cuando los síntomas en el estado de ánimos son la principal enfermedad mientras que cuando es secundaria, es otro estado físico o psicológico el responsable de este estado (Ibid.).

Para Arieti y Bemporad (1993), la depresión leve es difícil diferenciarla de la tristeza, aunque la depresión se vive con mayor intensidad; la persona que la vive siente que le es difícil, casi imposible salir de ese estado pero quiere hacer todo lo posible por salir de ahí, ya que los síntomas que presenta son exagerados y le imposibilita realizar sus actividades normales por el pesimismo que le embarga, aunque en general sí las realiza. Padece perturbaciones físicas (síntomas somáticos) y en el sueño. Algo que este autor menciona como una característica específica de este tipo de depresión es que quienes la padecen tienen un carácter depresivo, es decir cuando se describe la personalidad del individuo, siempre está el rasgo de depresión presente. Son personas que consideran que han perdido la alegría de vivir.

Chinchilla (1999) menciona algunas características de la personalidad depresiva en su libro *Guía terapéutica de las depresiones*:

1. Son personas muy exigentes, que exageran en cuestiones del orden, son autoexigentes, intolerantes, concienzudos, escrupulosos, inflexibles e inseguros, trabajadores ejemplares, pesimistas, poco dados a la fantasías, dependientes de los demás, influenciables, verbalizan poco las emociones y no les gusta deber nada.
2. Las personas deprimidas están acostumbradas a su orden y su espacio y a rendir al máximo en él.
3. La depresión aparece cuando se pone en peligro su espacio y su orden.
4. No son capaces de trascender sus propias barreras.
5. No toleran el no cumplir con las exigencias del medio ambiente, el estar en deuda frente al rendimiento propio, el quedar rezagado, el no poder cumplir con su deber.

Según Arieti y Bemporad (1993), hay cuatro tipos de personalidades predepresivas:

En la primera, la persona adopta una actitud de acatamiento. Esta actitud solo la demuestra a ciertas personas como pueden ser los padres o hacia alguna institución. Esta conducta puede ser considerada como lealtad grupal ya que el individuo esconde su soledad tras su pertenencia a un grupo. Es una persona que le gusta el orden, la pulcritud, se le considera una persona íntegra e inspira confianza, en sus actividades es una persona eficiente. La gente a su alrededor puede considerarlo alguien adaptado y feliz, aunque esta no sea la realidad, pues siempre se siente culpable por no cumplir con las expectativas de los demás: no escucha sus propios deseos lo cual le genera un sentimiento de vacío, que reconoce pero no sabe como salir de él pues es su deber. Tiende a dar autoridad sobre él a las personas con las que se involucra sentimentalmente o laboralmente, ya que necesita que alguien le reafirme su valor como persona. Este tipo de persona cree que sólo tendrá valor si alguien se lo reconoce, por lo que siempre deberá tener a alguien dominante a su lado.

La persona con el segundo tipo de personalidad se caracteriza por perseguir una meta, pone toda su energía en conseguirla ya que considera que solo de esa manera será valioso para los demás y podrán quererlo.

La persona con el tercer tipo de personalidad busca el amor de los demás generando culpa en el otro. Es dependiente y necesita que se satisfagan sus necesidades y la manera en que pueden lograr es por medio del chantaje. Las exigencias hacia esta persona son muy altas.

En el cuarto tipo de personalidad, el individuo parece feliz, ya que es vivaz, alegre, pero esa actitud solo busca el evadir las emociones internas que lo hacen sentirse vacío. Es una persona que siempre está rodeado de amigos pero que sus relaciones son superficiales. Este tipo de personas padecen depresiones del tipo maniaco-depresiva.

La depresión leve a su vez se divide en *reactiva* que es la que aparece después de que ocurre una situación displacentera como es la pérdida de un ser querido; *ansiosa* que es cuando además de padecer los síntomas de la depresión, la persona siente temor por realizar sus actividades cotidianas; *con síntomas*

*obsesivo-compulsivos* en donde el deprimido realiza rituales y compulsiones; y *despersonalizada* donde el paciente deja de sentirse el mismo, la realidad y la forma de percibirla no es igual, es decir, se despersonaliza, por lo que no puede reaccionar como lo hace antes (Ibid).

Al igual que la depresión leve, la persona que padece depresión severa tiene un sentimiento de tristeza que lo embarga pero mucho más intenso, que lo hace percibir al mundo como un infierno, le es difícil externar su tristeza y busca la forma de castigarse que puede llegar al suicidio (Ibid).

#### **1.4 DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS.**

Los síntomas somáticos se presentan en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. En el caso de la depresión, la cultura se vuelve un factor importante en la forma en la que se manifiesta (Rogler, 1996). En culturas como la nuestra, más que manifestarse con tristeza o culpa, la depresión se expresa con dolores de cabeza (DSM-V, 1995).

Cuando los síntomas afectivos y cognitivos de la depresión se esconden detrás de una variedad de malestares físicos se le conoce como depresión enmascarada. Vallejo et al. (1987) la definieron como aquellas manifestaciones de depresión en que los síntomas somáticos están en primer plano o en que los síntomas psíquicos están enmascarados.

Braceland (Citado en Arieti y Bernporad, 1993) considera que los seis síntomas más frecuentes en la depresión enmascarada son el insomnio, la fatiga, el malestar gástrico, la anorexia, la cefalea y el dolor abdominal generalizado. Ierodiakonou y Iacovides (1987) realizaron en Grecia un estudio en 788 pacientes deprimidos y encontraron que los malestares físicos que más presentan son: dolor de cabeza y debilidad.

En México, sobre todo en las zonas rurales, se les conoce a los trastornos mentales como "nervios" y las manifestaciones más comunes son dificultad para respirar, náusea, diarrea, vómito, dolores de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza (Salgado y Díaz, 1999). Algunos de estos síntomas (tanto físicos como emocionales) son los mismos que se presentan dentro de la depresión por lo que se puede pensar que el trastorno mental más común en las zonas rurales también es la depresión. En un estudio realizado por Salgado y Díaz (1999) a 945 adultos del estado de Jalisco, encontraron que la prevalencia de nervios fue de 15.4%, 9.5% en hombres y 20.8% en mujeres lo que nos habla de que, sobre todo en la mujer, la depresión en nuestra cultura se puede manifestar por medio de síntomas somáticos.

En Lima, Perú, Saavedra y Planas, (1996) realizaron una investigación para saber como conceptualizaba la población urbana a la depresión. Mediante esta exploración pudieron constatar que la conjunción de síntomas psicológicos y somáticos se encuentra siempre presente en la experiencia depresiva. En esta población los síntomas somáticos son puestos en primer plano. La persona puede reconocer la existencia de perturbaciones psicológicas, pero los síntomas somáticos son los que puede percibir más fácilmente su entorno social y los que llevan a las personas a buscar ayuda. Por lo general, los síntomas psicológicos como son la tristeza, desesperanza, irritabilidad, etc. son ocultados por cuestiones culturales y por lo mismo no se les puede considerar como depresión hasta que el trastorno adquiere mayor gravedad y es imposible ocultarlos. A pesar de que se logre distinguir que la serie de malestares que presenta una persona se deba a una enfermedad: "nerviosa" no se consulta con un especialista de salud mental, sino que se acude a un médico general. Para la población que se analizó en este estudio los signos somáticos más comunes fueron; insomnio, cansancio, debilidad, dificultad para respirar, agitación cardíaca, lentitud motriz y los dolores corporales en la cabeza, pecho, espalda y estómago.

Como se puede ver, hablar de la depresión es difícil ya que cada corriente le da una explicación diferente y no existe un sólo concepto que la defina, sin embargo, para este estudio podemos resumir que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que tiene una serie de síntomas (tristeza, pérdida en la capacidad para sentir placer por actividades que antes lo causaban, alteraciones en la forma de comer, alteraciones en el sueño, sentimiento de devaluación), que pueden desencadenarse por varios factores como son el biológico (genético y químico), psicológico (historia personal) y social (cultura); que pueden manifestarse en forma física (síntomas somáticos) y que alteran la vida diaria de la persona que la padece, tanto en lo personal como en lo laboral.



## CAPITULO 2.

### SALUD MENTAL EN LAS MUJERES.

"Las mujeres locas son las suicidas, las santas, las histéricas, las solteronas, las brujas y las embrujadas, las morijas, las posesas y las iluminadas, las malasmadres, las madrastras, las filicidas, las putas, las castas, las lesbianas, las menopáusicas, las estériles, las abandonadas, las políticas, las sabias, las artistas, las intelectuales, las mujeres solas, las feministas." (Lagarde, 1993, p.667)

A lo largo de la historia hemos visto cómo la salud mental de las mujeres no se le ha dado la importancia que merece. Los trastornos mentales en las mujeres se les ha considerado sólo como la expresión de situaciones biológicas a las que las mujeres se tienen que enfrentar a lo largo de su vida, como son el ciclo menstrual y la menopausia. Otras condiciones como la soltería en una edad socialmente inaceptable, la viudez o la esterilidad, implican una falta de vida sexual activa que trae como consecuencia la histeria, una patología que se considera exclusivamente femenina (Lagarde, 1993). Es, a causa de esta ligereza con la que se justifican los síntomas de malestar emocional, por lo que se ha limitado la ayuda como si el hecho de ser mujer implicara que son más propensas a sufrir trastornos mentales, y en el fondo no está tan lejos de la verdad esta afirmación (Leal, 1999). La diferencia es que los trastornos mentales en la mujer, al igual que ocurre con los hombres, no son únicamente de origen físico, sino multifactoriales. Antes de explicar el cómo influyen los factores sociales, biológicos y psicológicos la salud mental de la mujer, explicaré qué significan los estereotipos de género y cómo los vive la mujer.

#### 2.1 ESTEREOTIPOS DE GÉNERO.

En la vida cotidiana, se ha aceptado que las conductas masculinas deben de presentarse sólo en hombres y las características femeninas sólo en mujeres. Lara (1991) define a los estereotipos de género o roles sexuales como "un grupo de normas y expectativas que especifican cuál es la conducta adecuada para hombres y mujeres en una sociedad particular." Hyde (1995) dice que están

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

formados por cuatro componentes: rasgos de personalidad, conductas correspondientes al papel, ocupaciones laborales y apariencia física.

Culturalmente, la sociedad le ha concedido el poder al hombre, ya que puede decidir y actuar sobre los hechos, sobre la vida y sobre las mujeres. El hombre trabaja y obtienen dinero y reconocimiento social. Por lo mismo, generalmente puede brindar protección y seguridad a quienes le rodean. Tradicionalmente la mujer no ha sido independiente, es de alguien, desde la infancia, es la hija de, la hermana de, la novia de, la madre de, la viuda de. Por eso su situación ha sido la de necesitar estar acompañada de alguien que le de valor, a cambio le brinda su total fidelidad, obediencia, incondicionalidad, cuidados, trabajo, su amor (Lagarde, 1993).

Para Hyde (1995) las características masculinas que se consideran deseables son: que el hombre sea muy agresivo, muy independiente, que no sea fácil de influir, que sea muy dominante, que le gusten mucho las matemáticas y las ciencias naturales, que no se altere en pequeñas crisis, que sea muy activo, muy competitivo, muy diestro en los negocios, que sepa desenvolverse en el mundo, que sea muy aventurero, que pueda tomar decisiones con facilidad, que actúe casi siempre como líder, que tenga gran confianza en sí mismo, que no le incomode ser agresivo, que sea muy ambicioso. Las características femeninas que se consideran deseable son: que tenga mucho tacto, que sea muy amable, que conozca bien los sentimientos de las demás personas, que sea muy religiosa, que tenga costumbres muy elegantes, una gran necesidad de seguridad, que disfrute mucho el arte y la literatura, que exprese con facilidad sentimientos de ternura.

Lara (1991) menciona que existen características de la personalidad de género positivas y negativas. En el siguiente cuadro se presenta cuales características son asertivas, cuales agresivas, cuales afectivas y cuales son sumisas (Lara, 1991).

**Tabla 2.1 Características de personalidad masculina y femenina.**

<p><u>Masculinidad asertiva.</u></p> <p>Funciono como líder                      Me comporto confiado en mi mismo                      Hábil par dirigir                      Tomo decisiones con facilidad                      Seguro de si mismo                      Autosuficiente                      Dispuesto a mantener mi postura                      Maduro                      Reflexivo                      Capaz de planear</p>	<p><u>Masculinidad agresiva</u></p> <p>Ambicioso                      Dominante                      Agresivo                      Uso de malas palabras                      Rudo                      Frio                      Flojo                      Rebelde</p>
<p><u>Feminidad afectiva.</u></p> <p>Alegre                      Sensible a las necesidades de los demás                      Compasiva                      Deseosa de consolar al que se siente lastimado                      Tierna                      Me gustan los niños                      Dulce                      Cooperadora</p>	<p><u>Feminidad sumisa.</u></p> <p>Tímida                      No me gusta arriesgarme                      Sumisa                      Indecisa                      Resignada                      Cobarde                      Conformista.</p>

El cómo se adquieren estos estereotipos se ha tratado de explicar mediante varias teorías psicológicas. Por tratarse de un capítulo dedicado a la mujer sólo hablaré de cómo ella asimila el papel femenino. Freud consideraba que existen dos características implícitas en la personalidad femenina: la pasividad y el masoquismo. Decía que estas características eran consecuencias de un complejo de Edipo no resuelto de manera adecuada. Al desear quedar embarazada para así obtener el pene que tanto anhela, utiliza una estrategia pasiva que se refleja en cada una de sus acciones, siempre espera, nunca actúa. Y explica el masoquismo de la siguiente manera, al querer estar embarazada sabe de antemano que sufrirá fuertes dolores de parto que "desea vivir. Ahí es cuando se refleja una actitud masoquista que manifestara en toda su vida (Hyde, 1995).

Psicoanalistas como Karen Horney, Helen Deutsch, Eric Erikson trataron de ampliar la teoría de Freud pero fue Nancy Chodorow (Citada en Hyde, 1995) quien logró aportar algo nuevo. Para ella, las mujeres son las que se quedan en casa y se encargan del cuidado de los hijos porque cuando son niñas y viven el papel de hijas, el ver cómo su madre las cuida, las hace desear jugar el mismo papel. Además decía que la madre, al proporcionar cuidados y sacrificarse por los hijos, provoca que ellos piensen que todas las mujeres son iguales y que deben de mostrar el mismo comportamiento, es decir, deben de ser dulces, tiernas y sacrificadas. Las hijas asumen ese rol mientras que los hijos esperan que todas las mujeres actúen de esta forma. Chodorow consideraba que el hombre devalúa a la mujer pues tiene la necesidad de independizarse de su madre y de adquirir las cualidades masculinas del padre ausente en los cuidados infantiles. Sugiere que para que deje de existir la devaluación en la mujer debe de haber más cooperación por parte del padre dentro de la dinámica familiar (Ibid.).

Para la sociobiología, las mujeres cuidan a los hijos y al hogar pues son las que invierten más en la creación de una familia, desde el óvulo hasta los nueve meses de gestación, además de que ella sí tiene la certeza de que el hijo es suyo mientras que el hombre no (Hyde, 1995).

Para la teoría del aprendizaje, se adquieren las conductas estereotipadas de género por medio de la imitación de personas de su mismo género o por medio del aprendizaje por observación que es aprender las conductas de otras personas, que, aunque pueden no realizar en ese momento la acción, aun así la recordaran y la llevaran a cabo cuando sea necesaria. Estas conductas son reforzadas por el medio ambiente, por ejemplo a la niña que juega con muñecas se le premia pues esta realizando una conducta que concuerda con el estereotipo de su género pero se le castigaría si juega con carritos pues esa es una acción masculina (Ibid.).

Kohlberg, utilizando el modelo cognitivo evolutivo, explica que cuando los niños adquieren el concepto de género y se saben mujer u hombre, entonces identifican qué es considerado bueno y malo y al querer ser alguien positivo

considera buena la feminidad o la masculinidad, según sea el caso. Las niñas se identifican con la madre pues es el modelo de cómo debe de comportarse que tiene más cercano, lo mismo le ocurre a los niños con sus padres. Para Kohlberg el aprendizaje de los roles no está motivado por el medio ambiente, es una decisión propia el adquirirlos (Ibíd.).

Heller (Citada en Lagarde, 1993 ) creía que asumimos los estereotipos ya elaborados y además, el medio ambiente en el que crecemos nos los "pega" y puede pasar mucho tiempo antes de que se cuestione el por qué son así los estereotipos.

Los estereotipos de género limitan el comportamiento de las personas, así como no está permitido que un hombre lllore o muestre debilidad, la mujer no puede ser mala madre, no puede ser insensible, no puede anteponer sus intereses a los de los demás. Esta limitación cultural la pone siempre cerca de la locura.

## **2.2 CULTURA Y SALUD MENTAL.**

Uno de los motivos que da el psicoanálisis para el origen de los trastornos mentales es la cultura; Freud (1992) opinaba que se caía en este estado por no tolerar la frustración que le genera las demandas culturales de la sociedad. Si aplicamos este enunciado a la situación que viven las mujeres, podríamos entender el por qué se les considera más vulnerables a los trastornos mentales. A pesar de los cambios que ha sufrido y los derechos que ha adquirido dentro de la sociedad, culturalmente aun se espera que la mujer cumpla con las obligaciones del rol tradicional: cuidar y formar a los hijos, al marido, ser el pilar de la familia que la mantiene unida y feliz, pero los tiempos en los que vivimos hacen más difícil el cumplir con esta demanda cultural pues por la situación económica, tendrá que trabajar y descuidar el hogar, además que este nuevo lugar que se tiene en la sociedad le cuestiona su posición sumisa y de sacrificio para mantener a la familia unida a costa de ser maltratada física y emocionalmente. Al no cumplir con lo que

significa ser mujer, que es algo que ha aprendido desde su infancia, siente que no es tal, que no está desempeñando su función en la vida y siente que es una fracasada, situación que no le ayuda mucho en su autoestima.

Es así que la mujer entra en una constante contradicción entre lo que ha aprendido culturalmente y las demandas de la sociedad, entre lo que debe de cumplir por tradición y los nuevos papeles que debe de desempeñar. Esto hace a la mujer confrontarse, primero, con su familia pues se le juzga y se le condena por no ser la mujer que todo el mundo espera, sin tomar en cuenta que el medio ya no le permite serlo; segundo, el estereotipo femenino ha cambiado, pero para volverse más exigente, influenciado por la cultura norteamericana donde el físico tiene un gran valor y los estándares de belleza no coinciden con la población de nuestro país. Esto hace que esté inconforme con su cuerpo, con sus rasgos, que se autodevalúe; tercero, que se de cuenta que el cumplir con lo que establece el estereotipo no la hace feliz, por más que cumpla con todo lo determinado, no se siente completa; por último también se tiene que enfrentar a las nuevas necesidades que plantean los medios de comunicación, ya no solo es necesario tener una familia y un marido, ahora hay que ser "Totalmente Palacio", hay que tener acceso a internet, un celular, y otra serie de cosas materiales que siempre la tendrán inconforme en un país con menos recursos.

### **2.3 IDENTIDAD FEMENINA.**

Franca Basaglia (1985), en su libro *Mujer, locura y sociedad* considera que la construcción de la identidad femenina se centra en la maternidad. "La definición de lo femenino como un ser que es para los demás tiene importantes implicaciones para la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio en el cuidado de su cuerpo, su vida, su salud y su bienestar. La mujer es la que proporciona bienestar y placer a los demás. Esa construcción de identidad cuestiona la posibilidad de cuidar de su propio bienestar, de experimentar placer y recibir apoyo emocional,

de tener una vida personal y un proyecto propio más allá de la vida conyugal y la maternidad" (p.35). Es por eso que aunque es la cuidadora de la familia y es la responsable de la atención a la salud de los integrantes del núcleo familiar se ocupe poco de la suya.

Para la mujer es necesario estar entregando su tiempo, su cuerpo, su esfuerzo, ya que carece y espera que en esa entrega pueda obtener a cambio todo lo que necesita, cosa que no pasa. Carece, pues la sociedad, la cultura, la limitan, carece de libertad, carece de la posibilidad de decidir pues tiene un rol pasivo, que solo espera, que no es capaz, porque no se le permitió satisfacerse a sí misma. Necesita al hombre para sentir que vale y tener un lugar dentro de la sociedad. A cambio dará todo su ser. Pero no siempre basta esa estabilidad que le da ser "la mujer de", pues no es lo que narran en los cuentos "y vivieron felices para siempre". Compara sus sueños con la realidad y al encontrar grandes diferencias, se siente enojada, frustrada, decepcionada, con ella, con su familia, con la vida, pero no es válido que una mujer muestre ese enojo a los demás, ya que no es una actitud femenina el portarse agresiva, así que debe de ocultarla pues siente culpa entonces hay que sacar toda esa furia por otro lado, y la mejor forma es hacia ella misma, enfermándose, descuidándose, convenciéndose de que no se merece ser feliz pues ella no cumple con lo que la cultura le enseñó debía de ser una mujer. O también puede ocurrir que en lugar de culparse, culpe a los demás de su pesar, ya que ella solo es víctima de su destino (Lagarde, 1993).

A la mujer se le enseña a depender del hombre para ser feliz y cuando entabla una relación monogámica, este se vuelve el único proveedor de satisfacción, tanto económica, afectiva, como física. Al ser el deber de una mujer el quedarse en casa, pierde muchas de las relaciones interpersonales que la alimentaban, ese aislamiento la hace dependiente de su pareja de quien busca una comprensión que por diferencias de género, no le puede brindar (Ibid.).

La mujer se vuelve un refugio donde los demás acuden a curarse las heridas, a fortalecerse para de nuevo salir al mundo y luchar en contra de el, es el consuelo, la que siempre tiene que estar ahí para cuando sea requerida poder entregarse totalmente, y ella al cumplir esa función debe de sentirse completa, debe de cubrir en esa relación todas sus necesidades pues no es valido que busque su satisfacción emocional en otro tipo de relaciones (Ibid.).

En esta cultura, la mujer es quien escucha, ya que por su encierro, no puede intercambiar puntos de vista por lo que se considera que su opinión no es valida y por eso se le relega (Ibid.).

La casa en donde vive se convierte en su responsabilidad, en su obligación y en su mejor carta de presentación pues si esta bonita, limpia, arreglada es porque esta cumpliendo con sus obligaciones, y es una buena mujer, pero si esta descuidada, sucia, se dirá que esta descuidando sus labores y que e una mala mujer. Si la mujer falla en los quehaceres de su rol femenino, esta agrediendo, esta fallando a su feminidad, ponen en duda su ser porque se esta autonegando (Ibid.).

## **2.4 ¿POR QUE NO HAY CRÍTICAS AL ROL SOCIAL?**

Culturalmente la función de la mujer es el ser madre, es dar vida y desempeñar los cuidados hacia los hijos, para que se cumpla de forma aceptable esta función se debe evitar criticar al rol y lo que la cultura dice, es decir realizar textual lo estipulado por la sociedad y preservarlo, transmitiéndolo de generación en generación (Ibid.).

El creer en lo que está ya dicho evita problemas, evita conflictos internos, además justifica lo que pasa en nuestras vidas, adquiere un sentido, deja de ser un error.



No se cambia y se cuestiona por el miedo, porque la idea de ser abandonadas por los cambios es mayor que otra cosa, el temor de ser criticadas, de ser juzgadas por sus propias congéneres como fracasada, refuerza las conductas y aceptan su destino, pues no pueden ver las vías alternas que tienen para salir de su sufrimiento.

La mujer siempre está dispuesta a creer, cree en el amor, cree en su familia, cree en un Dios pero le falta lo más importante, no cree en ella misma. Por lo mismo no se cree capaz de vencer las adversidades que la sociedad le pone a una mujer sola y cree necesario el sentirse acompañada de alguien que la ayude cuando las cosas se puedan salir de control (Ibid.).

Si se cambia el orden de las cosas en la mente de la mujer, desea, por lógica hacer cambios en su núcleo familiar, que no compartirá su familia pues implica cambios en su estructura que no están dispuesta a realizar, es por eso que a veces resulta difícil el que las mujeres cambien pues su medio no le da las facilidades que necesita para conservar el cambio.

## **2.5 ENFERMEDAD MENTAL EN LA MUJER.**

Los procesos de salud/enfermedad femenina han sido abordados históricamente como procesos patológicos en sí mismos e inherentes a las mismas mujeres.

En la filosofía, el pensamiento dicotómico concibe a la mujer como representante del mal y la enfermedad mientras que el hombre representa la salud y el bien. Esta visión puede reproducirse en los saberes populares que se extienden a casi toda la sociedad (González, 1995).

La salud de las mujeres ha sido asociada a la reproducción, mientras que todas las funciones femeninas fueron identificadas como inherentemente

enfermas. La realidad es que el ejercer el rol es lo que realmente enferma a la mujer. Para Lagarde (1993), vivir la feminidad "significa vivir marcadas por la irracionalidad, la ignorancia; significa también vivir en la inferiorización, bajo diversas formas de discriminación, maltrato y violencia, ejercidas por los otros, y por las instituciones en todas las relaciones sociales" (p. 783).

Cuando no cumplen con su deber, cuando por lo mismo dejan de ser femeninas, están enfermas; las que por propia voluntad deciden estar solas, las que no tienen hijos, las que intentan cambiar el orden de lo establecido, están locas (Ibíd.).

Por más que se quiera hacer pensar que las mujeres nacieron locas, no es verdad, se vuelven locas por la sociedad, por la cultura, y los eventos de vida a los que se tiene que enfrentar, es entonces que la locura de las mujeres es el extremo de la especialización de la condición femenina.

#### **a) Prevalencia de la depresión.**

La APA, por medio de la National Task Force on Women and Depression a reportado que el riesgo de depresión en mujeres sobrepasa a los hombres en una proporción de 2:1. En Estados Unidos aproximadamente 7 millones de mujeres sufren depresión (McGrath, et al., 1995).

Caraveo, Colemanares y Saldívar (1999) reportan que en los E.U.A. la prevalencia de episodios de depresión mayor en personas mexico-americanas en los Angeles, California, es de 3.8% en hombres y 6.3% en mujeres.

Aquí en México, los datos son muy similares. En 1960 se realizó una encuesta por parte de la Dirección de Salud Mental donde 2.6 de cada 1000 habitantes padecían de psicosis maniaco depresiva. En 1976 Elorriaga (Citado en De la Fuente, et al., 1997) realizó otro estudio donde descubrió que 12 de cada

100 000 habitantes padecen depresiones psicóticas, siendo este padecimiento la cuarta causa de internamiento en el Distrito Federal

Gutiérrez y Tovar (Citado en De la Fuente, et al., 1997) analizaron la información de 11 unidades psiquiátricas de la Secretaría de Salud de 1973 a 1978 y encontraron que el 1.8% de los hombres que acudían a consulta externa padecía depresión mientras que el porcentaje de las mujeres era de 2.2%. Los porcentajes aumentaron en los pacientes que se encontraban internados: 2.6% era el porcentaje de hombres con depresión y 8% el porcentaje de mujeres. En otro estudio, Gutiérrez y Barilar (Citado en De la Fuente, et al., 1997) reportaron que en pacientes de consulta externa de servicios de salud mental de centros de salud del Distrito Federal, padecían psicosis depresivas el 4.5% de los hombres y el 3% de las mujeres.

Caraveo et al. (Citado en De la Fuente, et al., 1997) Encontraron en pacientes geriátricos que el 29% de los hombres padecían depresión mientras que las mujeres fueron el 35%.

En un estudio más reciente Caraveo et al., (1996) encontraron que un porcentaje de 2.8% de hombre y del un 4.7% de mujeres habían padecido depresión mayor en los 6 meses anteriores a la evaluación lo cual nos habla que padecen de depresión 1.8 mujeres por cada hombre en México.

Salgado de Synder y Díaz-Pérez (1999) realizaron un estudio en una población rural de Jalisco y encontraron que el 9.1% de la población femenina padecía depresión contra el 2.9% de hombres. De estas mujeres las que más sufrían este trastorno se encontraban entre los 30 y 49 años, sin escolaridad, las que estaban casadas, tenían cuatro hijos y trabajaban o se encontraban en ese momento desempleadas.

Como podemos observar, varios estudios han demostrado que la mujer padece mayor depresión que el hombre. A continuación veremos que factores de riesgo se presentan en la depresión de la mujer.

## **b) Factores de riesgo asociados a la depresión femenina.**

El cómo influye el género en la depresión no se puede explicar únicamente con el ciclo reproductivo de la mujer, pero sí podemos decir que los eventos reproductivos que son exclusivos de la mujer como son la menstruación, el embarazo, el nacimiento, el aborto y la menopausia pueden asociarse con la depresión o pueden servir como detonantes de episodios depresivos en mujeres que son vulnerables genéticamente (Pajer, 1995).

Como mencioné en el capítulo uno, los trastornos en el estado de ánimo como la depresión, también están reguladas por las hormonas. A lo largo del ciclo menstrual existen una serie de cambios hormonales que afectan el ánimo de las mujeres. Cuando se acerca el periodo de la menstruación surge el síndrome premenstrual el cual sus síntomas son: irritabilidad, hostilidad, ansiedad, cambios en los hábitos de sueño, en la ingesta de alimento, en la energía y en la libido y síntomas somáticos como son dolor de cabeza, náusea, etc. Los síntomas de la depresión son muy similares a los que se presentan en el síndrome premenstrual, la diferencia es que en este los síntomas duran de dos a tres días en el mes que además pueden disminuirse con cambios en la dieta y con ejercicios cognitivos conductuales (Ibid.).

Cuando una mujer está embarazada, hay de nuevo cambios hormonales, los cuales también pueden afectar el estado de ánimo de las mujeres al igual que el nacimiento y el aborto. La depresión durante el embarazo no es rara pero no ocurre con mucha frecuencia. Es más común la depresión postparto. Se estima que el 50 % de las mujeres han padecido de manera moderada síntomas depresivos en este periodo mientras que del 10 al 12 % han tenido síntomas de una depresión mayor (Ibid.).

Siempre se ha considerado a la menopausia como una etapa de alto riesgo para padecer depresión sin embargo no se ha podido demostrar que realmente las

mujeres sean inestables emocionalmente. En la menopausia hay un cese en la producción de hormonas el cual también puede causar síntomas de depresión. Si eso ocurre los medicos recetan una terapia de reemplazo de hormona lo que consigue que se reduzcan significativamente los síntomas (Ibíd.).

Es importante mencionar que además de los cambios hormonales que se sufren en cada uno de los eventos, intervienen aspectos psicológicos y sociales que los hacen más difíciles. Por ejemplo en el aborto existe siempre un sentimiento de culpa, sea con fundamentos o no, pues socialmente es una acción en contra de un ser humano. En la menopausia, la mujer siente que pierde su valor pues ya no puede cumplir con la labor de reproducción, función que se le asigna socialmente. Además de que ocurre a la par que los hijos se van y dejan "el nido vacío" confirmandoles, en caso de que todas sus actividades giren en torno a los hijos, que han dejado de ser seres productivos causándoles un sentimiento de inutilidad que termina en depresión (McGrath, et al, 1995).

Los factores psicosociales se pueden dividir en aspectos de la condición de la mujer y aspectos sociales que incluyen bajo nivel social, pobreza y agresión.

Las desventajas de la función social de la mujer en la sociedad actual conducen a una baja autoestima, dependencia y bajas aspiraciones, factores psicológicos todos ellos que se consideran que inducen a la depresión.

La depresión en la mujer también esta relacionada con ciertos estilos de pensamiento o cognición y personalidad, que son: pasiva, dependiente a conductas paternas, pesimista, estilos cognitivos negativos, y se concentran mucho en sus sentimientos depresivos (Ibíd.).

La pobreza es también un factor de riesgo para la depresión. El 75% de la población de escasos recursos son mujeres y niños. Las minorías de mujeres, mujeres drogadictas, lesbianas y mujeres profesionistas son también propensas a sufrir depresión y necesitan atención especial y soporte (Ibíd.).

Esto se debe a que dentro de los grupos de menores ingresos se manifiestan más los rasgos ligados al machismo y al síndrome de sumisión (Lara y Salgado, 1994). Un mayor tradicionalismo se observa en las mujeres donde se autodescriben como sumisas, pasivas, dependientes y poco seguras de sí mismas actitudes que se relacionan con sintomatología depresiva (Ibid). Alducín (Citado en Lara y Salgado, 1994) reporta menores niveles de satisfacción personales en las mujeres pobres. La OMS ha reconocido que un gran porcentaje de trastornos mentales como son la psicosis, la neurosis y trastornos afectivos menores, es padecido por personas de bajos ingresos. Esta situación tiende a aumentar, ya que cada vez es mayor el endeudamiento externo, el decremento en el producto interno bruto, el desempleo urbano y el proceso de urbanización desordenado en los países tercermundistas y en vías de desarrollo.

Así como con la pobreza, la agresión de cualquier tipo está asociado con la depresión en ambos sexos. En nuestra sociedad es más fácil que sea una mujer la agredida que un hombre (McGrath, et al, 1995) Cuando se estudia a las víctimas de violencia intrafamiliar se encuentran altos datos de depresión. En un estudio de 60 mujeres golpeadas Hilberman y Munson, (Citados en McGrath, et al, 1995) encontraron que la depresión era el trastorno que más frecuentemente les diagnosticaban.

Atkeson y Calhoun (Ibid.) reportaron que en un grupo de mujeres violadas que ellos estudiaron mostraron síntomas de depresión. El 19% de su muestra padecía una depresión severa mientras que el 26% padecía una depresión moderada. Roth y Leibowitz (Ibid.) entrevistaron a un grupo de adultos sobrevivientes de incesto y violación y encontraron que los temas más recurrentes en la auto descripción de las mujeres era desolación, ira, culpa lo que sugiere depresión dentro de este grupo. En un estudio realizado por Bagley y Ramsey (Ibid.) a mujeres deprimidas que han sufrido violencia, las mujeres que fueron abusadas sexualmente de niñas presentan elevados puntajes en el CES-D y presentan baja autoestima en otras escalas. Murphy et al. (Ibid.), encontró que mujeres que fueron abusadas sexualmente al ser niñas elevados puntajes de

depresión comparadas con un grupo control. Gidycz y Koss (Ibid.) reportaron que altos puntajes de depresión se muestran en mujeres adolescentes y en mujeres adultas cuando sufrieron abuso sexual en la infancia.

Las relaciones interpersonales pueden ser una fuente de gran satisfacción para las mujeres, pero al mismo tiempo, los problemas y la tensión en estas relaciones pueden ser un factor de riesgo para la depresión. Las obligaciones del rol femenino como son cuidar y brindar apoyo a otros son también un factor de riesgo para que la mujer padezca depresión y estrés. Al ser las mujeres el soporte de su familia y de sus amistades, puede "contagiarse" del estrés que padece la gente que la rodea (Ibid.). Dohrenwend (Ibid.) encontró que cuando se les pregunto a un grupo de hombres y mujeres acerca de eventos recientes que les hayan ocurrido a ellos, a los miembros de su familia o a otras personas importantes para ellos, una alta proporción de los eventos que reportaban las mujeres eran situaciones que vivían la gente a su alrededor. Wethington et al. (Ibid.), mostraron que los hombres se estresaban por problemas que sufrían sus hijos mientras que las mujeres, además de padecer estrés por los problemas de sus hijos, también lo padecían por problemas que presentaban otros miembros de su red social. Cohler y Lieberman (Ibid.) descubrieron que las personas que más se involucraban en sus relaciones interpersonales, más trastornos psicológicos sufrían, situación que no ocurría con aquellos que no se involucraban tanto en sus relaciones y en sus problemáticas.

Se sabe que las mujeres que se encuentran dentro de un matrimonio problemático son más propensas a sufrir depresión que las mujeres que están dentro de un buen matrimonio o que son solteras. En el matrimonio, los hombres más a menudo que sus parejas reportan que sienten que son comprendidos y se sienten seguros por sus cónyuges. Así como las relaciones pueden brindarle a la mujer satisfacción, Perlin and Lieberman (Ibid.) descubrieron que la mujer es más vulnerable que el hombre hacia la constante problemática que se vive dentro del matrimonio y esto se relaciona con los síntomas de depresión y ansiedad que

pueda presentar. Aneshensel (Ibíd.) reporta que las mujeres que están dentro de un matrimonio poco satisfactorio experimentan más depresión que mujeres que se encuentran en un matrimonio feliz o en mujeres solteras. Jack (Ibíd.) encontró que las mujeres casadas que padecían depresión se encontraban frustradas al intentar ubicar sus capacidades y sus necesidades dentro de los roles de esposa y de buena mujer. También reportaron estas mujeres sentirse solas dentro de las relaciones de desigualdad y distancia emocional. Weissman (Ibíd.) reporto que un matrimonio con problemas constituye un grave factor de riesgo en la salud mental de la mujer.

La situación laboral también es una causa de depresión en mujeres. Hoy en día la mujer tiene que trabajar y al mismo tiempo cumplir con las labores de una madre que es cuidar a los hijos y mantener en buen estado el hogar. Esta mujer se tiene que enfrentar a las críticas de la sociedad por no cumplir el papel de madre de forma adecuada y se tiene que enfrentar con la discriminación ocupacional y salarial por genero, que esta presente en los mercados de trabajo, esto provoca que las mujeres no cuenten con mayores recursos económicos en comparación con los hombres de igual escolaridad, calificación y origen social. El lugar secundario que asume la mujer frente al marido, que se supone aporta mas en lo económico aunque en ocasiones no ocurre de esta manera, o frente a sus hijos, la lleva a situaciones de desventaja nutricional y desatención a su salud. El hecho de que una mujer trabaje tanto en la casa como en el trabajo le reduce el tiempo de descanso y de ocio, actividades que el hombre mantiene intactas, tal vez este sea un factor que explique el porque la mujer es más propensa a la depresión que el hombre (Lagarde, 1993).

En un estudio comparativo de Lara y cols., que estaba formado por 103 madres trabajadoras y 108 amas de casa, las cuales estaban casadas y tenían una edad promedio de 31 años en ambos grupos, encontraron que las segundas reportaban mayor conflicto de roles, mayores niveles de depresión, somatización, tensión con la pareja, insatisfacción con la ayuda en el cuidado de los hijos, que el registrado con las mujeres empleadas. Otros datos relevantes fue que más de la



mitad de las mujeres tenían una autoestima baja y aun muy baja lo cual puede ser una reacción ante el medio, el cual perciben como abrumador. Algunas de ellas están concientes que el exterior las limita y reaccionan con un enojo justificado pero la gran mayoría tiende a autorreprocharse por no conseguir sus metas. Afectivamente tiene problemas para expresar sus sentimientos ya que presentan una hostilidad encubierta hacia lo que le rodea. Esta ambivalencia les genera altos niveles de malestar emocional que manifiestan en forma de depresión, inseguridad y ansiedad y en menor grado somatización y tendencias a una conducta autodestructivas, pueden ser vistos como la protesta y resistencia femenina ante las condiciones que viven (Lara y col., 1996b).

Como podemos ver, son muchas las condiciones que pueden causar que la mujer sea propensa a sufrir depresión, aunque esto no quiere decir que los hombres no la padezcan ya que ellos la esconden en otros tipos de patologías como es el alcoholismo.

Esto nos hace reconocer a la mujer como un grupo que necesita atención especial y lleva buscar la manera de brindarle la atención y las herramientas que ni la sociedad, ni la cultura le han brindado para salir de este constante estado de insatisfacción en el que se encuentra que la termina enfermando.

### CAPITULO 3.

## TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN.

"Dedicarse a cosas alegres como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar a nuestras danzas publicas." (Calderón, 1990, p. 13)

A continuación, haré una breve revisión de las terapias más importantes que se utilizan para tratar a la depresión y qué opciones le ofrecen en su tratamiento a las mujeres.

### 3.1 TERAPIA CON FÁRMACOS

El tratamiento de la depresión por medio de fármacos se recomienda en depresiones endógenas y acompañado de psicoterapia.

Una vez que se diagnostica un trastorno del estado de ánimo, se comienza el tratamiento de antidepresivos para disminuir los episodios de depresión y prevenir recaídas durante años y en ocasiones por toda la vida. Muchos pacientes sienten alivio al utilizar estos medicamentos. En varias pruebas que se han realizado a los antidepresivos existentes se han obtenido de un 65% a 85 % de alivio en los síntomas. A pesar de la mejoría de los pacientes, muchos expertos consideran que deben de seguir tomando antidepresivos como un método de prevención. En el trastorno bipolar se recomienda que en cuanto es diagnosticado el paciente, se comience el tratamiento farmacológico lo más pronto posible y que lo tome de por vida (The Harvard Mental Health Letter, 1998).

La mayoría de los antidepresivos influyen en la actividad del neurotransmisor monoamina y toma algunas semanas que empiecen a hacer efecto sobre el organismo. Hay tres grupos de antidepresivos. El primer grupo es de los tricíclicos los cuales aumentan los efectos de la norepinefrina, mediante el entencimiento de la reabsorción de las terminales nerviosas modificando la sensibilidad de los receptores. Los tricíclicos más utilizados son la imipramina, la amitriptilina, la desipramina y la nortriptilina. Estos antidepresivos fueron durante

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

muchos años el tratamiento predominante, pero fueron desplazados por los efectos secundarios que generan como son la sequedad de boca, visión borrosa, mareos, somnolencia, aumento en el peso corporal y dificultad para orinar. Ingerir más de la dosis prescrita puede ocasionarle la muerte. Al suspender el uso de este tipo de antidepresivo debe de ser de manera gradual para evitar la sensación de náusea e insomnio en el paciente (Ibíd.).

Otro grupo de antidepresivos son los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) los cuales interrumpen la acción de la enzima que cataliza la captura de la norepinefrina y serotonina. Los antidepresivos más importantes de este grupo son la tranilcipromina y la fenelzina. Estos se prescriben a los pacientes que no responden a otros antidepresivos, especialmente cuando sufren una depresión atípica o ataques de pánico. Los efectos secundarios de este grupo de antidepresivo son mareos, insomnio e impotencia (Ibíd.).

Hoy en día los psiquiatras prefieren utilizar los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que aumentan la actividad de la serotonina haciendo lenta la reabsorción de esta sustancia. El éxito del antidepresivo fluoxetina (Prozac), se debe a que tiene menos efectos secundarios que los tricíclicos y que en caso de que exista una sobredosis de este medicamento no hay riesgo de muerte. Los efectos secundarios que pueden llegar a provocar este tipo de antidepresivo son insomnio, agitación y reducción de respuesta sexual. (Ibíd.).

### **3.1 PSICOTERAPIA INTERPERSONAL**

La psicoterapia interpersonal es una técnica que se centra en la relación entre los problemas interpersonales del paciente y los síntomas de depresión (Glick, Yalom, 1999).

Esta terapia trata los problemas interpersonales sin meterse en conflictos inconscientes o en los esquemas de pensamiento. El terapeuta debe de tener una actitud muy cálida hacia el paciente y dar sugerencias directas sin perder la distancia. La duración del tratamiento es de 16 sesiones. La primera fase dura tres sesiones y tiene como objetivo diagnosticar al paciente, establecer el tratamiento y darle esperanzas. El diagnosticar al paciente no sólo implica determinar si existe o no depresión, es necesario saber cuáles son las situaciones interpersonales en conflicto, para así determinar cual es el foco del tratamiento. Una vez que se confirma que el paciente está deprimido y se conocen las situaciones conflictivas, el terapeuta le debe explicar qué es la depresión, cómo se relacionan sus problemas con estos síntomas y como la terapia le puede ayudar a sentirse mejor (Ibíd.).

En la segunda fase del tratamiento, que dura de 4 a 13 sesiones, los esfuerzos se concentran en la resolución de las situaciones conflictivas, una vez que se han identificado y se reconoce su relación con los síntomas de depresión. Los problemas interpersonales más comunes en la depresión son las disputas interpersonales que es cuando existen desacuerdos en sus relaciones y no encuentra la salida, volviéndose esta situación dañina tanto para el paciente como para la otra persona implicada; el duelo que se vive ante la pérdida de un ser querido que no se resuelve de manera satisfactoria y la transición de papeles, que es cuando la persona sufre un cambio importante en su vida como es el graduarse, el casarse, perder el empleo, y en lugar de enfrentarlos, los vive con depresión. Para estos problemas la terapia interpersonal promueve la negociación para resolver las disputas, busca que el paciente se enfrente a los sentimientos que le provocó la pérdida antes, durante y después de que ocurriera, los aspectos positivos y negativos de la relación que llevaba con la persona que ahora no está y el ver cómo puede empezar con nuevas relaciones que sustituirán a la pérdida y a vivir el duelo por la pérdida del rol anterior y ver las ventajas y desventajas del nuevo papel que asume haciendo notar las nuevas oportunidades que obtendrá a partir de su nueva situación.

En la etapa final del tratamiento se debe hacer notar los avances que se obtuvieron a raíz de éste y elaborar un duelo por la finalización de la terapia. También se debe de aclarar los síntomas de depresión y cómo se deben de enfrentar para evitar las recaídas (Ibíd.).

En el tratamiento de la depresión en mujeres, esta terapia se recomienda mucho pues se les enseña a manejar mejor los problemas que surgen en sus relaciones interpersonales (McGrath, et al, 1995).

Los problemas que existen con esta terapia es que no ofrece a los pacientes una evaluación crítica del contexto en el que se desarrollan por lo que no toma en cuenta cómo la cultura pone en riesgo de depresión a la mujer. Además de que el tiempo de tratamiento no siempre es suficiente y las pacientes no muestra mejoría en los síntomas (Ibíd.).

### **3.3 PSICOTERAPIA FAMILIAR.**

Es una intervención que trata de mejorar la manera en que la familia se desenvuelve y funciona para así proteger a la persona deprimida y a los familiares de las situaciones que generan estrés en ese momento de crisis y ante las que puedan surgir en el proceso además de disminuir los síntomas de depresión (Glick, Yalom, 1999).

Se considera esta terapia como una opción menos costosa de tratamiento de la depresión pues se puede convertir a la familia en los cuidadores del paciente enfermo de depresión, sobre todo en caso severos en los que puede existir la posibilidad de suicidio. La mayoría de los pacientes responden al tratamiento, pero recaen con mucha frecuencia. Por este motivo es importante que exista un sistema que apoye en las futuras crisis (Ibíd.).

Las metas que tiene esta terapia son: mejorar la percepción del propio valor y de la autoestima, aumentar la responsabilidad en el manejo de su propia

depresión, aumentar la capacidad de negociación, estimular la iniciativa, lograr una mayor capacidad en el manejo de crisis, incrementar el conocimiento de la depresión, estimular la esperanza de un cambio, disminuir la tensión a través de una comunicación más eficaz que ayude a resolver el conflicto. Estos objetivos pueden variar dependiendo las circunstancias de la familia (Ibíd.).

El modelo consta de cuatro fases, la primera es el contacto y evaluación donde se busca que la familia del paciente entienda que la depresión es una enfermedad que se puede curar y para eso se necesita su apoyo y compromiso en la terapia. También es necesario poner énfasis en lo positivo que existe en cada situación, a esta técnica se le llama re-enmarcar y es necesario subrayar los síntomas, brindando información sobre ellos, las conductas negativas, enfatizando las intenciones positivas, y las situaciones difíciles, destacando lo bueno que existe en ellas. En esta fase también es importante evaluar el medio ambiente que rodea a la familia y al paciente. Esto servirá para ver qué fuerza externa o interna se puede utilizar para sacar a la familia de la depresión y para saber qué puntos son vulnerables y se deben de atender. Por último es muy importante que exista un contrato de tratamiento donde se especifique qué pueden esperar ambas partes del tratamiento, se establece el límite de tiempo y se plantean metas realistas por mutuo acuerdo. También se deja en claro cada cuando serán las sesiones y qué estrategias se utilizarán para resolver el problema. Existirán ocasiones en las que el paciente necesitara sesiones individuales pues al ver todo de forma muy negativa, se negara a hablar de sus problemas con su familia, a medida que muestre mejoría, se le puede integrar a la terapia familiar (Ibíd.).

La fase dos es brindar apoyo e información para reducir las tensiones familiares, modificar los patrones de interacción y crear un ambiente de colaboración. También brinda información acerca de la depresión, ayuda a que el terapeuta demuestre que sabe por lo que está pasando el paciente y que comprende muy bien su situación. El tener conocimiento sobre la enfermedad

evita que la familia y el paciente vivan el proceso con culpas, pues consideran que ellos son los responsables de que se presente la enfermedad (Ibid.).

La fase tres consiste en aplicar los principios aprendidos durante el proceso y mantener las ganancias; conociendo el como puede recaer una persona, se busca que el paciente aprenda a manejarse con ella a lo largo de su vida y que su familia le dé el apoyo que necesite para lograr manejar sus síntomas. También se necesita poner límites en esta etapa, ya que por la condición del paciente, disminuyeron algunas actividades que no podía realizar pero que al haber mejorado, debe retomar sin sentirse agredido por su familia. Esta reincorporación a sus actividades anteriores servirá para que el paciente se sienta productivo nuevamente y su autoestima se mantenga elevada (Ibid.).

La fase 4 se le conoce como finalización gradual donde hay que aumentar el tiempo entre sesión y sesión para evitar que exista una dependencia entre el terapeuta y la familia. (Ibid.).

Esta terapia ha obtenido buenos resultados al aplicarla a mujeres deprimidas, sin embargo, en culturas como la nuestra, no siempre se puede llevar a cabo ya que los otros integrantes de la familia no aceptan entrar a un proceso terapéutico donde el foco de atención es la madre, ya que no consideran que sean parte del problema, es algo que la mujer debe de resolver por su propia cuenta (McGrath, et al, 1995).

### **3.4 PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA.**

Esta terapia busca aliviar el sufrimiento del paciente iniciando una relación de apoyo y de confianza con el terapeuta que permitirá que el primero comparta su sufrimiento personal y que se comprometerá con el tratamiento. Entre los objetivos más importantes está reconstruir la vida psicológica después de que el paciente sufre depresión (Glick, Yalom, 1999).

La base de las relaciones terapéuticas en el psicoanálisis es la transferencia. Además, en función del tipo de depresión se establecen distintas estrategias. Las principales son: realizar un análisis de su biografía que muestre la relación patológica establecida con el objeto y destacar como se eligió como forma de lograr una mayor autoestima. Valorar el yo y relacionarlo con los fracasos existentes, así como subrayar lo ilegítimo de ese ideal y su posible origen en exigencias de individuos en el peso personal (Chinchilla, 1999).

La psicoterapia saca a la luz los temas que el paciente tiene a nivel inconsciente, creencias que paciente se formó desde la infancia y ahora ya no son válidas y que fomentan la personalidad depresiva (McGrath, et al, 1995).

Durante el proceso terapéutico, se le informa al paciente sobre sus rasgos de personalidad y como estos lo tornan vulnerable para sufrir depresión pero que esto no implica que toda su vida deba de sufrir depresión inevitablemente. Para demostrarle que no toda su vida ha sufrido depresión se hace un análisis de su biografía. Se busca que el paciente se percate de que las exigencias que se hace a si mismo se deben a que busca obtener la aprobación de personas significativas y por lo mismo toma actitudes sumisas para reprimir su agresión. Al tener esta actitud sumisa, existe una devaluación y baja autoestima que el terapeuta ayudara al paciente a mejorar tratando de cambiar el rol sumiso aceptando sus limitaciones y que puede estar en armonía con el medio que le rodea. Es importante que al finalizar la terapia el paciente supere la dependencia creada con el terapeuta (Chinchilla, 1999).

La terapia puede llevarse mucho tiempo ya que se busca que se resuelvan los conflictos de la infancia. Para la depresión femenina puede ser funcional este tratamiento ya que no sólo quita el síntoma, también la ayuda a resolver los conflictos que lo originan, sin embargo, al ser muy lenta la disminución de los síntomas no es un programa tan fácil de implementar en los servicios de salud mental ya resulta ser muy costosa y no se cuentan con los recursos suficientes,



por lo que no se puede mantener a los pacientes tanto tiempo en tratamiento, aunado a que por su condición social, las mujeres desean mejorar su estado de ánimo lo más pronto posible para retomar sus actividades, dejarían inconcluso el proceso (Glick, Yalom, 1999).

### **3.5 PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

Es una terapia breve, estructurada que se puede aplicar muy bien en el tratamiento de la depresión. Los objetivos que debe de cumplir la terapia cognitivo conductual son: modificar los síntomas objetivos, detectar y modificar los pensamientos automáticos producto de las distorsiones cognitivas, e identificar los supuestos personales para poder modificarlos (Beck, 1983).

De acuerdo con Beck, (Ibid.) en las primeras dos sesiones, se busca que el paciente comprenda que la relación entre sus pensamientos, su conducta y su estado emocional, para esto se le enseña a utilizar una hoja de autoobservación que le ayudara a ver como sus pensamientos negativos modifican su conducta y alteran su estado de ánimo. También se deja en claro cómo va a ser el proceso terapéutico y que pueden existir recaídas, que jugarán un papel importante durante el tratamiento. Las siguientes tres sesiones servirán para utilizar técnicas cognitivas y conductuales para modificar el estado depresivo y los pensamientos automáticos asociados.

Las siguientes tres sesiones se emplean para analizar los supuestos personales del paciente y se dejarán tareas para que comprueben la validez de éstos. Las siguientes sesiones son de seguimiento y ayudan a ver si los pacientes aplican en la vida diaria los ejercicios que se aprenden durante el proceso terapéutico (Ibid.).

Al asumir las mujeres la responsabilidad de los eventos negativos que ocurren en sus vidas y considerar que no tienen el poder de cambiarlos, porque la cultura las lleva a pensar de esta forma, la terapia cognitivo conductual se vuelve una de las mejores opciones de tratamiento ya que puede conseguir, por medio

del aprendizaje del control de sus pensamientos, que se den cuenta del poder que tienen sobre sus vidas. Es así como aprenden a enfrentarse a las situaciones problemáticas, a organizar su tiempo, a ser más asertivas ante las demandas del medio. También la terapia les brinda la oportunidad de ver que los síntomas de depresión se pueden controlar, se pueden manejar y que no son aspectos inherentes a ellas de los cuales no se pueda deshacer (McGrath, et al, 1995).

El inconveniente de este tratamiento es que para que se conserve esta disminución en los síntomas es necesario que la paciente se comprometa a realizar las actividades cognitivoconductuales de manera constante, ya que suelen existir muchas recaídas después del proceso terapéutico (Ibíd.).

Para el tratamiento de la depresión en la mujer es importante tomar en cuenta los siguientes factores de riesgo:

Si ha existido abuso y/o explotación, si cuenta con apoyo social, cual es su nivel socioeconómico, si utiliza alguna sustancia y cual es su actual estado de salud físico. También se debe de tomar en cuenta si algún familiar ha padecido alguna enfermedad mental, cómo fue su desarrollo, si en el pasado fue víctima de abuso sexual, cuales son sus valores y la forma en que se enfrenta a los problemas (Ibíd.).

Los terapeutas que trabajan con mujeres con síntomas de depresión deben de tener un amplio conocimiento acerca de la etiología y tratamiento de este trastorno tomando en cuenta las diferencias de género, así como entender las necesidades especiales que tiene la mujer y que existen varias formas en que puede expresar su depresión, dependiendo su realidad (Ibíd.). Independientemente el tipo de terapia, el terapeuta debe de buscar que el paciente realice actividades placenteras, que aumente las interacciones sociales a medida que se sienta mejor, que disminuya la tensión por medio de técnicas de relajación, que aumente su aprendizaje en las relaciones sociales, que resalte los hechos positivos sobre los negativos, que valore y refuerce sus esfuerzos y se incorpore a sus actividades de forma gradual (Chichilla, 1999).

## CAPITULO 4.

### INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA DEPRESIÓN EN MUJERES.

"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" (Lara, 2002, p. 163.)

Tomando en cuenta la alta frecuencia con la que se presenta la depresión en las mujeres y que es muy limitada la atención que se brinda a personas de escasos recursos, Lara y cols. (1999) buscaron responder a la situación y diseñan un programa dirigido exclusivamente a mujeres que busca disminuir en forma eficaz y eficiente los síntomas de depresión por medio de una intervención psicoeducativa. Antes de hablar de la estructura de esta intervención, hablaré brevemente sobre las características de las intervenciones psicoeducativas.

#### 4.1 INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA.

Se utiliza el término psicoeducativo para hablar de los grupos que destacan la autoayuda y brindan información que cada participante puede utilizar en un programa autoadministrado de desarrollo y crecimiento personal. (Caballo, 1995)

El enseñar constituye el principal objetivo y actividad del terapeuta. La enseñanza se centra en las causas de las emociones y cómo se puede vigilar sus propios pensamientos y adoptar alternativas a los pensamientos disfuncionales. En general, los grupos psicoeducativos tienen un tiempo limitado, y están muy estructurados. Los grupos podrían reunirse desde un mínimo de una o dos sesiones hasta un máximo de quince. Los miembros del grupo pueden ser un auditorio pasivo que escuchase conferencias ayudadas por material audiovisual, o bien que entablase discusiones limitadas con uno o más de los líderes del grupo (Ibid.).

La psicoeducación confía a menudo en lecturas sugeridas o recomendadas de libros populares cognitivoconductuales de autoayuda. Se pueden asignar

tareas para casa escritas y conductuales, especialmente si el grupo se reúne mas de una o dos veces. Estas tareas pueden discutirse en las reuniones de grupo (Ibid.).

#### **4.2 ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN.**

Las intervenciones psicoeducativas que han servido como base para la estructuración de esta intervención son las siguientes:

En Canadá, atendiendo a las necesidades en salud que requieren las mujeres, se crea el programa preventivo "Women and Stress", que es un programa de la UCFO (Union Culturelle des Franco-ontariennes) que está diseñado para mujeres de todas las edades de comunidades rurales, semirurales y urbanas para combatir el estrés. El tiempo del programa son seis sesiones semanales de dos horas cada una el cual busca incrementar la habilidad de los participantes a hacerse cargo de sus vidas para así manejar mejor su salud física y mental. El número máximo de participantes de cada programa es de quince personas. La primera semana se enfoca en hablar de la naturaleza del estrés para así entender mejor sus causas, síntomas, y efectos en las participantes. La siguiente parte del programa se enfoca en darles a las participantes estrategias que les ayuden a luchar contra el estrés (Adam, 1989).

El programa con el que trabajan es el siguiente: 1ª sesión: ¿Estrés yo?, 2ª sesión: Escuchando a mi cuerpo, 3ª sesión: Identificando las causas de mi estrés, 4ª sesión: Controlando mi estrés, 5ª sesión: Organizando mi estrés y por ultimo 6ª sesión: Enfrentando mi estrés.

Los estudios realizados a este programa para ver su efectividad han dado como resultado que las participantes se sentían satisfechas con lo que les había dado el programa y sus resultados (Ibid.).

En Europa se realizó un proyecto psicoeducativo para la depresión llamado ODIN (The Outcomes of Depression International Network), en países como Irlanda, Finlandia, España, Reino Unido y Noruega. Se idearon dos intervenciones las cuales fuera sencillo el llevarlas a cabo en poblados donde no se contara con gran infraestructura en el sector salud (Dowrick, et al., 2000).

La primera de ellas es el tratamiento por resolución de problemas. Este tratamiento consta de 6 sesiones y puede aplicarlo cualquier profesionalista de la salud. Es igual de efectivo que la farmacoterapia para los caso de depresión severa. La otra intervención es psicoeducativa que busca la instrucción no terapéutica y promueve la relajación, el pensar positivo, realizar actividades que generen placer y el desarrollo de habilidades sociales. El curso consiste en doce sesiones de dos horas durante 8 semanas. Estos grupos estaban abiertos tanto a mujeres como a hombre, siempre y cuando tuvieran entre 18 y 65 años, y que presentaran síntomas depresivos (Ibid.).

Los resultados que se obtuvieron al comparar ambos tipos de intervención fueron: La resolución de problemas fue mejor aceptada dentro de la comunidad que la intervención psicoeducativa. Dos tercios de la población que estuvo en el grupo de resolución de problemas terminaron el curso mientras que el grupo de intervención psicoeducativa sólo terminó la mitad. Referente a la disminución de síntomas, ambos grupos en las evaluaciones a seis meses mantenían los resultados positivos. Al final se concluyó que ambos grupos son muy recomendados para el tratamiento de la depresión, tanto en zona rural como en zona urbana, ya que reduce la severidad y la duración de los trastornos depresivos y mejora el funcionamiento social. Además de que el personal que interviene en estos cursos es fácil de capacitar (Ibid.).

Ricardo Muñoz y cols. (1996) en la universidad de California, diseñaron un programa de intervención psicoeducativa para hombres y mujeres con depresión, la cual consta de ocho sesiones semanales de dos horas que tiene como objetivo

enseñar a controlar su estado de ánimo negativo. Este curso es muy similar a la terapia cognitivo conductual de corta duración para pacientes con depresión mayor pero no es una terapia, es una intervención psicoeducativa donde se les da a las participantes información que las ayudara en su crecimiento personal. La intervención cubre los siguientes tópicos: una introducción a la depresión, teoría del aprendizaje social, autocontrol, análisis de cómo influye los pensamientos, las actividades y las interacciones interpersonales afectan el estado de ánimo, como identificar y modificar esos pensamientos, actividades, y contactos con personas que más afectan el estado de ánimo de las participantes, como el estado de ánimo presente cambia cuando se incrementan o disminuyen ciertas conductas, pensamientos, o contactos interpersonales, entrenamiento para la relajación.

Los resultados obtenidos por esta intervención han demostrado que se reducen significativamente los síntomas de depresión, así disminuye los síntomas somáticos de las participantes, situación que se mantiene baja a lo largo del tiempo, por lo menos a un año de distancia de la intervención. El autor propone que deben hacerse evaluaciones a dos años para ver si se mantiene a lo largo del tiempo los resultados obtenidos por la intervención (Ibíd.).

### **4.3 INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA MUJERES DEPRIMIDAS.**

#### **a) Objetivos de la intervención.**

Esta intervención psicoeducativa, tiene como objetivos:

1. Proporcionar información sobre la depresión, que permite que las mujeres eliminen el estigma asociado al trastorno, y que reconozcan los síntomas de la depresión, lo cual les permitirá tomar medidas adecuadas.
2. Promover la reflexión a partir de las experiencias propias.

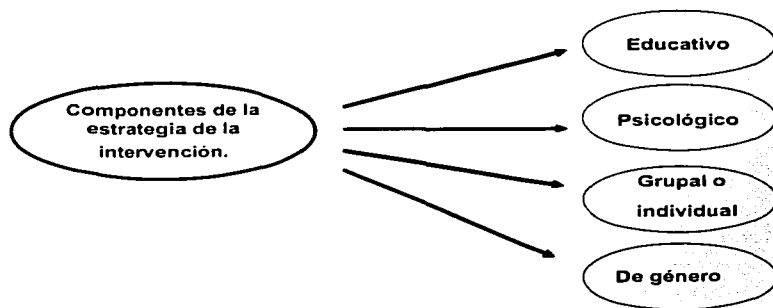
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3. Facilitar las condiciones para compartir las experiencias tanto dentro como fuera del tratamiento.
4. Motivar a las participantes a realizar las actividades de autoayuda que vienen en el material educativo.
5. Motivar, en caso de ser necesario, a la búsqueda de ayuda especializada (Lara y cols., 2001).

**b) Componentes de la intervención psicoeducativa.**

Esta intervención esta constituida por cuatro componentes.

**Figura 4.1 COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN.**



A continuación explicare cada uno de ellos:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **1. Componente Educativo.**

La facilitadora debe de crear un ambiente donde las participantes puedan hacer suyos los conocimientos teóricos y prácticos que se ofrecen en la intervención para que puedan reflexionar acerca de su condición, y cambiar sus actitudes y forma de actuar. Para el aprendizaje es necesario que las participantes sean parte activa de el, con sus experiencias, con sus problemas, con su historia (Ibid.).

En la Figura 2 se puede observar la interacción que se da entre la facilitadora, las participantes y como se utiliza el material educativo.

## **2. Componente Psicológico.**

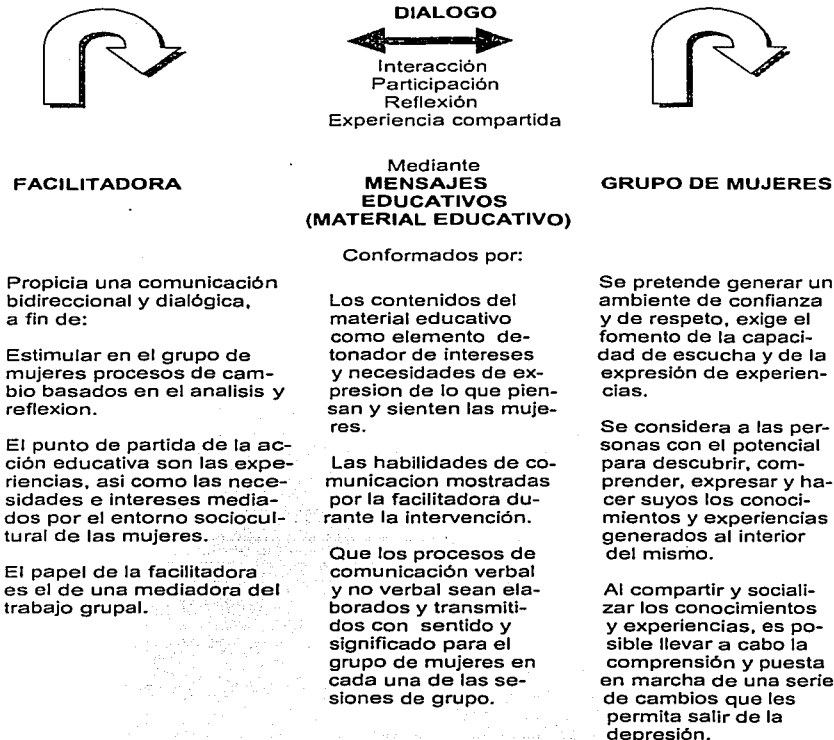
La intervención psicoeducativa no es una psicoterapia como tal. Es una intervención que busca disminuir los síntomas por medio del mejoramiento de la autoestima, la expresión de sentimientos, la reflexión y la aplicación de técnicas cognitivoconductuales. Con la aplicación de estas técnicas se espera modificar la forma negativa de pensar de las participantes para reestructurar la visión que tiene del medio que le rodea (Ibid.).

En esta línea en varios artículos se menciona la importancia de utilizar estas técnicas con pacientes deprimidos y su eficiencia. Wright y Borden (1991) consideran que los pacientes deben de identificar sus problemas más importantes y pensamientos negativos para trabajar sobre ellos mediante el análisis de creencias, de pensamientos y emociones para así crear nuevas alternativas que por lo negativo del pensamiento no eran capaz de ver.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 4.2 Componente Educativo.**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En esta línea Covi, Roth y Lipman (1982) creen que las técnicas de autoobservación ayudan a percibir la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo. Además reconocen la importancia de realizar tareas en casa ya que aprenden mejor las participantes y el tratamiento es más eficaz ya que ellas se vuelven sus propias terapeutas, lo que ayuda a que no exista una dependencia entre la facilitadora y las participantes.

El hacer que las mujeres recuerden sus experiencias de la niñez permite que se resuelvan conflictos ya que mediante esos recuerdos se puede observar como se percibe, como percibe a los demás, como percibe al mundo y como surgieron las creencias erróneas que tiene y porque les da una validez aunque no siempre lo sean en su vida cotidiana (Last, 1997).

En 1995 Pennebaker y sus colaboradores demostraron que aquellas personas que se dedicaron a escribir sus problemas 20 minutos al día de manera constante, fueron más sanos que los individuos que no lo hicieron. Consideran que el escribir es una técnica terapéutica muy poderosa ya que cuando logran sacar sus sentimientos las mujeres de estos grupos, que por lo general tienden a guardar, hacen catarsis y surge el insight que les permitirá trabajar con sus emociones, además de que es una actividad relajante. Otra de las ventajas de escribir sus problemas es que así es más fácil encontrar la relación entre la depresión y los pensamientos. Lepore (1997) habla de que existe una necesidad de expresar los sentimientos cuando una persona se encuentra en una situación difícil, muchas veces estas emociones no se pueden expresar porque no se cuenta con quien hacerlo o porque no se le permite expresarlos. Las mujeres entran en esta situación y una de las mejores formas para expresar su sentir es a través de la escritura.

### **3. Componente grupal e individual**

La facilitadora, tanto en la intervención individual como en la grupal es un factor importante en el proceso, su actitud permitirá que las participantes se sientan en confianza o no para cumplir con los objetivos del curso (Lara y cols., 2001).

La facilitadora debe de ser honesta al momento de dar apoyo o interesarse en los problemas que relatan las participantes, debe de evitar emitir juicios respecto a lo que deben de hacer las mujeres y ser empática para así comprenderlas verdaderamente. Además de que debe de saber escuchar, poner atención; paciente y que sepa motivar para lograr la participación de cada una de ellas (Ibid.).

Tanto en el grupo, como en la intervención individual, se debe de crear un ambiente de confianza donde las participantes se sientan libres de expresarse. Las mujeres deben de sentir que realmente se les está tomando en cuenta; para esto la facilitadora debe de ser puntual, debe de dirigirse a ellas por su nombre, las debe animar a que hablen de sus problemas recalcando que todo lo que sienten es importante y valido. Aunque las participantes deseen que la facilitadora las haga reflexionar brindando consejos o sugiriendo algunas soluciones, esto no significa que deba hacer interpretaciones del discurso de las mujeres. La facilitadora debe de mostrar "un optimismo realista" y hacerles saber que hay muchas mujeres que se han beneficiado del taller y que ellas también pueden, para esto siempre hay que reconocer los cambios y reforzarlos. En caso de que sea difícil el proceso, sería importante brindarles el apoyo que necesitan y no presionarlas para que cambien. En la intervención grupal es importante favorecer que las integrantes se respeten, que no emita juicios entre ellas y que no exista competencia o antagonismo (Ibid.).

#### **4. Componente de género.**

En esta relación facilitadora-participante, facilitadora-grupo, es importante que se analice el ser mujer y cómo se refleja en la vida cotidiana: en cómo se relacionan en el trabajo, en la familia, en la pareja y cómo pueden ser esas relaciones, si son subordinadas o existe discriminación. Relacionar estos factores con la salud mental de la mujer y cuestionar lo establecido por los roles de género para saber qué es sano y que lleva a la mujer a la enfermedad para así poder reconstruir las creencias que lleven a las participantes a una mejor salud mental. Las cuestiones que se abordan son: el papel de la mujer en la sociedad, el malestar emocional que puede generar esta posición, cuestionar la distribución de actividades dentro del hogar, analizar creencias que se tienen muy arraigadas sobre lo que significa ser mujer, la forma en que aman y que debe de sufrir. Es importante que no se quede solo en cuestionar, se debe de motivar a la mujer a tener una actitud diferente, donde se valore más, dándose tiempo y espacio, que deje de existir la rivalidad que evita que se formen grupos que brinden apoyo cuando lo necesitan (Ibíd.).

En esta línea, autores como Paula Jonson (1976) considera importante que se le recalque el poder que tiene la mujer, el valor como persona y que se le enseñe nuevas formas de utilizarlo, no las tradicionales; que realmente empiece a confiar en ella y que se sienta capaz de realizar cualquier cambio por duro que parezca.

#### **c) Estructura de la intervención.**

La duración de la intervención en la modalidad grupal es de 6 sesiones semanales de 2 horas cada una. El número de participantes no debe exceder a 15. La duración de la modalidad individual es de una sesión de aproximadamente entre 20 minutos y una hora. El material educativo con el que debe de contar

cada participante es el libro *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión* (Lara y cols., 2000), una libreta y los recordatorios<sup>1</sup> que se les proporciona al final de cada sesión. A ambos grupos se les informa que después serán contactadas, al grupo de IG será a los 15 días mientras que el grupo de IIM al mes y ambos grupos a los tres meses de haber finalizado la intervención para saber como han ido trabajando con el libro y si se les ha dificultado el llevar a cabo las actividades sugeridas en el curso. Además de que se les preguntara su opinión acerca de la intervención y como ha influido en su vida el haber participado en ella y se evalúan los síntomas de depresión, ansiedad y somáticos.

## 1. Modalidad Grupal.

La primera sesión busca que las participantes conozcan a la facilitadora y se conozcan entre ellas, que conozcan su nombre, edad estado civil, ocupación y el por que acudieron a la intervención, para que emplecen a darse cuenta de que tienen cosas en común. También en ese momento se deben de conocer las expectativas de las participantes hacia el curso pues en ocasiones son muy elevadas y es necesario ubicarlas en lo que les puede brindar la intervención. En esta sesión se dejan en claro las reglas del taller<sup>2</sup>, las cuales permitirán que las participantes se sientan en un ambiente de confianza donde puedan dar su punto de vista sin que sientan que están siendo juzgadas; asimismo se establece que estar en este taller implica un compromiso de participación durante el mismo y su asistencia. Se les explica la importancia del material educativo, es decir, del libro ya que será de utilidad durante todo el curso. En esta sesión se leen la parte del libro *¿Es difícil ser mujer? Una Guía sobre depresión* (2000) donde explica cómo utilizar este material, qué es la depresión y la forma de pensar de una mujer deprimida<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Los recordatorios son afirmaciones que se presentan en tarjetas de colores que contienen las ideas más importantes de cada sesión. Su función es recordarle a la participante el punto sobre el cual debe de trabajar durante la semana.

<sup>2</sup> Cuando hablo del curso o del taller, me refiero al mismo tipo de intervención grupal.

<sup>3</sup> La estructura de cada una de las sesiones de la intervención grupal se muestra en el anexo B.

Después de cada lectura se hace una discusión de los puntos que abarca y se relacionan con experiencias personales de cada una de las participantes. Al final de la sesión se hace un resumen de todo lo que trató y se dejan de tarea las reflexiones del final de cada capítulo y se les proporciona el recordatorio (Lara y cols., 2001). De la sesión dos a la tres se da lectura a los factores que deprimen a la mujer, tanto la historia infantil, los acontecimientos de vida, como la condición social de la mujer. Siempre al comenzar cada sesión se analizarán las actividades que se dejaron como tarea y después de cada lectura se discutirán los puntos más importantes. Al final de la sesión se les asignará una nueva tarea y se les dará un nuevo recordatorio (Ibid.).

En la cuarta y quinta sesión, se enseñan ejercicios cognitivoconductuales como definir qué es lo que les pasa, revalorizar su persona, cambiar sus creencias, y modificar la forma en que perciben el medio ambiente. En la última sesión, se enseña el ejercicio nuevas maneras de comportarnos, se establece un compromiso conductual y se les da opciones de a dónde ir en caso de que sientan que necesitan más ayuda. Es importante que exista un cierre donde se les debe de hacer sentir a las participantes que su esfuerzo a valido la pena y obtendrán más resultados a medida que sigan realizando los ejercicios (Ibid.).

## **2. Modalidad Individual.**

En la intervención individual sólo hay una sesión donde se lleva a cabo una entrevista a la participante y se le explica cómo usar el material. Se le explica cómo usar el material educativo. Esta intervención consta de tres fases: la primera donde se realiza la evaluación inicial; que es el tiempo que por lo general la participante utiliza para hablar de los problemas que ha padecido a lo largo de su vida; en la segunda fase la orientadora explica el contenido del material psicoeducativo, los objetivos, el cómo utilizar el libro, la estructura de los capítulos

y le proporciona los recordatorios y le explica su función. En la última fase, la orientadora le habla acerca de que aunque hagan los ejercicios cognitivos conductuales puede recaer y de lo importante que es en esos momentos poner en práctica lo aprendido en el libro (Ibíd.).

#### **4.4 INVESTIGACIONES ANTERIORES REALIZADAS A ÉSTA INTERVENCIÓN.**

Lara y col. (1999), realizaron un estudio de factibilidad en un grupo de mujeres donde la intervención fue de 4 sesiones, que fueron evaluadas antes de la intervención, quince días y cuatro meses después y obtuvo que el 71% de las mujeres que participaron en las tres evaluaciones presentaron sintomatología depresiva en la evaluación preintervención, porcentaje que disminuyó en la evaluación a 15 días donde sólo el 43% presentó síntomas severos. Para la evaluación a cuatro meses de la intervención el porcentaje aumento a 64% pero se mantuvo por debajo del porcentaje inicial.

Treinta y seis por ciento de las participantes presentaron síntomas somáticos en la evaluación preintervención, porcentaje que se mantuvo en la evaluación a 15 días y que disminuyó a 29% en la evaluación a cuatro meses.

En el mismo estudio se evaluó la efectividad de la intervención grupal con una duración de una sesión de dos horas. En este ensayo sólo se evaluaron a las participantes antes de la intervención y 15 días después y se encontró que el 84% de las participantes presentaban síntomas de depresión en la evaluación preintervención, porcentaje que disminuyó a 33% en la evaluación a 15 días. Cuarenta y dos por ciento de las participantes presentaron síntomas somáticos en la evaluación preintervención, porcentaje que disminuyó a 21 % en la evaluación a 15 días.

En otro estudio (Lara y col., 2003) se evaluó la efectividad de dos modalidades de intervención (intervención grupal e intervención individual mínima) en la reducción de síntomas depresivos, síntomas somáticos, ansiedad y autoestima mediante un diseño comparativo de tres evaluaciones (preintervención,

seguimiento a 15 días de la intervención , seguimiento a cuatro meses de la intervención). Se evaluaron a 93 mujeres que participaron en la intervención grupal y 42 mujeres de la intervención mínima individual. Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre los tipos de intervención pero sí existen entre la fase de evaluación tanto en síntomas de depresión, como en síntomas somáticos, como en ansiedad y autoconcepto pues existe una disminución de la preintervención al seguimiento a 15 días y de la preintervención al seguimiento a cuatro meses. Otros resultados mostraron que se logró motivar a las participantes a realizar las actividades de autoayuda sugeridas dentro del material psicoeducativo (darse tiempo para ellas mismas, cada semana, utilizar la escritura para alejar los problemas, hablar con alguien acerca de sus problemas y llevar a cabo los ejercicios cognitivo-conductuales) y a buscar ayuda profesional en caso que fuera necesario. Además reportaron que se sentían satisfechas con la ayuda que se les brindo en los talleres.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **CAPITULO 5 METODO.**

### **5.1 Pregunta de investigación.**

Las preguntas que se plantearon en este estudio fueron:

Si a dos años de haber terminado la intervención psicoeducativa se mantienen los cambios en los síntomas depresivos en relación a la evaluación a cuatro meses.

Si los puntajes de los síntomas depresivos a dos años de la intervención son inferiores, iguales o superiores a los obtenidos en la preintervención.

Si a dos años de haber terminado la intervención psicoeducativa se mantienen los cambios en los síntomas somáticos en relación a la evaluación a cuatro meses.

Si los puntajes de los síntomas somáticos a dos años de la intervención son inferiores, iguales o superiores a los obtenidos en la preintervención.

Si a dos años de haber terminado la intervención psicoeducativa, la evaluación subjetiva del programa por parte de las participantes se mantiene el nivel de satisfacción en relación al seguimiento a cuatro meses.

### **5.2 Objetivo.**

Los objetivos de la intervención son:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1) Evaluar los efectos a dos años de una intervención psicoeducativa en una submuestra de 40 mujeres con síntomas depresivos, sobre los síntomas depresivos y los síntomas somáticos.

2) Estudiar a dos años, la evaluación subjetiva que las participantes realizan sobre la intervención misma.

3) Observar si se relacionan los síntomas de depresión con los síntomas somáticos.

4) Evaluar si existen diferencias entre el grupo de intervención grupal y el grupo de intervención mínima.

### **5.3 Hipótesis.**

No se espera que se mantenga la reducción de los síntomas de depresión y somáticos vista en el seguimiento a los 4 meses a los dos años de éste, sino que probablemente se incrementaran aunque a un nivel no mayor al de la línea base.

La evaluación subjetiva, por parte de las participantes de la intervención no se mantiene a dos años de esta en comparación a la evaluación de cuatro meses.

Si se presenta una correlación entre los síntomas de depresión y los síntomas somáticos.

No existen diferencias significativas entre el grupo de Intervención Grupal y el grupo de Intervención Mínima.

### **5.4 Variables.**

*Las variables del estudio son:*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) *Variables sociodemográficas.* Edad, estado civil, composición del núcleo familiar, ingreso, ocupación, escolaridad.
- b) *Síntomas de depresión.* Se midieron de acuerdo con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977). Es una escala de autorreporte que consta de 20 reactivos y mide sintomatología depresiva en población general.
- c) *Síntomas somáticos.* Se midieron de acuerdo a la escala de somatización del SCL-90 (Symptoms Checklist) descrita por Derogatis en 1978. Evalúa la presencia de síntomas relacionados con dolencias físicas, tales como: dolores de cabeza, náuseas, estremecimiento u hormigueo en diferentes partes del cuerpo, etc.
- d) *Evaluación subjetiva.* La opinión que tienen las mujeres participantes de la intervención; se investigó con 7 preguntas abiertas.

### **5.5 Diseño de investigación.**

Se trata de un estudio comparativo entre el grupo de intervención grupal y de intervención individual mínima con evaluaciones preintervención, seguimiento a cuatro meses y seguimiento a dos años. Este trabajo sólo obtuvo los datos a 2 años, pero se compararon con los anteriores ya existentes en la base de datos.

### **5.6 Sujetos.**

La población está constituida por mujeres que fueron contactadas en los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa, Santa María la Ribera, Zacatenco y en el Centro de Salud de la S.S.A. "José Castro Villagrana" tras la promoción comunitaria realizada con el fin de invitarlas a tomar un curso sobre depresión, dirigido a mujeres con riesgo de depresión. Los criterios de inclusión fueron: tener de 20 a 45 años, que pudieran leer un material sencillo, y

que presentaran síntomas de depresión. Los criterios de exclusión fueron: embarazo, no saber leer, padecer alguna enfermedad mayor o terminal, consumir excesivamente sustancias, padecer trastorno bipolar o la presencia de indicios que indiquen la presencia de psicosis o daño orgánico e intento de suicidio. Las mujeres que cumplieran con los criterios, fueron evaluadas antes de la intervención.

De las 135 participantes mencionadas anteriormente, se eligió aleatoriamente una submuestra de 40 participantes por medio del procedimiento de tómbola o al azar, el cual consistió en numerar todos los casos y hacer fichas por cada uno; se revolvieron en dos tómbolas, una del grupo de intervención individual mínima y otra del grupo de intervención grupal y se sacaron 40 fichas, 20 del primer grupo y 20 del segundo. Los números que fueron elegidos al azar conformaron la muestra. Se decidió que fueran 40 sujetos por el corto tiempo y el poco presupuesto con el que se contaba para hacer esta fase del proyecto y porque era el número de sujetos que permitió utilizar las pruebas estadísticas correspondientes. Cuando alguna participante no podía ser contactada se le reemplazo con el numero inmediato anterior, en caso de que este ya hubiera sido seleccionado se elegía el numero inmediato posterior. Un total de 11 mujeres no pudieron ser contactadas, siete pertenecían al grupo de intervención grupal y cuatro al grupo de intervención mínima; cuatro de las del grupo de intervención grupal no se pudieron contactar porque se negaron a la entrevista y las tres restantes no pudieron ser contactadas por problemas ajenos al estudio (cambio de domicilio o de teléfono). Tres de las mujeres que pertenecen al grupo de intervención mínima dos no se les pudo contactar porque se negaron a la entrevista y una por motivos ajenos al estudio. (Esta mujer no se le pudo contactar debido a que se obtuvo información contradictoria por parte del marido al intentar contactar a la participante, por lo que no se puede saber si la estaba negando o si efectivamente falleció como él notifico). Por falta de tiempo, este caso no se pudo suplir quedando la muestra formada por 39 mujeres, 20 de intervención grupal y 19 de intervención mínima.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El tiempo que paso después del último seguimiento no fue el mismo entre todas las participantes ya que las intervenciones se llevaron a cabo en diferentes épocas. El rango de tiempo que presentaron las participantes es de 34 meses a 12 meses, por lo que para hacer más práctico el estudio se decidió cerrar el tiempo a dos años.

### 5.7 Instrumentos.

Se adaptó el instrumento del seguimiento a cuatro meses para evaluar las secciones de interés para el estudio.

a) Datos sociodemográficos. Se utilizaron 8 preguntas de esta sección:  
¿Me podría decir cuantos años cumplidos tiene usted?, ¿Cuál es su estado civil?  
¿Cuántas personas viven de manera permanente en su hogar, incluyéndola a usted? ¿Quiénes de estas personas viven en su mismo hogar? ¿Durante los últimos seis meses ha realizado algún trabajo por el que reciba alguna paga?  
¿Cuál es su oficio o cargo que tiene en su trabajo principal? Sumando todos los ingresos de las personas que viven en su hogar, la cantidad mensual de ingresos es de \_\_\_\_\_ y ¿Cuál fue el último grado escolar que curso usted en la escuela, aunque no lo haya terminado?

b) Síntomas de depresión. Se aplicó la Escala CES-D de Radloff (1977) que es una escala que evalúa la presencia de síntomas de depresión en el último mes. En este estudio se utilizó la opción de respuesta de 3: 1 = nunca o casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = casi siempre o todo el tiempo utilizada por Medina-Mora y colaboradores (1992), que investiga la frecuencia con los que estos síntomas se han 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 sintoma (-20), sintomatología leve (21-24), moderada (25-30) y severa (31 o +). La media es de 25.20 con una desviación estándar de 6.50.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

c) Síntomas somáticos. Se utilizó la escala de Somatización del SCL-90 descrita por Derogatis (1978) que evalúa la presencia de síntomas somáticos en cuanto a la frecuencia con que el suceso se ha presentado en los últimos siete días. La presencia de los síntomas se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos, que va de "nada" a "extremadamente".

d) Evaluación Subjetiva. Se utilizaron 7 preguntas que formo parte de la sección de evaluación del programa que fueron diseñadas para conocer la opinión de las mujeres que participaron en el proyecto las cuales son: 1) En la actualidad, ¿Tuvo alguna influencia sobre sus problemas o su forma de ver la vida haber participado en el curso / plática? 2) Si no, ¿Me podría decir por qué no? 3) Si sí, ¿Me podría decir por qué sí y explicarme como influyo? 4) Después de este tiempo desde que participo en el curso / platica, ¿Cree que el curso / platica debería seguir haciéndose así? Si sí ¿Por qué sí?, Si no, ¿Por qué no? 5) ¿Qué nos sugeriría para mejorarlo?

### **5.8 Procedimiento.**

a) Establecer contacto: El contacto para el seguimiento a dos años se estableció con las participantes por medio de llamadas telefónicas a su domicilio o a su lugar de trabajo, dependiendo del número que habían dejado en el registro, y se les solicitó una cita. Se les explicó que el objetivo de esta era: "hablar del curso, de su estado emocional actual y para darles material educativo nuevo" (Este material fue diseñado para esta fase y trata de temas como menopausia, osteoporosis, cáncer cérvico-uterino y de mama, problemas de aprendizaje, abuso sexual, alcoholismo y como enfrentan los niños la separación de los padres, anticonceptivos y un listado de instituciones a las cuales pueden acudir en caso de necesitar ayuda).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

b) Aplicación de cuestionario: Una vez que era concertada la cita, las entrevistas se realizaron al principio en su domicilio y después en el CECOSAM de Santa María la Ribera. Las entrevistadoras recibieron capacitación antes de llevar a cabo las entrevistas. Antes de realizar la entrevista se estableció rapport y se explicaron los objetivos de ésta. Es importante mencionar que las participantes firmaron en la primera entrevista una carta de consentimiento informado donde se les indicaba en que consistía el proyecto y las entrevistadoras también firmaron esta carta comprometiéndose a la confidencialidad con la que se tratarían los datos que se obtuvieran. Al final de la entrevista se comentaron dudas y se les proporcionó el nuevo material y se les sugirió que buscaran ayuda en los casos que se consideró necesario.

c) Características de la intervención. Como ya mencioné en el capítulo anterior, la condición de intervención grupal consistió en seis sesiones con una duración de dos horas por semana mientras que la condición de intervención individual mínima consistió en 20 minutos de una orientación individual. A ambos grupos se les proporcionó el material educativo "¿Es difícil ser mujer?, una guía sobre depresión" (Lara, M. A., Acevedo, M. C., Pego, C., Luna, S., Villareal, A. L. y Weckman, C., 2000) el cual incluye actividades de autoayuda como son darse tiempo para ellas mismas cada semana, utilizar la escritura para alejar a sus problemas, hablar con alguien de sus problemas, y llevar a cabo reflexiones y ejercicios cognitivos conductuales.

### **5.9 Análisis de datos.**

Los datos de los síntomas fueron analizados, por medio del programa estadístico SPSS versión 10. 1) Se obtuvieron los estadísticos descriptivos; 2) Se aplicó la prueba de análisis factorial múltiple (MANOVA) para saber si existen diferencias significativas entre las condiciones de intervención y entre las evaluaciones. 3) Se aplicó la prueba de T de modelo de contrastes entre los puntajes obtenidos en el seguimiento a cuatro meses y en el seguimiento a dos

años al igual que la preintervención y el seguimiento a dos años para determinar en qué fase había existido diferencias significativas. 4) Se aplicó la prueba de correlación de Pearson para determinar si existe o no una correlación entre los síntomas depresivos y los síntomas somáticos. 5) Se obtuvieron los estadísticos descriptivos para los datos sociodemográficos. 6) En cuanto a la evaluación subjetiva del programa se aplicó también los estadísticos descriptivos y las respuestas de cada participante fueron analizadas de manera cualitativa.



## CAPITULO 6. RESULTADOS.

### 6. 1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

De las 39 mujeres entrevistadas, 20 del grupo de intervención grupal (IG) y 19 del grupo de intervención individual mínima (IIM), la edad promedio de IG es de 36.95 años, con una desviación estándar de 6.24 mientras que en IIM la media es de 36.32 años con una desviación estándar de 5.95.

En cuanto al estado civil, como podemos observar en la tabla 6.1 la mayoría en ambos grupos son casadas o viven en unión libre, mientras que el resto son solteras, viudas, divorciadas o separadas.

Respecto a la escolaridad, la mayoría de las mujeres del IG terminó la secundaria, mientras que en el IIM la mayor parte terminó la preparatoria

En cuanto a si trabajan o no, vemos en la tabla 6.1 que en los dos grupos la mayoría de las mujeres cuentan con un empleo, aunque no todas de tiempo completo.

Respecto a los trabajos que ejercen las mujeres del IG, la mayoría son empleadas oficinistas o se dedican al servicio domestico. En el grupo de IIM la mayoría son subempleadas. (Ver tabla 6.1)

Como podemos ver en la tabla 6.1, en la mayor parte de los hogares de ambos grupos de mujeres viven en promedio 4.36 personas. La media de los hijos que viven con ella es de 1.90. Respecto a los ingresos mensuales, el promedio de ingresos que perciben el IG es de 3, 275 mientras que el IIM es de 3, 133.47.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla 6.1** Características sociodemográficas

		IG N=20 f (%)	IIM N=19 F (%)	Total N=39 f (%)
<b>Estado Civil</b>				
Soltera		3 (15)	----	3 (7.7)
Casada o unión libre		14 (70)	14 (73.7)	32 (71.8)
Divorciada, separada o viuda.		3 (15)	5 (26.3)	73 (20.5)
<b>Escolaridad</b>				
Primaria		3 (15)	3 (15.8)	6 (15.4)
Secundaria		9 (45)	4 (21.0)	13 (33.3)
Preparatoria		5 (25)	9 (47.4)	14 (35.9)
Universidad		3 (15)	3 (15.8)	6 (15.4)
<b>Trabaja fuera de casa</b>				
Si		13 (65)	14 (73.7)	27 (69.2)
No		7 (35)	5 (26.3)	12 (30.8)
<b>Ocupación</b>				
Maestra de primaria, secundaria O preparatoria		2 (15.4)	----	2 (7.4)
Empleada ejecutiva		----	2 (14.3)	2 (7.4)
Empleada oficinista		3 (23.1)	3 (21.4)	6 (22.2)
Servicio domestico		3 (23.1)	----	3 (11.1)
Vendedora no asalariada		2 (15.4)	2 (14.3)	4 (14.8)
Subempleada.		1 (7.7)	5 (35.7)	6 (22.2)
Otros.		2 (15.4)	2 (14.3)	4 (14.8)
	Media	1.85	1.95	1.90
<b>Hijos que viven en casa</b>	D S	.88	1.03	.94
	Media	4.60	4.11	4.36
<b>Personas viven en su hogar</b>	D S	2.41	1.41	1.98
	Media	3, 275. 00	3, 133.47	3, 206. 05
<b>Ingresos mensuales</b>	D S	1, 399.58	1, 886. 41	1,634. 06

IG: Intervención Grupal.

IIM: Intervención individual mínima.

## 6. 2 CAMBIOS EN SÍNTOMAS.

### a) Síntomas depresivos.

En la tabla 6.2 se encuentran las medias y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos por las participantes en la evaluación preintervención, en el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

seguimiento a cuatro meses y en el seguimiento a dos años. Estos datos se representan de forma gráfica en la figura 6.1.

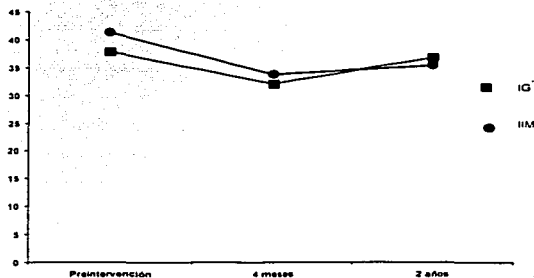
**Tabla 6.2 Síntomas Depresivos. (CEDS-D)**

		Preintervención	4 meses	2 años
IG	Media	37.9	32.1	36.75
	D S	8.52	9.10	9.36
IIM	Media	41.26	33.79	35.37
	D S	9.11	9.10	9.53
TOTAL	Media	39.54	32.97	36.08
	D S	8.86	9.30	9.34

IG: Grupo de Intervención Grupal.

IIM: Grupo de Intervención Individual Mínima.

**Figura 6.1** Cambio en la escala de síntomas de depresión en cuatro mediciones. (CES-D)



Para poder determinar si las diferencias entre las medias en síntomas de depresión de ambos grupos eran significativas y si había diferencias entre las evaluaciones, se llevo a cabo la prueba de Análisis factorial múltiple (MANOVA) el cual dio como resultados que no existen diferencias significativas entre el

grupo de intervención grupal y el grupo de intervención individual mínima ( $F = .14$ ;  $P = .70$ ), mientras que entre las evaluaciones sí hay diferencias significativas ( $F = 14.2$ ;  $P = 0.00$ ).

Para saber si se mantienen los puntajes del seguimiento de 4 meses en el de dos años así como si el puntaje obtenido en el actual seguimiento es igual o menor que el obtenido en la preevaluación de manera significativa, se aplicó la prueba T de modelos de contrastes donde se pudo observar que no hay diferencias significativas entre la preintervención y el seguimiento a dos años, pero sí entre el seguimiento a cuatro meses y el seguimiento a dos años donde el puntaje aumenta (Tabla 6.3).

**Tabla 3.** Prueba T. Modelos de contraste. Síntomas Depresivos

		t	Sig.
Preintervención	- Seguimiento a dos años	4.335	.070
Seguimiento 4 meses	- Seguimiento a dos años	-3.064	.010

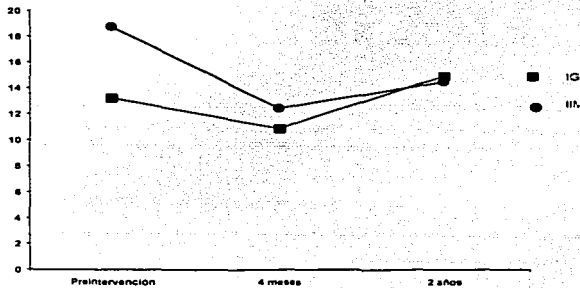
b) Síntomas Somáticos.

En la tabla 6.4 se encuentran las medias y desviaciones estándar de los puntajes de síntomas somáticos obtenidos por las participantes en la evaluación preintervención, en el seguimiento a cuatro meses y en el seguimiento a dos años. Estos datos se representan de forma gráfica en la figura 6.2.

**Tabla 6.4** Síntomas Somáticos.

		Preintervención	4 meses	2 años
IG	Media	13.2	10.85	14.9
	D S	7.27	7.82	7.22
IIM	Media	18.75	12.42	14.47
	D S	11.02	10.07	9.55
TOTAL	Media	15.92	11.61	14.69
	D S	9.59	8.91	8.33

**Figura 6.2** Cambio en la escala de síntomas somáticos en cuatro mediciones. (SLC-90)



Para ver si las diferencias entre las medias eran significativas o no y si había diferencias en las evaluaciones se llevó a cabo la prueba de MANOVA que indicó que entre grupos no hay diferencia significativa ( $F = .45, P = 0.50$ ) mientras que entre las evaluaciones sí hay diferencias significativas ( $F = 5.6, P = 0.00$ ).

Para saber si se mantienen los puntajes del seguimiento de 4 meses en el de dos años así como si el puntaje obtenido en el actual seguimiento es igual o menor que el obtenido en la preevaluación de manera significativa, se aplicó la prueba T de modelos de contrastes donde se pudo observar que no hay diferencias significativas entre la preintervención y el seguimiento a dos años, pero si entre el seguimiento a cuatro meses y el seguimiento a dos años donde el puntaje aumenta (Tabla 6.5).

**Tabla 6.5** Prueba T. Modelos de contraste. Síntomas Somáticos

	t	Sig.
Preintervención - Seguimiento a dos años	.998	.97
Seguimiento 4 meses - Seguimiento a dos años	-3.064	.01

### 6.3 CORRELACION ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SOMÁTICOS.

Como se menciona anteriormente, en culturas como la nuestra, la depresión puede manifestarse con síntomas somáticos, es por eso que se analizó en esta submuestra como se correlacionan los síntomas somáticos y depresivos y podemos observar en la tabla 6.6 que tomando los datos de la evaluación preintervención y la evaluación a dos años, ambas correlaciones son significativas y que su correlación es mayor en el segundo seguimiento que en la preintervención lo que nos indica que sí existe una relación entre los síntomas depresivos y los síntomas somáticos en esta submuestra .

**Tabla 6.6** Correlación entre síntomas depresivos y síntomas somáticos.

	r	Sig.
Preintervención.	.622	.000
Segundo seguimiento	.751	.000

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6.4 EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA INTERVENCIÓN

a) Comparación del grado de influencia en dos evaluaciones.

La pregunta "¿En la actualidad, tuvo alguna influencia sobre sus problemas o su forma de ver la vida, haber participado en el curso / plática?" se realizó en el seguimiento a cuatro meses y en el seguimiento a dos años. Como se puede ver en la tabla 6.7 la mayoría de ambos grupos consideraron en las dos evaluaciones que había tenido una gran influencia en sus vidas el curso.

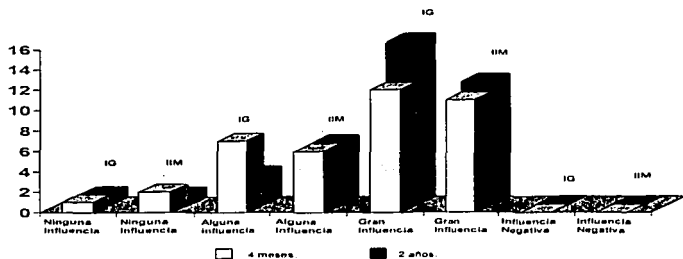
**Tabla 6.7** Influencia que generó la intervención psicoeducativa sobre las mujeres

	4 meses f (%)	2 años f (%)
<b>Ninguna Influencia</b>		
IG	1 (5.0)	1 (5.0)
IIM	2 (10.53)	1 (5.26)
Total	3 (7.69)	2 (5.13)
<b>Alguna influencia</b>		
IG	7 (35.0)	3 (15.0)
IIM	6 (31.58)	6 (31.58)
Total	13 (33.33)	9 (23.08)
<b>Gran influencia</b>		
IG	12 (60.0)	16 (80.0)
IIM	11 (57.89)	12 (63.16)
Total	23 (58.98)	28 (71.79)
<b>Influencia Negativa</b>		
IG	-----	-----
IIM	-----	-----
Total	-----	-----

En la figura 6.3 se compararon ambas evaluaciones para poder observar de manera gráfica el como se ha mantenido la evaluación positiva hacia la intervención.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Figura 6.3** Comparación de la influencia de la intervención en tres evaluaciones



Para ver si estas diferencias son significativas se aplicó la prueba Ji cuadrada por medio del programa SPSS comparando los resultados obtenidos en el seguimiento a cuatro meses con los obtenidos en el seguimiento a dos años. Los resultados que se pueden observar en la tabla 6.8 muestran que estas diferencias no son significativas.

**Tabla 6.8** Prueba Ji cuadrada

	Valor	df	Sig.
4 meses - 2 años	1.417	2	.492

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



b) Tipo de influencia de la intervención en el seguimiento a cuatro meses y a dos años.

Cuando se les pregunto a las participantes en el seguimiento a cuatro meses por qué la intervención tuvo alguna o gran influencia, la mayoría del IG y del IIM respondió que fue porque había mejorado su estado de ánimo y porque obtuvo información y conocimiento. En el seguimiento a dos años, la mayoría del IG considero que fue porque se conoce y se acepta y porque enfrenta mejor sus problemas, mientras que en el IIM, la mayoría considera que se debía a los cambios de su forma de pensar (Tabla 6.9).

Las participantes que consideraron que la intervención no había influido en su vida respondieron que se debía a que no platican sus problemas con extraños y a que no querían salir de sus problemas por lo que no realizaron las actividades sugeridas.

**Tabla 6.9 Aspectos en los que influyó la intervención en las participantes.**

	4 meses f (%)	2 años f (%)
<b>Mejoría en estado de ánimo</b>		
IG	5 (26.32)	3 (15.79)
IIM	5 (29.41)	4 (22.22)
Total	10 (27.78)	7 (18.92)
<b>Enfrenta mejor sus problemas</b>		
IG	3 (15.79)	5 (26.32)
IIM	2 (11.77)	5 (27.77)
Total	5 (13.89)	10 (27.03)
<b>Entiende mejor sus problemas</b>		
IG	2 (10.53)	---
IIM	2 (11.77)	1 (5.56)
Total	4 (11.11)	1 (2.70)

**Tabla 6.9 Aspectos en los que influyó la intervención en las participantes (Continuación).**

<b>Cambio en la forma de pensar</b>		
IG	1 (5.26)	3 (15.79)
IIM	1 (5.88)	6 (33.33)
Total	2 (5.55)	9 (24.32)
<b>Se conoce y se acepta</b>		
IG	1 (5.26)	5 (26.32)
IIM	1 (5.88)	-----
Total	2 (5.55)	5 (13.51)
<b>Obtuvo información y conocimientos</b>		
IG	4 (21.05)	2 (10.52)
IIM	4 (23.53)	1 (5.56)
Total	8 (22.23)	3 (8.11)
<b>Tiene menos problemas</b>		
IG	1 (5.26)	-----
IIM	1 (5.88)	-----
Total	2 (5.55)	-----
<b>Otros</b>		
IG	2 (10.53)	1 (5.26)
IIM	1 (5.88)	1 (5.56)
Total	3 (8.34)	2 (5.41)

**c) Descripción de la influencia en el seguimiento a dos años.**

A continuación presentare las respuestas que dieron las participantes en la pregunta donde se les pidió que explicaran como influyo la intervención en sus vidas.

**Tabla 6.10 Análisis cualitativo de las respuestas de las participantes de cómo influyo el curso en sus vidas.**

**MEJORIA EN ESTADO DE ANIMO**

**IG**

- A mejorar la actitud.
- Me ayudo a superar la tristeza y a valerme por mi misma.
- Enseñan los puntos que deprimen, la dinámica que indica como no deprimirse, que hace que uno se deprima menos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla 6.10 Aspectos en los que influyó la intervención en las participantes (Continuación).**

**IIM**

- A encontrar tranquilidad en mi vida
- A sentirme feliz ya que antes no podía hacerlo y realizo mi trabajo
- A sentirme mejor
- En seguridad y estado de ánimo, cambiar el carácter

---

**ENFRENTA MEJOR SUS PROBLEMAS**

---

**IG**

- Ayuda a sacar lo de adentro ya sea escribiendo o platicando con alguien en quien se confié y transmitirlo a la familia
- Poder decir las cosas como son, poder aceptar la muerte de un familiar
- Me ayuda a superar la problemática actual que vivo en su casa con mi hija
- Me enseño a pedir ayuda y a salir adelante
- Me ayudo a pensar primero en mí, en la forma de tratar a mis hijos, a platicar con mi pareja y demostrar mis miedos

**IIM**

- Me ayudo a enfrentar los problemas que tengo con mi hija y a superar la muerte de mi madre y aceptarla mas fácilmente
- Tomar el valor para dejar a la pareja
- Resolver cosas
- Me ayudo emocionalmente en mi autoestima, me sentí mucho mejor, me prepare emocionalmente para mi histerectomía y la separación emocional la pude resistir
- Me da una perspectiva para salir de los problemas

---

**ENTIENDE MEJOR SUS PROBLEMAS**

---

**IIM**

- Me ayuda a reconocer síntomas, me ayuda a lidiar con la mente y a reconocer errores.

---

**CAMBIO EN LA FORMA DE PENSAR**

---

**IG**

- Fue una experiencia positiva que me permitió ver las cosas mas reales, me enseño a pensar en el futuro y aprender de las personas del curso.
- En hablar de las cosas que nos molestan y darse cuenta de que no se esta sola. A vivir las experiencias de mejor manera
- A vivir las experiencias de mejor manera

**IIM**

- No responsabilizarse de lo que hacen los demás, tomar las cosas con calma, no dejarse abrumar, responsabilizarse de lo que se siente y darse cuenta que es importante el momento.
- A darme cuenta que mis reacciones son incoherentes
- Lo que vi en el libro y con las entrevistas me sirvieron a mejorar, ya no soy tan negativa, trato de ver de otra manera
- Me ayudo a ver las cosas de distinta manera, menos agobiante, veo que decisión es la mejor
- En que debo pensar en sentirme mejor
- A no hacerme la mártir, a aceptar la realidad y no aceptar mas dolor

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla 10.** Aspectos en los que influyó la intervención en las participantes. (Continuación)

**SE CONOCE Y SE ACEPTA**

**IG**

- Me ayudo a valorarme a darme mi propio espacio y que los problemas no son tan grandes
- Conocerme, superarme a darme valor como persona aunque no cuento con apoyo salgo adelante
- Vuelve los ojos a una misma, libra de la educación que uno tiene como ejemplo de la casa
- Me ayudo a valorarme como mujer
- Aceptarme tal y como soy pues mi problemática sigue y el curso no me ayudo a encontrar la solución, no encuentro apoyo en mis familiares

**OBTUVO INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO**

**IG**

- Me dio la oportunidad de conocer la depresión para así no caer en esta y además conocerme mas para solucionar mejor los problemas
- Descubrí mi herencia depresiva y la magnitud de mi problema lo cual me ayudo a pedir ayuda y tomo actualmente prozac

**IIM**

- Me ayudo cuando me siento desesperada

d) Evaluación acerca la realización de la intervención

En cuanto a la pregunta ¿Cree que el curso / platica debería seguir haciéndose así?, la mayoría de los dos grupos consideraron que sí (Tabla 6.11),

**Tabla 6.11** Continuidad de la forma de realizar la intervención

	IG N=20 f (%)	IIM N=19 f (%)	Total N=39 f (%)
<b>Sí</b>	18 (90)	17(89.5)	35 (89.7)
<b>No</b>	2 (10)	2 (10.5)	4 (10.3)

Los dos grupos coincidieron en que debería seguir haciéndose de esa forma las intervenciones fue por el trabajo de las facilitadoras de grupo u orientadoras en la intervención individua. De igual forma consideraron una razón importante para mantener esta forma de trabajo sin cambios la libertad de expresar sus pensamientos y emociones sin temor a ser juzgadas de manera negativa. (Tabla 6.12)

**Tabla 6.12** Razones por la que la intervención debe de seguir haciéndose igual.

	IG N=18 f (%)	IIM N=17 f (%)	Total N=35 f (%)
Por la libertad de expresión	5 (27.7)	1 (5.9)	6 (17.1)
Por la interacción de grupo	4 (22.2)	---	4 (11.4)
Por el trabajo de las facilitadoras	9 (50)	13 (76.4)	22 (62.9)
Por la guía en la resolución de sus problemas	---	3 (17.6)	3. (8.6)

e) Descripción de las razones por la que la intervención debe seguir haciéndose igual.

Al revisar cada una de las respuestas de las participantes de ambos grupos ante el cuestionamiento de Por qué creían que la intervención debería de seguir haciéndose de la misma forma, se puede observar que ambos grupos toman el trabajo de las facilitadoras de diferente manera, por ejemplo, el IG considera a la facilitadora una persona que permite hablar a todas y que crea un ambiente de confianza que las motiva a compartir y hablar de sus problemas mientras que el IIM la ve mas como una persona especializada que las escucha y que les da un punto de vista objetivo. (Ver tabla 6.13)

**Tabla 6.13** Razones por las que la intervención debe de seguir haciéndose igual.

<b>HABLAR</b>	
<b>IG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Es mas fácil hablar de esa forma</li> <li>● Por la oportunidad de expresar los sentimientos y darse cuenta de las diferencias.</li> <li>● Al platicar con confidentes se saca mas, si hubiera sido temático uno callaría.</li> <li>● Enseñan a expresar lo que sienten las cosas buenas y las que terminan ahogando.</li> <li>● A quienes si les gusta hablar les ayudo mucho por la confianza.</li> </ul>
<b>IIM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Porque te permiten hablar.</li> </ul>
<b>SITUACIÓN DE GRUPO</b>	
<b>IG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dinámica, mucha participación de las personas</li> <li>● Aprendes con otras personas el porque de las acciones.</li> <li>● Porque es agradable compartir con un grupo.</li> </ul>

**Tabla 6.13** Razones por las que la intervención debe de seguir haciéndose igual (Continuación).

IG

- Porque ayuda escuchar los problemas de los demás a resolver los propios. Me gusto la grabación de las sesiones, la forma en la que explicaban las cosas.

**FUNCIÓN DE LAS FACILITADORAS**

IG

- Permiten hablar a todas
- La oportunidad de hablar con alguien que supiera su secreto
- Por la convivencia, unión, el tiempo para expresarse cada una, la confianza.
- No juzgan en el curso.
- Por la motivación que le dan a la gente
- Porque se deja hablar a la gente.
- Sirve para abrirse y contara los problemas, motivación de quienes lo dieron
- apertura en las que dieron el curso.
- Lo fácil que es entender el libro y lo fácil que trabajan las psicólogas
- El poder estar con la psicóloga y plantear sus problemas

IIM

- Por la confianza, la tolerancia y la guía
- Da seguridad sentirse escuchada.
- La oportunidad de hablar con alguien experimentado
- Punto de vista objetivo
- El libro y el trabajo de ciertas cosas
- La opinión de la psicóloga le daba fuerza
- Ayuda a mucha gente pues son amigas con quien desahogarse.
- Porque es personalizada, le dio animo
- Cordialidad con el paciente lugar con privacidad
- Por el interés personal.
- Es individual y las preguntas se basan en una guía
- La confidencialidad la privacidad
- Porque permite desahogarse con personal especializado

**AYUDA**

IIM

- Por que me sirvió.
- Reflexiones de nosotras mismas
- Lo que me dieron si me ha ayudado

Al observar las respuestas que dieron en cada una de las categorías en la misma tabla, se puede ver que un porcentaje de las participantes del grupo IIM considera que el poderse expresar con alguien experimentado, que fuera cordial y le brindara atención personalizada que le sirviera de guía para resolver sus problemas fue muy importante en la intervención mientras para el grupo de IG, lo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

importante era el tener la oportunidad expresar su sentir y el aprender de las otras personas con las que se interactuaba.

**Tabla 6.14** Por que no debería seguir haciéndose la Intervención Igual.

	IG N=2 f (%)	IIM N=2 f (%)	Total N=4 f (%)
Falta de tiempo	1 (50)	2 (100)	3 (75)
Falta de ubicación a las pacientes	1 (50)	—	1 (25)

Las participantes que dijeron que el curso no se debía hacer de esa forma fue porque consideraron que faltó tiempo y faltó ubicar a las pacientes (Tabla 6.14).

El total de las mujeres de IIM que consideraron que tenía que haber cambios en el curso dijeron que fue por falta de tiempo. Aun así, solo fueron dos de las 19 participantes que integran este grupo que consideraron que el curso no debía de seguir haciéndose así por el tiempo. A su vez el porcentaje de mujeres del IG que cree que el curso no debe de hacerse de esa forma considero que faltó tiempo en el curso, y que faltó ubicar a las pacientes en estas pláticas pues se les trata como mártires y se les exime de cualquier culpa.

#### f) Sugerencias para la intervención.

A pesar de que la mayoría de las mujeres consideraron que no había nada que cambiar la forma en que se daban las intervenciones, si consideraron que le hacían falta algunos aspectos para mejorar su funcionamiento. Lo que más sugirieron fue que hubiera un seguimiento a sus casos (Tabla 6.15).

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**Tabla 6.15** Sugerencias de las participantes para la intervención

	IG N=20 f (%)	IIM N=19 f (%)	Total N=39 f (%)
<b>Mayor Continuidad</b>	5 (25)	10 (52.6)	15 (38.5)
<b>Más tiempo</b>	8 (40)	2 (10.5)	10 (25.7)
<b>Mayor difusión</b>	1 (5)	3 (15.8)	4 (10.2)
<b>Mayor retroalimentación</b>	---	2 (10.5)	2 (5.1)
<b>Otros</b>	6 (30)	1 (5.3)	7 (17.9)
<b>Nada</b>	---	1 (5.3)	1 (2.6)

g) Descripción de las sugerencias.

Al observar las respuestas de cada una de las participantes en la tabla 18 uno se puede percatar que para el grupo de IG lo que más necesita: la intervención es que sea más amplia tanto en el tiempo como en el material para que pudieran tener más participación y pudieran seguir en contacto este grupo de mujeres.

Otro aspecto que consideran importante es que debe existir una continuidad por parte de las facilitadoras que brindaron la intervención, ya sea con cursos que fueran la continuación del primero o que se les ofrezca la oportunidad de tener pláticas posteriores con las facilitadoras (Tabla 6.16).

**Tabla 6.16** Sugerencias de las participantes para la intervención.**MAYOR CONTINUIDAD**

IG

- Mayor continuidad en los cursos, que se canalice si es necesario, retroalimentación.
- Realizar una continuación para estos cursos. Otro curso para nuevas personas interesadas
- Más seguimiento, no dejar pasar tanto tiempo para ver como siguen
- Que vuelvan a ofrecerse los cursos.
- Tener pláticas más seguidas con las psicólogas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Tabla 6.16** Sugerencias de las participantes para la intervención. (Continuación)

IIM

- Que fueran mas seguido
- Que fuesen mas frecuentes pues las terapias particulares son caras.
- Más seguidas
- Nos ayudan a salir del hoyo pero falta el empujón.
- Que siguieran.
- Que sea con la misma persona ya que el repetir la historia la lastima.
- Mayor continuidad.
- Que hubiera otra platica
- Más constantes el libro esta bien.
- Más frecuentes y a mas gente dirigida.

**MÁS TIEMPO**

IG

- Más amplio tanto en material como en tiempo le pareció muy corto.
- Un poco mas largos, después sesiones cada 1 o dos meses, brindar mas espacios para platicar
- Que fueran mas seguidos, una continuación y no solo con temas de depresión, mantener el contacto con las mujeres para ver su estado
- Que durara mas tiempo y hubiera mas participación
- Más tiempo, mas completo, fue muy elemental
- Más tiempo de sesiones
- Ampliar el tiempo, mas seguido los cursos
- Más tiempo.

IIM

- Más tiempo
- Platicar un poco mas de tiempo

**MAYOR TIEMPO**

IG

- Mayor difusión, más seguido.

IIM

- Dar mayor difusión y continuidad
- Algo mas masivo, mayor difusión mayor información para que no se piense que uno esta loca
- Menos esporádicas, mayor difusión

**MAYOR RETROALIMENTACION**

IIM

- Que hubiera sugerencias personalizadas.

IIM

- Que dijeran a los pacientes los avances y retrocesos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla 6.16** Sugerencias de las participantes para la intervención. (Continuación)

OTROS	
IG	<ul style="list-style-type: none"><li>● Que se abra el grupo para todas las edades, grupos de 20 a 40 y de 40 en adelante</li><li>● Ir tomando las experiencias de cada una de las mujeres para hablarlo en los siguientes cursos</li><li>● El libro, el diseño, los dibujos</li><li>● Un cuidador de niños en caso de las que son madres</li><li>● Tomar en cuenta la problemática de cada una de las pacientes para poder detectarlas y canalizarlas de manera correcta, poner atención a todas</li><li>● Que fueran mas largos, que hubieran regalado algunas grabaciones para escucharla en la casa y compartirlo con la familia</li></ul>
IIM	<ul style="list-style-type: none"><li>● Más material, bibliografía, resúmenes.</li></ul>
NADA	
IIM	<ul style="list-style-type: none"><li>● El curso es perfecto, no hay nada que mejorar</li></ul>

En esta misma tabla se puede observar que el grupo de IIM considera que algo que le ayudaría a la intervención a mejorar pudiera ser que hubiera mayor continuidad, es decir, que se mantuviera un contacto mas frecuente con ellas y que ese contacto siempre fuera con la misma facilitadora.

A diferencia del grupo de IG, este grupo si considera necesario que mejore la difusión de la intervención en la comunidad ya que desean que se le informe a las demás personas que quienes acuden a este tipo de cursos no están "locas"

Otra situación que ellas creen que puede mejorar es la retroalimentación pues consideran que necesitan que se les haga saber sus avances y retrocesos tras estas pláticas y el tiempo, ya que consideran que necesitan más para seguir hablando de sus problemas

Solo una participante que es del IIM no sugirió pues a su parecer el curso fue perfecto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CAPITULO 7**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

El presente estudio tuvo como objetivos: Evaluar los efectos a dos años de una intervención psicoeducativa en una submuestra de 40 mujeres con síntomas depresivos, sobre los síntomas depresivos y los síntomas somáticos; así como estudiar la evaluación subjetiva que las participantes realizan sobre la intervención misma; comparar la relación de los síntomas de depresión y somáticos en las evaluaciones actuales con las evaluaciones anteriores; evaluar si existen diferencias entre el grupo de intervención grupal y el grupo de intervención mínima.

#### **7.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES.**

Antes de hablar de las características de las participantes es importante mencionar que aunque no todas las mujeres evaluadas presentaban una depresión clínica, sí presentaban sintomatología depresiva moderada y severa según el CES-D.

La edad promedio fue de 36 años; el estado civil que predominó entre ambos grupos de mujeres fue el de casada; el rango de escolaridad en el que se encuentran las participantes es de secundaria a preparatoria, la mayoría de las participantes que trabajan es de medio tiempo, ambos grupos de mujeres tienen dos hijos viviendo actualmente en su casa en promedio y el ingreso mensual promedio es de \$ 3, 206. 05.

Es importante mencionar que esta intervención psicoeducativa está orientada a mujeres de 20 a 45 años, con bajo nivel socioeconómico pues en varios estudios se ha demostrado que este grupo es el que más riesgo presenta para padecer depresión; como es el de Synder y Díaz-Pérez (1999) donde nos presentan datos en los cuales el rango de edad donde existe una mayor prevalencia de depresión es de los 30 a los 49 años de edad. En la misma línea, Perlin y Lieberman (citados en McGrath et al, 1995) descubrieron que la mujer es

más vulnerable dentro del matrimonio ante la constante problemática que se vive dentro de él y esto se relaciona con síntomas de depresión y de ansiedad. Ross y Mirowsky (Ibid.) encontraron que mujeres empleadas, las cuales no comparten la responsabilidad del cuidado de los hijos con el marido, presentan altos niveles de depresión. De igual forma los datos reportados por el INEGI del Censo de Población del 2000 donde el 51.8% de la población mexicana mayor de 15 años tiene una escolaridad de secundaria a preparatoria y que el 33.13% de la población del D. F. se encuentra dentro de un grupo de bajos ingresos donde, de acuerdo con Lara y Salgado (1994) existe rasgos ligados al machismo y al síndrome de sumisión que están relacionados con sintomatología depresiva.

Tras analizar estos datos podemos observar que la muestra de mujeres de la investigación representa una amplia proporción de la población femenina mexicana.

## **7.2 SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN.**

Tomando en cuenta que la teoría cognitivo-conductual considera que la persona con síntomas depresivos siente que su medio ambiente es muy demandante y que por estas demandas no puede llegar a las metas que se ha planteado, pues no cuenta con los recursos necesarios para ser feliz y por lo mismo su futuro siempre estará lleno de frustraciones (Beck, 1983), la intervención que se aplicó en el presente estudio busca que su sintomatología disminuya modificando su forma de pensar negativa mejorando su autoestima y la manera en que expresa sus sentimientos (Lara y cols, 2001).

Una de las preguntas de esta investigación fue si a dos años de haber terminado la intervención psicoeducativa se mantienen los cambios en los síntomas depresivos en relación a la evaluación a cuatro meses y si estos puntajes son inferiores, iguales o superiores a los obtenidos en la preintervención.

La hipótesis fue que no se esperaba que se mantuviera la disminución de los síntomas de depresión, vista en el seguimiento a los 4 meses, en la

evaluación a dos años de la intervención, sino que probablemente se incrementarían aunque a un nivel menor al de la línea base. Se formuló esta hipótesis ya que se sabe que las intervenciones breves no tienen un efecto tan a largo plazo (Mirzack & Haggarty, 1994).

Esta hipótesis fue confirmada al analizar la tabla 6.2 donde observamos que en ambos grupos (Intervención grupal e intervención mínima) hay una disminución de los puntajes obtenidos de la preintervención al seguimiento a cuatro meses, y que estos aumentan en el seguimiento a dos años sin llegar iguales a los de la preintervención. Cabe mencionar que a pesar de esta baja en los síntomas de depresión que presentaron las participantes, en las tres evaluaciones sus puntajes se encontraron dentro del rango de sintomatología severa.

Es aquí donde se puede preguntar el por qué la intervención no logra mantener los cambios a lo largo del tiempo. La respuesta más viable puede ser que el número de sesiones en ambos grupos es muy corto por lo que no logra una disminución de síntomas duradera. Esto lo podemos ver en otras intervenciones que han tenido una duración mayor, logran con el paso del tiempo mantener los síntomas de depresión en niveles bajos. Muñoz et al. (1996) reportan que un año después de su intervención con una duración de 8 sesiones de dos horas semanales los síntomas de depresión en su muestra disminuyeron de manera significativa a través de tiempo. Dowrick et al. (2000), también reportan un año después de su intervención que disminuye el porcentaje de pacientes diagnosticados con depresión tras la intervención y a lo largo del tiempo. Esta intervención tuvo una duración de 12 sesiones de dos horas. Ellos consideran que se mantiene la disminución de los síntomas depresivos ya que por medio de su intervención logran reducir la duración y la magnitud de estos y mejoran el funcionamiento social.

Un punto también importante que hay que considerar es que los niveles de síntomas de depresión siempre son altos por lo que podemos decir que aunque la intervención logra una disminución en los síntomas, no se logra disminuirlos al nivel deseado.

Otra causa que podría explicar la reaparición de los síntomas es que posiblemente las situaciones que viven de manera cotidiana no les facilitan el llevar a cabo las actividades que son sugeridas en el curso: debe trabajar, cuidar a los hijos, atender a la pareja, cumplir con el rol de ama de casa que en pocas ocasiones le deja tiempo para darse tiempo a sí misma. (Lagarde, 1993)

Otra explicación para esta situación puede ser que los refuerzos que consiguen las participantes dentro del grupo, ya sea por sus compañeras o por la facilitadora las mantienen motivadas de forma extrínseca, es decir el medio ambiente las mantiene motivadas para lograr cambios en su conducta (Reeve, 1994). Si la intervención termina ya no son reforzadas por lo que disminuye su interés por cambiar sobre todo si percibe que su entorno (familia) no le agrada su cambio.

### **7.3 SÍNTOMAS SOMÁTICOS.**

Los síntomas somáticos son muy comunes en la depresión (Nakao, Yamanaka y Kuboki, 2001). Para la mujer son una forma de manifestar su depresión pues la cultura no le permite mostrarse débil por el rol de sostén de la familia que juega dentro de la sociedad (Lagarde, 1993). Aun cuando se pueda llegar a considerar que si se presentan síntomas somáticos, los síntomas de depresión estarán en segundo plano (Vallejo, 1987), en general tienden a estar a la par, sobre todo cuando el malestar emocional es tan severo que no se puede ocultar (Saavedra y Planas, 1996).

Este proyecto también planteo la siguiente pregunta: si a dos años de haber terminado la intervención psicoeducativa se mantienen los cambios en los síntomas somáticos en relación a la evaluación a cuatro meses y si estos puntajes son inferiores, iguales o superiores a los obtenidos en la preintervención. La hipótesis fue que no se esperaba que se mantuviera la reducción de los síntomas

somáticos vista en el seguimiento a los 4 meses a los dos años de éste, sino que probablemente se incrementaran aunque a un nivel no mayor al de la línea base. Al igual que con los síntomas de depresión, esta hipótesis se formuló pues se sabe que las intervenciones breves no tienen un efecto tan a largo plazo y por lo mismo se espera que los síntomas somáticos aumenten a lo largo del tiempo.

La hipótesis se confirma en lo mostrado en la tabla 6.4 donde en ambos grupos los síntomas somáticos disminuyeron después de la intervención pero aumentaron dos años después; en el caso del IG, este incremento fue mayor que el puntaje obtenido en la evaluación preintervención mientras que en el grupo de IIM se mantuvo por debajo de este. Mientras que en el grupo IIM se cumplió la hipótesis, en el grupo IG no ocurrió.

Si los síntomas somáticos son una manifestación de depresión, se espera que en el momento en que las pacientes presentan un cambio en su sintomatología depresiva, también lo presenten en la sintomatología somática. Si observamos los datos, se puede notar que la presencia de ambos síntomas disminuyó tras la intervención y con el paso del tiempo volvió a aumentar. Esta situación nos habla de que se presenta dentro de este grupo de mujeres una relación los síntomas somáticos y los síntomas depresivos.

Es así como podemos decir que una de las razones por la que los síntomas somáticos aumentaron de nuevo fue por la relación que tienen con los síntomas de depresión. Y por lo mismo estos síntomas se ven afectados por el número de sesiones de la intervención y por los altos puntajes presentados por las participantes en la sintomatología de depresión en cada una de las evaluaciones.

Muñoz et al. (1996), reportan que al año de haber recibido su intervención los participantes mantenían la disminución de los síntomas somáticos lo cual coincidía con la disminución de los síntomas de depresión.

La hipótesis que se formuló en esta tesis fue que si se presenta una correlación entre los síntomas de depresión y los síntomas somáticos. Al investigar esta situación de manera estadística se puede ver que tanto en la evaluación preintervención, como en el segundo seguimiento existe una correlación entre ambos síntomas por lo que la hipótesis se confirma.

#### **7. 4 EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA INTERVENCIÓN.**

Por último se preguntó si a dos años de haber terminado la intervención psicoeducativa, la evaluación subjetiva del programa por parte de las participantes mantiene el nivel de satisfacción mostrado en el seguimiento a cuatro meses. La hipótesis fue que la evaluación subjetiva, por parte de las participantes de la intervención, no se mantiene a dos años de esta en comparación a la evaluación de cuatro meses. Al preguntarles a las participantes, tanto en el seguimiento a cuatro meses como en el seguimiento a dos años "En la actualidad, ¿tuvo alguna influencia sobre sus problemas o su forma de ver la vida, haber participado en el curso/plática?" la mayoría de los dos grupos consideró que tuvo una gran influencia el curso en sus vidas. En el grupo de IG una participante consideró en ambas evaluaciones que la intervención no había generado ninguna influencia en su vida. En el grupo IIM, fueron dos las que en la evaluación cuatro meses después consideraban que no había generado ninguna influencia, situación que cambió en el seguimiento a dos años donde sólo una continuó pensando de la misma forma mientras que la otra participante ahora considera que tuvo gran influencia en ella. Es importante mencionar que ninguna de las mujeres entrevistadas considero que les haya generado una influencia negativa.

Al observar los datos de los aspectos en los que influyo la intervención en las participantes vemos que en la evaluación a 4 meses la mayoría de ambos grupos considero que presentó mejoría en su estado de ánimo mientras que en el seguimiento a dos años la mayoría de ambos grupos consideran que enfrentan mejor sus problemas. Esto se puede deber a que en la evaluación de 4 meses



estaba más reciente la intervención y en este momento los síntomas habían disminuido de manera significativa, situación que no ocurre en el seguimiento a dos años. En este seguimiento consideran que enfrentan mejor sus problemas posiblemente porque han tenido el tiempo para poner en práctica las técnicas cognitivo-conductuales que se le enseñó durante la intervención. Hubo dos respuestas que mostraron cambios en el porcentaje de participantes que las mencionaron: la primera es cambio en la forma de pensar donde aumentó el porcentaje de 5.55% a 24.32 %, lo cual se puede deber a que durante la intervención se les proporcionó la información que modificó sus creencias y esto se afianzó con el tiempo. Esto también se puede deber a que los cambios que sufre el grupo durante la intervención llevan a la participante a cuestionarse su postura ante la vida, la forma en que se comporta y a plantearse nuevas actitudes que vayan de acuerdo a lo que vive como grupo (Battegay, 1978). La otra respuesta fue obtuvo información y conocimiento, la cual disminuyó de un 22.23% a un 8.11%. Esto tiene una lógica ya que desde el seguimiento a cuatro meses al seguimiento de dos años no se mantuvo un contacto con ellas por lo que no se les proporcionó información de ningún tipo. Por último es importante mencionar que un la respuesta "tiene menos problemas" (5.55%) mencionada en el seguimiento a 4 meses no se presentó en el seguimiento a dos años. Esto se puede deber de igual forma al tiempo que ha pasado entre la intervención y las evaluaciones. De cualquier forma el porcentaje que mostró era muy bajo por lo que no se puede hablar de que la intervención en algún punto haya disminuido la problemática que viven las participantes.

En el seguimiento a dos años al analizar una por una las respuestas de las participantes del por qué consideran que influyó la intervención se puede observar que no fueron los mismos para las del grupo del IG y las del grupo de IIM, por ejemplo, el IG mencionó que se conoce y se acepta a raíz del curso, situación que no menciona el IIM como aspecto en el que influyó la intervención. Por su parte, el IIM considera que entiende mejor sus problemas a raíz de la intervención, razón que no menciona el IG. Esto nos habla que la dinámica grupal que se generaba en

el grupo IG permitía que se conocieran mejor a través de las experiencias de otras y de igual forma que se aceptaran al darse cuenta de que no son las únicas que viven este problema. Las participantes pertenecientes al grupo IIM entendieron sus problemas de mejor forma posiblemente porque al ser menor el tiempo con el que se contaba para la intervención se le dio mayor importancia a la información del material a reflexionar que venía en el material psicoeducativo, así como en la ejecución de los ejercicios para lograr sentirse mejor.

Para saber a qué se refieren las participantes al hablar de mejoría en estado de ánimo, enfrenta mejor sus problemas, entiende mejor sus problemas, cambios en su forma de pensar, se conoce y se acepta obtuvo información y conocimiento y otros, analicé cada una de sus respuestas de ambos grupos

En el grupo de IG podemos observar que al hablar de una mejoría en el estado de ánimo se refieren a mejorar su actitud superando su tristeza por medio de las técnicas que les enseñan en la intervención. Enfrentan mejor sus problemas ya que aprendieron a sacar todo lo que llevan dentro por medio de la comunicación escrita y verbal, diciendo las cosas como son y pidiendo ayuda en caso de que sea necesario. Con cambio su forma de pensar se refiere a que la intervención les permitió ver las cosas de manera más real y darse cuenta de que no están solas y así vivir las experiencias de mejor manera. Se considera y se acepta ya que por medio de la intervención se conocen más y aprendieron a darse valor como mujer y a aceptarse tal y como son. Por último, podemos decir que al hablar de obtener información y conocimiento se refieren a que a través del material y de la intervención aprendieron lo que es la depresión y en algunos casos a pedir ayuda al reconocer su predisposición a padecerla.

El grupo IIM, al hablar de mejoría en estado del ánimo se refieren a que encontraron tranquilidad en su vida, lo cual las hacía sentirse felices y seguras. Enfrentan mejor sus problemas ya que pudieron resolver problemas que se presentaron después de la intervención ya que tenían una perspectiva diferente a

raíz de esta que les permitía enfrentar sus conflictos. Entiende sus problemas mejor ya que al contar con información puede reconocer sus errores. Al hablar de cambio de forma de pensar se refiere a que ya no se responsabilizan por lo que hacen los demás, se dan cuenta de que muchas de sus reacciones son incoherentes con la situación y ya no son tan negativas. Por último al hablar de que obtuvieron información y conocimiento se refieren a que cuando se sienten desesperadas acuden al material psicoeducativo para sentirse mejor.

Cuando se les preguntó a las participantes "¿Cree que el curso/plática debería seguir haciéndose así?", la mayoría de los dos grupos dijeron que sí. Cuando se les pregunta "¿Por qué?" la gran parte de las participantes respondieron que fue porque les había gustado el trabajo de las facilitadoras. En datos reportados por Lara (2001) menciona que la actitud positiva de las facilitadoras influyó en el proceso de cambio de las participantes. La relación entre la facilitadora y el grupo o el individuo, en el caso de la intervención mínima, es importante en el proceso de cambio ya que ciertas cualidades del terapeuta como la empatía, la calidez y la sinceridad motivan a la realización de las tareas sugeridas en la intervención. (Goldstein et al. citado en Safran y Segal, 1994). Otra razón en la que coincidieron ambos grupos fue que les gustaba la libertad de expresión que encontraron en las pláticas. Battagay menciona en su libro *El hombre en el grupo (1978)* que las integrantes del grupo hablan con libertad de sus emociones y es "cuando alcanzan a reconocer que no son solamente ellos los que sufren conflictos y necesidades íntimas, sino también los demás, ya no se sienten excluidos de todas las referencias sociales" (p.137).

La interacción grupal fue una razón que dio únicamente el grupo de IG ya que la intervención proporcionada al grupo IIM era individual. El IIM opinó que la resolución de sus problemas es una de las características que les gustó de la intervención. Es importante mencionar que este grupo tenía una entrevista persona a persona, por lo que fue mayor la interacción y la reflexión de la problemática entre la facilitadora y la participante, situación que no ocurría dentro del grupo pues en este se busca que cada una de las participantes cuente con la

oportunidad de expresar lo que siente y que sean ellas mismas las que compartan sus experiencias a sus compañeras lo cual limitaba la interacción entre facilitadora y participante.

Analizando cada una de las respuestas de las participantes del IG se puede notar que conceden gran importancia al trabajo que realizan las facilitadoras ya que les permiten expresar todas sus emociones sin que las juzguen, además de que son personas de confianza con las cuales pueden hablar de sus más íntimos secretos. También consideran importante la libertad de expresión pues de esa forma es más fácil que hablen y expresen sus sentimientos y en caso de que no estén acostumbradas a hablar, se les enseña a expresar tanto lo bueno como lo malo además de que cuentan con la oportunidad de reconocerse a sí mismas, en las reacciones de sus compañeras (Battegay, 1978). Por último mencionan que por medio de la situación grupal aprenden de las experiencias de otras personas, y comparten con ellas sus experiencias.

Estudiando las respuestas del IIM se puede observar que consideran importante el trabajo de las facilitadoras dentro de la intervención ya que son personas que transmiten confianza, muestran interés en sus problemas, les dan un punto de vista objetivo de su situación y les dan ánimo, además de que todo lo que digan será confidencial. De igual forma, consideran valioso el que las guíen para hayan la solución a sus problemas por medio del material psicoeducativo y de las reflexiones que se hacían durante la plática. Por último también consideran que fue bueno tener la posibilidad de expresarse libremente.

Cuatro personas opinaron que tenía que haber cambios en el curso, dos del grupo de IG y dos del grupo de IIM. Una de las participantes del grupo de IG, consideró que faltó tiempo y otra menciona que no ubicaban en su realidad a las participantes. Es importante mencionar que la mujer que menciona esto fue la misma que consideró que el curso no había influido en ella. Las participantes del IIM consideran que faltó tiempo. Esto tiene lógica ya que ellas solo recibieron una

intervención donde se les mostró como utilizar el libro y se les realizó la entrevista preintervención.

Es importante resaltar el hecho de que en ambos grupos la actitud de las facilitadoras es muy importante para las participantes, y que como mencionamos anteriormente, esta empatía debería de motivar a estas para la realización de los ejercicios cognitivos conductuales sugeridos que tienen como objetivo la disminución de los síntomas, sin embargo, esta disminución no se dio. Edna Foa en 1993 menciona "las cualidades personales del terapeuta, que parecen ser esenciales para el resultado de la psicoterapia, tienen menos repercusión en las técnicas, más precisamente formuladas, de la terapia conductual. Es probable que cuanto más poderoso sea el procedimiento terapéutico empleado, tanto menos potente será el efecto del terapeuta" (Citado en Safran y Segal, 1994, pp. 39-40). Aunque esta intervención no es una terapia, al estar formada por varios ejercicios cognitivos-conductuales podemos aplicar esta afirmación y entonces se puede decir que es necesario investigar de donde nace su resistencia al cambio, cuestionarnos si la intervención esta utilizando los ejercicios adecuados para esta problemática, si no son agresivos para la forma de pensar de estas mujeres, si el numero de sesiones es suficiente o se requieren más, si el clima que crean las facilitadoras durante la intervención realmente motiva al cambio, etc. (Ibid.). Hay que determinar que aspecto de la intervención esta fallando y no permite que se mantengan la disminución de los síntomas.

Por último se les pregunto "¿Qué nos sugeriría para mejorarlo? Con el fin de hacer una intervención más eficaz y eficiente. La mayoría de las participantes de ambos grupos consideran que debería existir mayor continuidad en la intervención y que durara más tiempo. Es interesante hacer notar que aunque están conformes con lo que les proporciono la intervención y consideran que no debe de haber cambios, sí consideran que faltó tiempo y que faltó mayor continuidad. Esto nos habla de que probablemente los síntomas no se mantuvieron bajos pues el número de sesiones fue reducido y que es necesario

mantener un contacto con ellas ya sea realizando evaluaciones más frecuentes o por medio de nuevas intervenciones para lograr disminuir los síntomas tanto de depresión como somáticos.

Al revisar cada una de las respuestas del grupo de IG sugieren una mayor continuidad en la intervención y que las facilitadoras las contacten con mayor frecuencia. Respecto al tiempo sugieren más sesiones y que su duración sea mayor a dos horas. Otras sugerencias que aportaron fueron que existiera mayor difusión y que hubiera más retroalimentación, es decir que les dieran sugerencias personalizadas. Por último, sugieren que el margen de edad fuera más amplio, que se hicieran cambios en el diseño del libro, que existiera alguna persona que cuidara a los niños que acompañaban a sus madres a las sesiones ya que generalmente las interrumpían.

Mientras tanto las sugerencias que el grupo de IIM sugirió fue que hubiera mayor continuidad, ya que el acceder a una terapia particular les resulta costoso, además de que siente que aunque les ayudó a salir de la depresión aun falta el "empujón" para sentirse mejor, y que la entrevistadora fuera la misma ya que las lastimaba estar contando la misma historia a cada entrevistadora. También sugirieron que fueran más largas las sesiones pues les permitiría hablar más de sus problemas. Otra de sus sugerencias fue que hubiera más difusión, para que llegara a más personas que necesitan ayuda y para que la gente se enterara del objetivo de las pláticas ya que por la escasa difusión la gente creía que asistían al CECOSAM porque estaban "locas". Además mencionaron que tras cada evaluación se les dieran a conocer sus avances y retrocesos. Por último también pidieron que hubiera más material, que se les proporcionara bibliografía o resúmenes que también las pudieran ayudar. Hubo una participante del grupo IIM la cual menciono que el curso era perfecto tal y como estaba y que no había nada que mejorar.

Tras analizar las respuestas y compararlas con los datos obtenidos en el seguimiento a cuatro meses podemos decir que la hipótesis no se cumple, pues se mantiene una positiva evaluación subjetiva de la intervención a pesar del tiempo transcurrido después de esta.

Al buscar entender el porqué dan esas sugerencias podemos darnos cuenta de que las personas con síntomas de depresión muestran una gran necesidad de apoyo y de reconocimiento (Lara, 2001) y que si dentro de su núcleo familiar no lo encuentran (Lagarde, 1995) pero sí dentro del grupo donde recibieron la intervención, buscarán mantener contacto con las facilitadoras por lo que es importante que en próximas intervenciones se busque la forma de mantener el contacto sin que se cree una dependencia entre facilitadora y participante. Por otro lado, sugieren que exista una cuidadora de los hijos pequeños de la participante que acuden a la intervención y es importante tomarlo en cuenta ya que a la mujer mexicana le cuesta trabajo acudir al médico o al psicólogo ya que muchas veces no tiene con quien dejar a los hijos y es difícil estarlos llevando a las clínicas pues no existen los espacios suficientes en las salas de espera.

Basándose en todo lo anterior, se puede concluir que la intervención psicoeducativa propuesta por Lara (2001) llevada a cabo de manera individual y de manera grupal logra disminuir los síntomas de depresión y somáticos de manera significativa durante los primeros cuatro meses después de su aplicación, pero no logra mantener sus resultados a lo largo de dos años, sin embargo, los síntomas no vuelven a ser tan intensos como lo fueron al principio de la intervención. Esto se debe a que el número de sesiones fue reducido. A pesar de que hay un aumento en los síntomas, las participantes consideran que la intervención generó una gran influencia en su vida por lo que podemos decir que la evaluación subjetiva que realizan las participantes se mantiene positiva comparada con la evaluación realizada en el seguimiento a cuatro meses. También podemos concluir que en esta muestra los síntomas de depresión y los síntomas somáticos se encuentran relacionados y que no existen diferencias en

los tipos de intervención en los resultados obtenidos tanto en la disminución de síntomas como en la evaluación subjetiva.

## **7.5 LIMITACIONES METODOLÓGICAS**

Una de las limitaciones que presento este trabajo fue la ausencia de un grupo control con el cual comparar los resultados de ambos grupos ya que no se puede saber si los cambios los origino la intervención o fueron otros factores los que contribuyeron a estos. No se llevo a cabo ya que se considero poco ético el mantener durante dos años a un grupo de mujeres que presentan síntomas de depresión sin atención de ningún tipo.

Otra limitante fue el tamaño de la muestra, esta se debió a que no se contaba con los recursos ni con el tiempo suficiente para realizar más entrevistas que le darían mayor validez a los resultados.

## **7.5 SUGERENCIAS.**

Se sugiere que en estudios posteriores se incremente el tamaño de la muestra para darle mayor validez a los resultados.

También de que se deben de tomar en cuenta otros aspectos que se evaluaron como la autoestima, trastornos emocionales y síntomas de ansiedad, así como otras variables de su historia de vida, como abuso sexual, padres alcohólicos, etc.

Para finalizar podemos decir que hay que realizar cambios en la intervención, como en el número de sesiones, de 6 a 8 ó 12 sesiones que son el número que manejan intervenciones (Muñoz y Miranda, 1994; Dowrick, et al., 2000) que han demostrado una disminución de los síntomas a través del tiempo.



De igual forma es importante mencionar que se debe de diseñar nuevas intervenciones que sean continuación de esta y que tenga como objetivo reforzar lo aprendido. Para terminar es importante que aunque esta intervención se realiza en clínicas y centros de salud con pocos espacios, se debe de buscar la forma de ofrecerles un servicio de guardería que durara las dos horas que se encuentran en sesión.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Adam, D. (1989) Women and stress: A community prevention and health promotion program. Canada's Mental Health. December: 5-8.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1993) Psicoterapia de la depresión. México: Ed. Paidós Mexicana, S. A.
- Ayuso, J. L. Saiz, J. (1997) Depresión: Vision actual. Madrid: Grupo Aula Medica.
- Battegay, R. (1978) El hombre en el grupo. Barcelona: Herder.
- Basaglia, F. (1985) Mujer, locura y sociedad. Universidad Autónoma de Puebla.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983) Terapia cognitiva de la depresión. España: Ed. Desclee de Brouwer S. A.
- Burin, M.; Moncarz, E.; Velásquez, S. (1990) El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada. México: Paidós.
- Calderon, G. (1990) Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Caraveo, J.y Mas, C. (1990) Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. Salud Publica. 32 (5): 523-531.
- Caraveo, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999) Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental, 22 (2): 7-17.
- Caballo, V. (1995) Manual de técnicas de terapia y modificaciones de conducta. 3ª Ed. España: Edit. Siglo XXI.
- Chinchilla, A. (1999) Guía terapéutica de las depresiones. México : Masson.
- Covi, L., Roth, D. & Lipman, R. (1982) Cognitive group psychotherapy of depression: the close-ended group. American Journal of Psychotherapy. XXXVI (4): 459- 469.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. E. y Caraveo, J. (1997) Salud Mental en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Derogatis L. R. (1978) SCL-90-R Revised versión manual 1. USA.
- 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 Dorwick et al.321: (7274) 1450.

DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1995)  
España: Masson.

Freud, S. (1992) Obras completas de Sigmund Freud : Vol.14. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1994) El malestar de la cultura. México: Paidós.

Glick, I. & Yalom, I. (1999) Tratamiento de la depresión: técnicas clínicas actuales. Barcelona: Granica.

González S. (1995) Las mujeres y la salud. El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.

Goldman, H. (1989) Psiquiatría General. 2ª Ed. México: El Manual Moderno.

Haddad P. (1994). Depression: counting the costs. Psychiatric Bulletin, 18: 25 - 28.

Hyde, J. (1995) Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. 4ª Ed. Ediciones Morata.

Ierodiakonou, C. & Iacovides, A. (1987) Somatic manifestations of depressive patients in different psychiatric setting. Psychopathology. 20: 136-143.

Johnson, P. (1976) Women and power: Toward a Theory of Effectiveness. Journal of Social Issues. 32 (3): 99-110.

Lagarde, M. (1993) Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 2ª Ed. México: Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM.

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, M. A. (1993) Inventario de masculinidad y femineidad. México: Manual Moderno.

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., Medina-Mora, M. E., Salgado de Snyder, V. N., Acevedo, M., Díaz-Pérez, M. J. y Villatoro, J. (1996a). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. Salud Mental, 19 (2): 42-49.

- Lara, M. A., Fernández, M., Acevedo, M y López, E. (1996b) Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación de género. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 42 (4): 329-340.
- Lara, M. A. Mondragón, L. y Rubi, N. (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, S.; Weckmann, C; Villarreal, A.L. y Pego, C. (2000). ¿Es difícil ser mujer?. Una guía sobre depresión. México: Editorial Pax..
- Lara, M. A., Acevedo, M. y Luna, S. (2001) ¿Es difícil ser mujer? Guía didáctica para el trabajo de grupo México: Ed. Pax.
- Lara, M. A. (2002). Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. Tesis doctoral. U.N.A.M.
- Lara, MA; Navarro C; Rubí NA; Mondragón, L. (2003) Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. American Journal of Orthopsychiatry. 73(1), 35-43.
- Last, J. (1997) The clinical utilization of early childhood memories. American Journal of Psychotherapy. 51 (3): 376-386.
- Leal C. (1999). Trastornos depresivos en la mujer. España: Masson
- Lepore, S. (1997) Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. 73 (5): 1030-1037.
- McGrath, E., Keita, G., Strickland, B. & Russo, N. (1995) Women and depression. Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression.
- Mrazek, P. J. y Haggery, R. J. (1994) Reducing risk for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. National Academy Press, Washington, D.C.
- Muñoz, R. & Ying, Y. (1993) The prevention of depression: research and practice. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Muñoz, R., Ying, Y., Perez-Stable, E. & Miranda, J. (1996) Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. American Journal of Community Psychology. 64 (5): 868-874.
- Nakao, M.; Yamanaka, G., Kuboki, T. (2001) Major depression and somatic Symptoms in mind/Body Medicine Clinic. Psychopathology 34: 230-235.
- Pajer, K. (1995) New strategies in the treatment of depression in women. Journal of Clinical Psychiatry. 56 (Suppl. 2): 30-37.
- Pennebaker, J. (1993) Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. Behavior Research Therapy. 31 (6): 539-548.
- Radloff, L (1977) The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1: 385-401.
- Revee, J. (1994) Motivación y emoción. España: McGraw-Hill.
- Rogler, L. (1996) Framing research on culture in psychiatric Diagnosis: The case of the DSM-IV. Psychiatry. 59: 145-155
- Saavedra, C. y Planas, M. E. (1996) Signos, significados y acciones relacionados a la experiencia depresiva en comunidad urbano-popular de Lima. Anales de Salud Mental. XII: 147-190
- Safran, J. y Segal, Z. (1994) El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. España: Paidós.
- Salgado, N y Díaz, M. (1999) Los trastornos afectivos en la población rural. Salud Mental. Numero especial: 68-74.
- The Harvard Mental Health Letter. (1997). Mood Disorders: An Overview. Part 1, 14, (6): 1-4.
- The Harvard Mental Health Letter. (1998). Mood Disorders: An Overview. Part 2, 14, (7): 1-5.
- Vallejo, J. y Mechón, J. (1993) Depresiones crónicas. Barcelona: Doyma.
- Wright, J. & Borden, J. (1991) Cognitive Therapy of depression and anxiety. Psychiatric Annals. 21 (7): 424-428.

Anexo A.

Material Psicoeducativo "Es Difícil ser Mujer. Una Guía sobre Depresión" y "Guía didáctica para el trabajo del material educativo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión"



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Anexo B.

### Estructura de las sesiones de la Intervención Grupal.

#### Sesión 1

Actividades	Temas	Páginas	Tiempo aproximado minutos
Introducción			20
Presentación de las participantes			20
Lectura 1	Para comenzar ¿Cómo utilizar el material educativo?	12 a 17	4
Preguntas y comentarios			10
Lectura 2	¿Qué es la depresión?	19 a 31	7
Preguntas y comentarios			18
Lectura 3	Forma de pensar de la persona deprimida	32 a 37	5
Preguntas y comentarios			18
Repaso de puntos clave			10
Actividades en casa y cierre			10

#### Sesión 2

Actividades	Temas	Páginas	Tiempo aproximado minutos
Comentarios sobre experiencias y actividades en casa			20
Lectura 4	¿Por qué nos deprimimos?	40 a 51	7
Preguntas y comentarios			15
Lectura 5	Historia Infantil	56 a 66	8
Preguntas y comentarios			20
Lectura 6	Acontecimientos de la vida	72 a 78	5
Preguntas y comentarios			20
Repaso de puntos clave			10
Actividades en casa y cierre			15

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### Sesión 3

Actividades	Temas	Páginas	Tiempo aproximado minutos
Comentarios sobre las actividades en casa			20
Lectura 7	Condición social de la mujer	89 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
Actividades en casa y cierre			17

### Sesión 4

Actividades	Temas	Páginas	Tiempo aproximado minutos
Comentarios sobre las actividades en casa			15
Objetivo y actividades de esta sesión			10
Ejercicio 1	¿Qué hacer? Definir qué nos pasa	124 a 136	20
Ejercicio 2	"Hacia una revalorización de nuestra persona"		20
Actividades en casa y Cierre			12

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



### Sesión 5

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

### Sesión 6

Actividades	Temas	Páginas	Tiempo aproximado minutos
Comentarios sobre las actividades en casa			20
Ejercicio 6	Nuevas maneras de comportarnos	155 a 161	20
Compromiso conductual			10
Lectura y explicación	"A dónde ir"	164 a 183	20
Preguntas y comentarios			15
Cierre del taller			15

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Anexo C.

#### Actividades cognitivo-conductuales sugeridas en el libro "Es difícil ser mujer. Una guía sobre depresión".

	Actividades
Definir que nos pasa.	Revisar lo escrito en la libreta e identificar los sentimientos y problemas que presenta.
Hacer una revaloración de nuestra persona.	a) ¿Cómo tratar nuestros errores. b) Como tratar nuestras cualidades.
Cambios en nuestras creencias.	a) Revisar nuestras creencias de lo que es ser mujer. b) Revisar nuestras creencias sobre lo que es el amor. c) Revisar nuestras creencias sobre el sufrimiento.
Dar salida a nuestra tristeza, miedo y enojo.	Escribir una carta donde salgan todas las emociones negativas.
Modificar la manera en que percibimos nuestro medio ambiente.	Fijarse en cosas buenas, ver el lado positivo de los problemas y que tanto se pueden resolver.
Nuevas maneras de comportarnos.	Platicar con otras personas. Frecuentar a personas que nos agradan. Obtener información sobre algún problema. Responsabilizar a los demás miembros de la casa del trabajo de la casa. Realizar actividades recreativas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN