

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

EL PAPEL DEL APOYO SOCIAL EN UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA
PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

TESIS
PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA
SOLEDAD VERA ANSALDI BARRAZA

TUTORA: MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ



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.

Agradezco a mi tutota, la Dra. María Asunción Lara Cantú,
su dedicación y orientación, y el haberme transmitido el compromiso hacia la investigación.

Con todo mi amor a Antonio
A mis padres Hugo y Rita
A mis hermanas Florencia y Celina
A mi sobrina Valentina

Quiero agradecer también la ayuda y colaboración del Centro Comunitario de Salud Mental Cuauthémoc (SSA), de su ex Director el Dr. César Javier Bañuelos Arzac y de su actual Directora la Dra. María Concepción Ibarra Alcanzar y, muy especialmente, el apoyo de la Trabajadora Social Hermelinda Graciano y de la Psicóloga Blanca Romero. Sin su participación esta investigación no hubiera podido realizarse.

Lo mismo para Francisco Juárez quien, con enorme amabilidad y generosidad, me ayudó en la realización del análisis estadístico, y a mis compañeras Ingrid y Sandy por su cariñosa amistad.

Índice

Introducción	p. 7
1- Marco conceptual	
1.1- Epidemiología de la depresión	p. 10
1.2- Clasificación de la depresión	p. 16
1.3- Curso y pronóstico de la depresión	p. 20
1.4- Factores etiológicos involucrados en la depresión en mujeres	p. 22
1.5- Prevención de la depresión	p. 35
1.6- Apoyo Social	p. 42
2.- Antecedentes de investigación	
2.1.- Influencia del apoyo social en la depresión en mujeres	p. 52
2.2.- Papel del apoyo social en las intervenciones para la prevención de la depresión	p. 57
3- Problema de investigación	
3.1- Justificación	p. 61
3.2.- Planteamiento del problema de investigación	p. 61
3.3.- Objetivos del estudio	p. 62
3.4.- Hipótesis de investigación	p. 62
4- Metodología	
4.1.- Sujetos	p. 65
4.2.- Escenario	p. 65
4.3.- Procedimiento	p. 65
4.4.- Diseño de investigación	p. 66
4.5.- Variables e instrumentos de medición	p. 67
4.6.- Análisis de los resultados	p. 72
4.7.- Aspectos éticos	p. 73
5- Resultados	
5.1.- Características sociodemográficas de la muestra	p. 76
5.2.- Reclutamiento, retención y asistencia	p. 77
5.3.- Efectos de la intervención	p. 81
5.4.- Observaciones del Módulo de Apoyo Social	p. 96
6- Discusión, alcances del estudio y conclusiones	p. 102
Anexos	p. 115
Anexo 1. Consentimiento informado	
Anexo 2. Material de lectura del Módulo de Apoyo Social	
Anexo 3. Guía didáctica para la conducción del trabajo grupal del Módulo de Apoyo Social	
Bibliografía	p. 142

Índice de tablas, gráficos y esquemas

- Gráfica 1.** Problemas de salud mental en mujeres a nivel mundial. p.15
- Gráfica 2.** Problemas de salud mental en hombres a nivel mundial. p. 15
- Tabla 1.** Diversos estudios sobre las causas sociales de la depresión en mujeres. P. 29
- Esquema 1.** Carácter multifactorial de la depresión. p. 50
- Esquema 2.** Marco de referencia de los factores psicosociales involucrados en la depresión en las mujeres. p. 51
- Esquema 3.** Esquema conceptual del problema de investigación. p. 64
- Tabla 2.** Variables, instrumentos y etapas de medición. p. 67
- Tabla 3.** Características sociodemográficas de la muestra. p. 77
- Esquema 4.** Reclutamiento y retención: Grupo Experimental y Grupo Control. p. 79
- Tabla 4.** Asistencia promedio a la intervención. p. 80
- Tabla 5.** Pruebas de Kolmogorov - Smirnov para conocer la normalidad de la distribución p. 81
- Tabla 6.** Medias y grados de sintomatología depresiva al inicio del estudio p. 82
- Gráfica 3.** Anova síntomas de depresión p. 83
- Gráfica 4.** Anova Autoestima. p. 85
- Tabla 7.** Proporción de casos que mejoraron su autoestima del pre-tratamiento al post-tratamiento. p. 84
- Tabla 8.** Número promedio personas que brindan apoyo social y puntajes promedios de satisfacción con el Apoyo Social al inicio del estudio. p.86
- Gráfica 5.** Anova número de apoyos. p. 87
- Gráfica 6.** Anova satisfacción con apoyo social. p. 87
- Tabla 9.** Comparaciones entre ambos grupos en la influencia percibida de la intervención. p. 89
- Tabla 10.** Motivos expuestos por las participantes de cada condición para percibir la influencia de la intervención. p. 89
- Tabla 11.** Influencia de la intervención en conductas y actitudes orientadas al fortalecimiento apoyo social. p. 91
- Tabla 12.** Diferencias entre ambos grupos en la influencia percibida de la intervención en conductas orientadas a reforzar el apoyo social. p. 91
- Tabla 13.** Tipo de apoyo más frecuente en las tres etapas del estudio. p. 93

Tabla 14. Fuentes de apoyo más frecuentes. p. 94

Tabla 15. Mujeres en pareja y que reciben su apoyo. P. 95

Tabla 16. Comparación entre ambos grupos en la satisfacción con el apoyo obtenido para mejorar el estado de ánimo. p. 96

Introducción

La investigación que se presenta a continuación aborda el tema de la depresión en las mujeres y su relación con el apoyo social. La atención recae en la influencia del desarrollo de herramientas individuales, orientadas a reforzar el apoyo social, en los resultados de una intervención psicoeducativa para la prevención de la depresión en las mujeres (Lara, Navarro, Rubí, & Mondragón, 2003ab).

La importancia de abordar el problema de la depresión en las mujeres se basa en la alta frecuencia con la que las mujeres de diversas culturas sufren síntomas de depresión y lo altamente discapacitante que resulta para el desarrollo de sus vidas (Desjarlais, Emswiler, Good & Kleiman, 1997). La Organización Mundial de la Salud [OMS] indica que la prevalencia puntual de episodios de depresión es de 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001) y, según datos aportados por otros estudios, 20% de los adultos ha sufrido síntomas de depresión en los últimos seis meses (Kessler, 2002). A su vez, y sumado a su importante frecuencia, la depresión es un padecimiento altamente discapacitante representando un alto costo individual, familiar y social. De esta manera, el sufrimiento individual y las limitaciones asociadas en el funcionamiento en áreas como el trabajo y las relaciones interpersonales lo convierten en el trastorno mental responsable de 30% de la discapacidad por trastornos psiquiátricos en las mujeres (Desjarlais, et al., 1997). Otros indicadores muestran a la depresión mayor como el padecimiento responsable de 11% de la discapacidad a nivel mundial, más que cualquier otro desorden físico o mental (Murray & Lopez, 1996). Por último, datos más actuales indican que la depresión grave es hoy la causa principal de discapacidad a nivel mundial y la cuarta de las diez causas principales en carga de morbilidad. Para ilustrar la magnitud de este problema, ya considerado de salud pública, la OMS advierte que si las proyecciones son correctas en un plazo de 20 años la depresión se convertirá en la segunda de dichas causas (OMS, 2001).

La depresión, al igual que el resto de los trastornos mentales, es producto del interjuego de la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. De éstos, el estudio de los factores sociales involucrados ha demostrado aportar elementos fundamentales para entender la alta frecuencia de síntomas de depresión en las mujeres. Así, diversas investigaciones consideran que en ellas, la desigualdad social y de género, las inadecuadas condiciones laborales, la dependencia

económica, la multiplicidad de roles que deben cumplir en su vida cotidiana, la pobreza y el aislamiento social son algunos de los elementos que colaboran para el desarrollo de diversos trastornos mentales y fundamentalmente de depresión (Desjarlais, et al., 1997). A su vez, de los múltiples factores sociales relacionados con la depresión existe actualmente un creciente interés por conocer y analizar el papel del apoyo social, ya que se ha estudiado que su fortalecimiento contribuye a mejorar la salud mental y el desempeño de las mujeres con síntomas de depresión.

De esta manera, y ante la evidencia de la alta frecuencia de síntomas de depresión en las mujeres, es importante preguntarse cuál ha sido la respuesta de los servicios de salud a la gran necesidad de ayuda asociada a esta problemática. Como lo destacan algunos autores (De la Fuente, et al. 1997), los trastornos en la salud mental en su conjunto no han sido un aspecto prioritario en la planificación de los programas de salud, debiéndose esto a dos causas fundamentales: primero, a que los trastornos en la salud mental no contribuyen a las cargas de mortalidad de modo que se da prioridad a los padecimientos que sí lo hacen y, segundo, a la dificultad de la población para identificar a estos trastornos como padecimientos reales y fuentes de discapacidad. A pesar de ello, en las últimas décadas se ha empezado a reconocer que la salud mental es parte fundamental de la salud integral y que su cuidado y atención son necesarios para procurar el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones. Un reflejo de ello es el último reporte sobre las condiciones de salud en el mundo (Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo, 2001) donde se enfatiza la necesidad de concientizar tanto a la población como a los profesionales de la salud acerca de los costos humanos, sociales y económicos que conllevan los trastornos en la salud mental. A su vez, el mismo informe propone una serie de recomendaciones entre las que destacan educar a la población para la prevención de los trastornos mentales y proveer atención a la salud mental en el primer nivel de atención con el fin de facilitar el acceso de grandes poblaciones (OMS, 2001).

En el caso específico de la depresión, la mayoría de las estrategias para su prevención y tratamiento que han sido probadas en su eficacia están dirigidas a favorecer los aspectos cognoscitivos, como pensamientos y actitudes, las acciones de enfrentamiento y el apoyo social de los pacientes (Jané-Llopis, Hosman, Jenkis & Anderson. 2003). En este sentido, en México el desarrollo de una intervención psicoeducativa susceptible de aplicarse en primer nivel de atención (Lara, 2002), cuya base se encuentra el material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una guía para depresión* (Lara, Acevedo, Luna, Weckmann, Villarreal & Pego, 1997) ha representado

una fundamental aportación a la prevención y atención temprana de la depresión en mujeres. Esta intervención, cuyos antecedentes se encuentran en el desarrollo de una línea de investigación iniciada desde hace más de dos décadas sobre las influencias sociales y de género en la salud mental de las mujeres (Lara y cols. 1993; Lara, 1991; Lara y cols., 1996ab), se caracteriza por ser breve, capaz de ser conducida por personal de salud mental previamente capacitado y de demostrada eficacia en su costo-beneficio ya que representa un menor costo que un tratamiento convencional (Lara y cols., 2003ab). A su vez, entre las razones por las cuales es una alternativa terapéutica eficaz para las mujeres con sintomatología depresiva se destacan que refleja su realidad psicosocial y les ofrece la oportunidad de intercambiar experiencias acerca de sus historias personales y de sus condiciones sociales y de género (Lara y cols. 2003c). Con relación a las características de la realidad social de las participantes, una reciente evaluación permitió comprobar que la mayoría de ellas contaban con escaso apoyo social al momento de la primera entrevista por lo que las autoras destacan la importancia de fortalecer dicho aspecto para alcanzar mejores resultados (Lara, Navarro & Navarrete, 2004).

A su vez, a través de mi propia experiencia en un Centro de Salud de primer nivel de atención como facilitadora de dicha intervención, tuve la oportunidad de observar que de las mujeres participantes, aquellas que durante el desarrollo de la intervención lograban construir redes de apoyo social o reforzar las que ya poseían alcanzaban mejores resultados que las que no desarrollaban estos aspectos. Observar que la misma participación en la intervención motivaba la búsqueda de apoyo social en algunas mujeres y que éstas a su vez se veían más favorecidas, me orientó a considerar el beneficio de incorporar este aspecto de manera más sistematizada y que, a modo de un contenido psicoeducativo más, les brindara a las mujeres los recursos individuales necesarios para construir y fortalecer fuentes de apoyo social.

En conclusión, esta investigación pretende hacer una aportación al estudio de los factores sociales involucrados en la depresión de las mujeres, desatacando de éstos la influencia del fortalecimiento del apoyo social en los resultados y la efectividad de una intervención psicoeducativa para la prevención de la depresión.

1- Marco conceptual

A continuación se presenta el marco conceptual que da sustento a esta investigación donde se aborda los siguientes temas: epidemiología de la depresión, clasificación de la depresión, curso y pronóstico de la depresión, factores etiológicos de la depresión, prevención de la depresión y conceptualización del apoyo social. En los apartados dedicados a la epidemiología y a los factores etiológicos se presenta información internacional y nacional.

1.1. - Epidemiología de la depresión

En la actualidad y como producto de un amplio cuerpo de investigaciones se reconoce que la depresión y el resto de los trastornos mentales afectan a la sociedad en su conjunto, siendo responsables tanto de sufrimiento y discapacidad individual como de pérdida de recursos sanitarios y comunitarios. De esta manera y para ilustrar la dimensión de esta realidad, a continuación se presenta información epidemiológica de la depresión en la población general y en las mujeres en particular; abordándose también datos relativos a los costos asociados.

Datos internacionales

Según diversos estudios de prevalencia realizados a través de encuestas estructuradas (instrumentos diagnósticos basados en los criterios de una clasificación establecida) de 2 a 4% de la población adulta cumple criterios de un Episodio Depresivo Mayor al momento de la valoración (WHO, 2000, en Kessler, 2002). A su vez, esta realidad es reportada en diversos países, ya que según una revisión de estudios realizados con encuestas estructuradas (Smith & Weissman, 1991) en Estados Unidos 2.2% de la población adulta sufrió un Episodio Depresivo Mayor en los últimos seis meses y 2.7% alguna vez en la vida, en Italia 5.2% en el último año, en Nueva Zelanda se observó una prevalencia 5.3% en los últimos seis meses y 5.3% en el último año y en Puerto Rico la frecuencia reportada fue de 3% en los últimos meses y 4.6% en el curso de la vida. La misma alta frecuencia de depresión en diversos países y culturas también fue reflejada por un estudio transcultural llevado a cabo por la OMS en catorce centros de atención primaria de diferentes países (Üstün y Sartorius 1995; Goldberg y Lecrubier 1995, en OMS, 2001), en éste los resultados demostraron que alrededor de 24% de todos los pacientes atendidos padecía algún trastorno mental y el diagnóstico más frecuente fue la depresión. Por último, y con

respecto a las posibles diferencias entre los países desarrollados y los en desarrollo no se encontraron resultados muy uniformes, ya que por ejemplo en Ankara (Turquía) la prevalencia de de 11.6%, en Bangalore (India) de 9.1%, en Manchester (Reino Unido) de 16.9%, y en Seattle (Estados Unidos) de 6.3%. Estudios más recientes realizados en Estados Unidos concuerdan con esta realidad, ya que según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler, 2003a) 16.2% de la población adulta reportó un episodio de *depresión mayor* alguna vez en la vida y 6.6% en los dos últimos meses, a su vez de éstos últimos 10.4% reportó *depresión leve*, 38.6% *moderada*, 38% *severa* y 12.9% *muy severa*. Por último es importante mencionar, que la presencia de síntomas de depresión se presenta en forma aún más preocupante cuando los estudios de prevalencia se basan en escalas dimensionales (instrumentos que valoran la presencia e intensidad de sintomatología depresiva a lo largo de un continuo). A su vez, y con respecto a la presencia de síntomas de depresión se ha encontrado que en Estados Unidos 20% de los adultos los sufren en períodos que van de la última semana a los últimos seis meses (Kessler, et al., 1992 en Kessler, 2002).

Con respecto a las diferencias en la frecuencia de depresión en las diferentes edades, autores como Kaplan-Meir (en Kessler, 2002) proponen una curva descriptiva del riesgo de inicio de Depresión Mayor y de Depresión Menor en la que las más altas tasas de ambos subtipos se sitúan a partir de los 45 años de edad para alcanzar su valor más alto después de los 50 años. Sin embargo, otros estudios consideran que las tasas de depresión experimentan un declive en el curso de la vida en función de la edad, siendo este hallazgo reportado a través de diversas culturas (Klerman y Weissman, 1989, Wittchen, 1986, Joyce et al., 1990, Oakley-Brown et al, en prensa, Blande et al., 1988, Newman et al., 1988, Lee et al., 1987, en Smith & Weissman, 1991). Por último, otras investigaciones no coinciden con estas perspectivas y han observado que las puntuaciones más altas se encuentran entre las edades más bajas y las más altas (Kessler, et al., 1992 en Kessler, 2002).

A su vez y referente a las diferencias por género en la prevalencia de la depresión, hay coincidencia en considerar que éste es un trastorno mucho más frecuente en las mujeres, siendo la relación mujeres/hombres de aproximadamente 2:1 (Kessler, et al., 2003b). Según una revisión (Weissman & Klerman, 1985) en las que se analizaron más de diez años de estudios epidemiológicos, esta diferencia no es debida al azar ni a que las mujeres comunican más frecuentemente el estrés, ya que los datos estudiados pertenecían a estudios comunitarios

evitando el sesgo de contabilizar sólo aquellos que acudieran a consulta. Estudios reportados por la OMS confirman esta realidad, ya que se estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres y que 5.8% de ellos y 9.5% de ellas experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses (OMS, 2001).

Datos nacionales

En México la presencia de depresión en la población general y en las mujeres en particular concuerda con lo reportado por los estudios internacionales. Medina-Mora y Berenzon (1996) encontraron en una muestra de 1,156 personas de más de 15 años de edad tasas de *episodios depresivos* (según el DSM) de 1.6% en hombres y de 4.1% en mujeres y con relación a la prevalencia de *distimia* (estado depresivo que ha persistido por lo menos dos años con escasa variación) se observó una tasa en hombres de 1.3% y en mujeres de 2.4%. En otro estudio realizado en una población de 1,984 con un rango de edad de 18-64 años se encontró una tasa de *trastornos depresivos mayores* de 2.2% en hombres y de 3.9% en mujeres y con relación a la presencia de *trastornos depresivos menores* la tasa fue de 12.7% y 14.8% respectivamente (Caraveo., Medina-Mora, Rascón, Villatoro, Martínez-Vélez & Gómez, 1996). A su vez, en otra investigación (Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldívar, 1999) de enorme interés realizada en la ciudad de México y también en población adulta de 18 a 65 años se observó que 7.9% de la población general presentó algún episodio depresivo alguna vez en la vida y la relación por género fue de 2-1, ya que mientras en los hombres la presencia fue de 5.1% en las mujeres fue de 10%, confirmándose de esta manera que en México este trastorno es más frecuente en las mujeres.

Estudios más recientes realizados en el país confirman las tendencias presentadas anteriormente. Según los datos reportados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina-Mora y cols., 2003) realizada con base a la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico [CIE10], 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos mentales alguna vez en la vida, 13.9% los reportó en los últimos 12 meses y 5.8% en los últimos treinta días. La prevalencia en el país de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%, 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres; a su vez los resultados indicaron que la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En una reciente publicación (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara y Berglund, 2007) en la cual se analiza la misma muestra con relación a la prevalencia de desórdenes psiquiátricos

según el DSM-IV, se reporta que 7.2% de la población general sufrió depresión mayor alguna vez en la vida y se estima que 20.4% de la población presentará algún desorden en el estado de ánimo a la edad de 65 años y que de éstos 18.3% presentará depresión mayor. En fin, según los datos recogidos por dicha encuesta se concluye que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en las mujeres adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social como la pertenencia a áreas rurales, baja escolaridad y tener arriba de 60 años.

En conclusión, tanto los estudios internacionales como los nacionales informan a la depresión como uno de los trastornos mentales más frecuentes afectando a las mujeres dos veces más que a los hombres. A continuación y con el objetivo de analizar el efecto individual y costo social que ésta representa, se presenta información sobre la carga asociada a este padecimiento.

Costos de la depresión

Se ha analizado hasta aquí la prevalencia de la depresión en la población general y en las mujeres en particular, observando su alta frecuencia en estas últimas tanto en México como en otros países. Ahora bien, la gravedad de este trastorno se ve incrementada por lo altamente discapacitante que resulta para el individuo que lo padece, representando un alto costo individual, familiar y social. Diferentes autores han destacado esta realidad, por ejemplo Lara (2002) considera que dicho trastorno causa "Por su propia naturaleza, en el ámbito individual un gran sufrimiento, produce síntomas somáticos, limita el funcionamiento social en áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales e interfiere en las actividades diarias, incrementa accidentes y las conductas suicidas auto-infligidas, aumenta el uso problemático de alcohol y aumenta la mortalidad. En la familia causa tensión y estrés y como incapacita al individuo para trabajar, provoca en la familia dificultades financieras" (Lara, 2002, pag.40). A su vez, la misma autora destaca que no se debe dejar de considerar los costos sociales que causa este trastorno provocados por la pérdida de productividad observada en las personas que lo sufren.

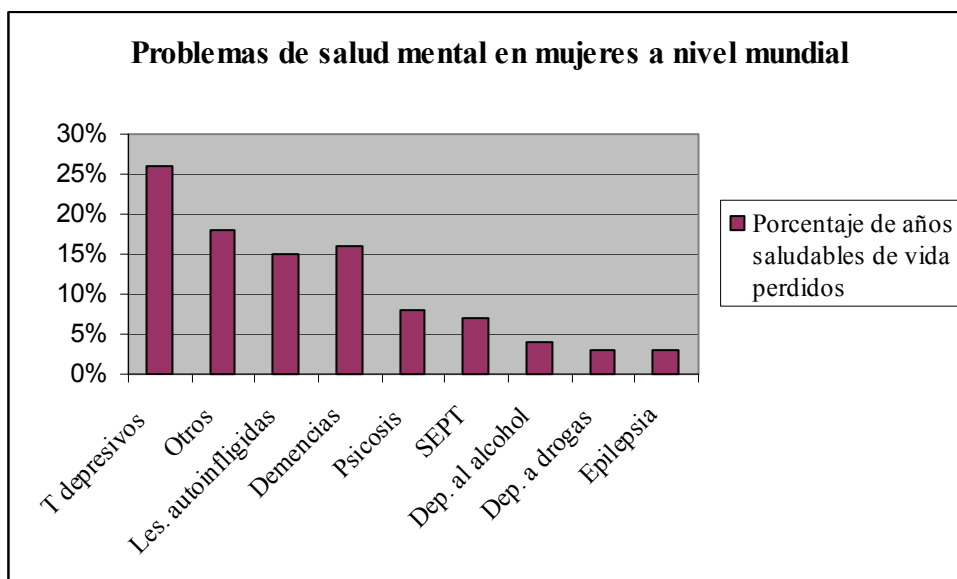
Uno de los primeros y más importantes estudios que analizó el costo individual y social de los trastornos mentales fue el denominado World Health Organization Global Burden of Disease (GBD) (Murray y Lopez, 1996). Los resultados mostraron que la depresión ocupa a nivel mundial el cuarto lugar en cuanto a carga global de morbilidad (CGM) medidos en años de vida saludables perdidos y ajustados por discapacidad (AVAD) siendo responsable de uno de cada diez años perdidos de vida saludable. Sin embargo, en la población de mediana edad la depresión

se presenta como la principal fuente de discapacidad. Según otro estudio realizado por el Banco Mundial (1993) (en Desjarlais, et al, 1997) los trastornos mentales representan 8.1% de CGM ajustados por AVAD. A su vez, se estima que entre los 15 y los 44 años de edad 12% de la CGM se debe a los trastornos neuropsiquiátricos y si a éstos se suma las lesiones auto-infligidas la CGM asciende a 15.1% en las mujeres y a 16.1% en los hombres. Del conjunto de los trastornos mentales, los trastornos depresivos ocupan el primer lugar (17,3%) seguidos por las lesiones auto-infligidas (15.9%) y las demencias (12.7%). Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres y como puede observarse en las gráficas 1 y 2, también en el problema de la discapacidad por trastornos mentales se observan importantes diferencias, ya que en ellas son los trastornos depresivos los que representan la carga más importante (25.6%), mientras que en los hombres lo son la dependencia al alcohol y las lesiones auto-infligidas (17.5%).

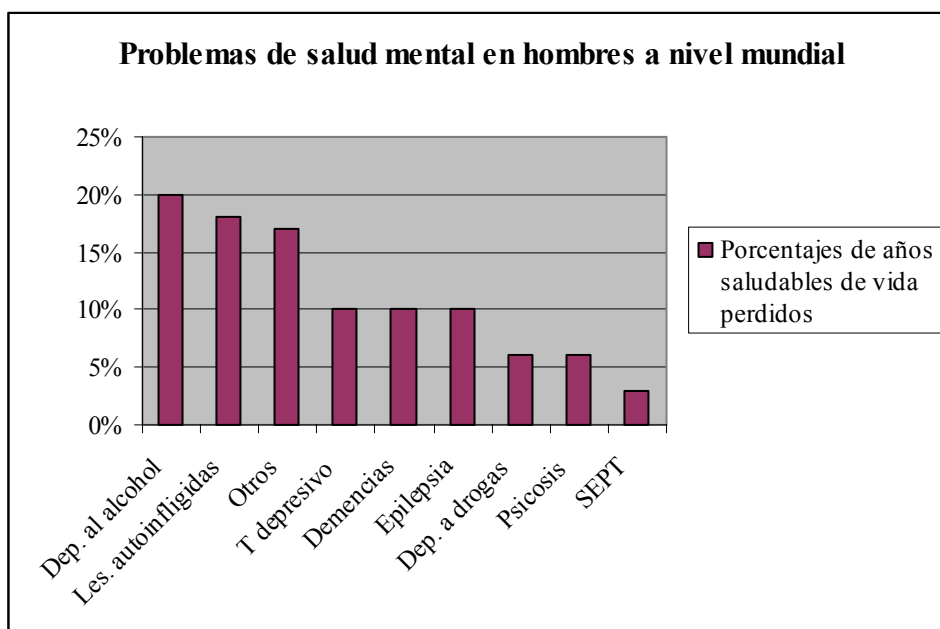
En la Encuesta Nacional de Comorbilidad realizada en Estados Unidos (Kessler, 2003) se encontró que 53.9% de los sujetos que sufrieron de un episodio depresivo en los últimos doce meses reportaron discapacidad severa o muy severa. A su vez, y con relación al grado en que la depresión afecta el desempeño laboral de las mujeres se conoce que ésta representa la principal causa de incapacidad laboral (Broadhead et al, 1990, Conti & Burton, 1999, en Mazure et al, 2002).

Otro aspecto de relevancia relacionado con los costos de la depresión en las mujeres se refiere a las consecuencias de la depresión materna en la salud mental de sus hijos. Diversos estudios han mostrado que los hijos de madres con un trastorno depresivo mayor tienen más riesgo que otros de desarrollar el mismo trastorno en la infancia y en la adolescencia y a su vez la depresión de inicio en estas etapas de la vida se continúa a menudo en la edad adulta asociándose con uso de sustancias y riesgo suicida (Weissman, Leaf, Bruce & Florio, 1988). Por último, otros estudios también han encontrado que los hijos de padres con historia de episodios depresivos presentan significativamente más riesgo de padecer diversas enfermedades médicas que aquellos de padres no deprimidos (Jaffe, Froom & Galambos, 1994 en Mazure et al., 2002).

Gráfica 1



Gráfica 2



Fuente: adaptado de Desjarlais y colaboradores (1997)

De los datos previos se concluye que a nivel mundial es alta la carga atribuible hoy día a la depresión y como advierte la OMS las perspectivas de futuro son todavía más graves, ya que para el año 2020 y si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen esta carga pasará de 4.4% a 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose también en la segunda causa de discapacidad en la población general.

En el caso de México y aunque no hay muchos estudios que analicen la discapacidad asociada a la depresión resulta ilustrativo un estudio clínico-epidemiológico (Caraveo-Anduaga y cols., 1999), realizado en población adulta de la ciudad de México, donde se reportó una tasa de prevalencia de episodios depresivos durante la vida, sin excluir trastorno bipolar, de 7.9% y donde 95% de las personas afectadas reconoció haber experimentado algún impedimento significativo asociado a los síntomas de depresión.

En síntesis, los múltiples estudios mencionados arriba destacan que la depresión es uno de los trastornos de la salud mental más frecuentes en las mujeres y que representa un importante costo individual y social.

1.2. - Clasificación de la depresión

El término depresión ha tenido diversas interpretaciones y definiciones a lo largo de la historia de la psiquiatría y de las ciencias de la conducta. Como observa Lara (2002, pag.32) a pesar de estas múltiples interpretaciones hay coincidencia en considerar a la depresión como “un estado psicológico que afecta a la mayoría de las personas en algún momento de su vida; puede ser transitoria o prolongarse más allá de meses o años; puede consistir en tristeza o infelicidad sin que afecte el funcionamiento cotidiano o manifestarse con numerosos síntomas físicos y psicológicos que interfieren en las actividades de la persona, o incapacitarla para desarrollarlas”. La OMS (2001) caracteriza a la depresión como un trastorno en el estado de ánimo que se manifiesta a través de una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. También destaca la posible aparición de otros síntomas como: pérdida de la confianza y de la autoestima, sentimientos injustificados de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, alteraciones en el sueño y en la alimentación y en ciertos casos hasta pueden presentarse diversos síntomas somáticos. A su vez, para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo es necesario que dichos síntomas superen cierto umbral de intensidad y se

prolonguen al menos por dos semanas, ya que es la intensidad y la persistencia de los síntomas lo que permite distinguir entre los cambios de afecto de breve duración producto de diversas experiencias de la vida de un trastorno en el estado del ánimo. Así, para delimitar el diagnóstico de depresión y distinguirlo de otros estados emocionales se vuelve necesario utilizar criterios definidos por alguna clasificación de los trastornos en la salud mental.

Con respecto a la clasificación de los trastornos en la salud mental pueden encontrarse muy diversas perspectivas. Algunos autores consideran que su clasificación no tiene ningún fin ya que las enfermedades mentales sólo se diferencian en el grado y en la forma de su presentación (Menninger, 1963 en Mendel, 1989) mientras que otros sostienen que las clasificaciones tienen la ventaja de reducir la heterogeneidad de los cuadros clínicos favoreciendo así la investigación científica y las indicaciones terapéuticas (Mendel, 1989). A pesar de este debate, debe reconocerse que las clasificaciones de los trastornos mentales y más específicamente de la depresión representan un paso esencial en el desarrollo de su estudio ya que son un método de distinción y estudio de aquellos rasgos psicológicos que los individuos tienen en común como también de los que difieren. En este apartado se desarrollan los dos modelos principales de clasificación de la depresión que existen en la actualidad: el modelo categórico o nosológico y el modelo dimensional o componencial.

Clasificaciones categóricas

El modelo categórico de clasificación de los trastornos mentales considera a éstos como entidades diversas de características cualitativamente diferentes entre sí, asumiéndose que dichas entidades representan al trastorno en sí mismo. De esta manera, la clasificación es el proceso categórico y tipológico mediante el cual se agrupan trastornos con semejantes configuraciones en categorías bien definidas. Esta perspectiva ha suscitado algunas críticas principalmente porque los pacientes no siempre encajan claramente en una u otra categoría sino que algunos cumplen los criterios de varias categorías y otros no se incluyen claramente en ninguna. Esto es así porque los trastornos mentales no siempre se presentan en una forma bien configurada, ya sea porque se encuentran en un período prodrómico (previo al desarrollo completo del cuadro clínico) o porque los pacientes se recuperan solo gradualmente y persisten en los cuadros clínicos síntomas de padecimientos previos. Es por ello, que muchos autores sostienen que en aquellos casos en los que la división entre normalidad y patología no es tan clara este modelo de clasificación no representa por si

mismo una forma útil de pensamiento sino que debe ser complementada con información proveniente de otros medios como entrevistas clínicas, test psicológicos o escalas de funcionalidad (Wetzler, Van Praag & Katz, 1991). De esta manera, la literatura actual considera que el modelo categórico es necesario aunque sólo representa una solución parcial al problema de la clasificación y sugiere integrar dicho modelo con otros recursos que permitan identificar el grado en que los componentes psicológicos y conductuales están presentes en cada caso clínico.

En la actualidad existen dos clasificaciones categóricas reconocidas por la comunidad científica, una es la Clasificación Internacional de la Enfermedades [ICD por sus siglas en inglés] de la Organización Mundial de la Salud y otra es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales [DSM por sus siglas en inglés] de la Asociación Psiquiátrica Americana. Para esta última clasificación la depresión es considerada como un trastorno en el estado del ánimo donde el deterioro del ánimo es una condición penetrante y primaria. El término “estado de ánimo” indica “un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo (...) en los trastornos del estado del ánimo los síndromes se caracterizan por estados de ánimo elevado o deprimido de manera patológica, siendo el diagnóstico apropiado cuando la alteración del estado de ánimo es primaria y central y no secundaria a algún otro estado físico y psicológico” (Mendel, pág. 313, 1989). De esta manera, en el DSM-IV se presentan múltiples padecimientos que tienen en común una alteración central en el estado del ánimo. Estos son: *trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no identificado, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y trastorno del estado de ánimo no especificado.*

El *trastorno depresivo mayor* se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos de por lo menos una duración de dos semanas en los que la persona debe experimentar al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades
- Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento del peso, pérdida o aumento del apetito
- Insomnio o hipersomnia

- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva
- Disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte

A su vez, este trastorno puede ser calificado como *simple* cuando se presenta un solo episodio en la vida del individuo o como *recurrente* cuando el episodio depresivo se presenta dos o más veces a lo largo de la vida. Por último, es importante mencionar que cuando los criterios arriba mencionados se mantienen por lo menos durante dos años acompañados de estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días, el cuadro clínico debe diagnosticarse como *Distimia*.

Clasificaciones dimensionales

Como se ha expuesto arriba las clasificaciones categóricas representaron un paso esencial en el desarrollo del concepto de depresión y son un recurso de gran utilidad para su diagnóstico, tratamiento e investigación. Sin embargo, es importante destacar que este modelo de clasificación puede verse limitado sino es complementado con un abordaje dimensional que considere aspectos como la intensidad de los síntomas y las características clínicas de cada individuo.

El enfoque dimensional de clasificación de los trastornos mentales considera que los componentes básicos de la función o disfunción psicológica están presentes en algún grado en muchos estados psicológicos y se presentan en forma más intensa en ciertos trastornos de la salud mental (Feighner & Boyer, 1991). De esta manera, cada individuo puede ser evaluado a lo largo de una escala desde un valor mayor a otro menor en cuanto a la presencia de cierto componente psicológico; en el caso de la depresión dicho componente es la sintomatología depresiva. La ventaja entonces de la valoración dimensional es que permite apreciar la complejidad de la distribución de los síntomas en cada individuo y las diferencias individuales, representando de esta forma una importante herramienta tanto en la investigación como en el abordaje terapéutico.

Este modelo de clasificación postula la dificultad de separar las entidades diagnósticas en categorías discretas y categóricas, ya que por ejemplo en el caso de la depresión la presencia de los síntomas puede variar enormemente en intensidad y duración entre un paciente y otro. Así, la depresión se representa de forma más completa a lo largo de un continuo de intensidad de síntomas que en categorías discretas configuradas por elementos homogéneos (Bebbington, 1996,

en Lara, 2002). Según esta perspectiva diagnóstica, para apreciar las diferencias individuales y las características particulares de cada individuo es necesario integrar diversos aspectos del padecimiento como son: la intensidad de los síntomas, su duración, las características de personalidad, los factores ambientales y la habilidad del cada individuo para resolver conflictos, entre otros aspectos (Wetzler, et al., 1991).

A su vez y con respecto a la relación entre el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (producto de la clasificación categórica) y la presencia de sintomatología depresiva (producto de la clasificación dimensional) se conoce que altos niveles de sintomatología depresiva son necesarios aunque no suficientes para precipitar una depresión mayor (McGrath et al., 1990). De la misma manera debe destacarse que la presencia de sintomatología depresiva severa, aunque no se presente como un trastorno ya establecido, se asocia también con sufrimiento e incapacidad y no es necesariamente transitoria (Moñoz y Ying, 1993).

En síntesis, la perspectiva dimensional en la valoración de la depresión tiene la gran ventaja de poder apreciar la intensidad de la sintomatología depresiva, como así también los factores individuales y ambientales presentes en cada caso particular. Por último, es importante observar que muchos autores consideran a ambos modelos de clasificación como complementarios en el diagnóstico clínico de los trastornos en la salud mental (Katz & Wetzler, 1991; van Prag, 1989; van Prag et al, 1975; van Prag; Leijnse, 1965 en Feighner & Boyer, 1991).

1.3. - Curso y pronóstico de la depresión

Diversos estudios informan que la depresión puede presentarse en diferentes edades y parece no haber demasiado acuerdo en la literatura con respecto la edad de inicio de este padecimiento. Así, algunos autores consideran que la edad promedio de inicio es de 40 años (Mendel, 1998), aunque reconocen que se carece de datos precisos acerca de la situación de este trastorno en la infancia debido a que la mayoría de los estudios epidemiológicos se realizan en poblaciones adultas. Con respecto a la asociación de edad y género algunas investigaciones observan que la diferencia en la prevalencia entre hombres y mujeres es mayor hasta los 55 años y que luego ésta disminuye debido a un incremento en los hombres y una disminución en las mujeres (Piccinelli y Gomez Homen, 1997, en Lara M.A. 2002). Con respecto a la edad de inicio de este trastorno, la OMS (2001) observa que la depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida y aunque la

incidencia es mayor en la madurez, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes (Lewinsohn et al. 1993, en OMS, 2001).

En el caso de México, estudios realizados muestran una mayor prevalencia de depresión entre las edades de 30 y 59 años (Berenzon et al., 1998), otros a su vez informan una edad de inicio principalmente en la segunda mitad de la tercera década de la vida (Caraveo-Anduaga, 1999). Con respecto a su frecuencia en edades tempranas, datos recogidos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica muestran que 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida y el primero de éstos persistió por unos 31 meses (comparado con 16 meses cuando éste se presenta en la edad adulta) y se destaca que en la mayoría de los casos no reciben tratamiento.

Con respecto a la evolución clínica de la depresión, a pesar que existen importantes variaciones, algunos autores reconocen que en muchos de los casos se presenta como un trastorno episódico y recurrente y cada episodio puede durar entre unos meses y años con un periodo de normalidad entre ellos (Mendel, 1989). Sin embargo, otros estudios (Thornicroft y Sartorius 1993 en OMS, 2001) informan que aproximadamente 20% de los casos la depresión sigue una evolución crónica y sin remisiones, fundamentalmente cuando no se dispone de un tratamiento apropiado. Los mismos autores calculan que la tasa de recurrencia en los pacientes que se recuperan del primer episodio es de 35% en los dos años siguientes y de 60% a los doce años, siendo dicha recurrencia más elevada a partir de los 45 años.

Según el DSM IV (1994) los pacientes con antecedentes de crisis recurrentes tienden a desarrollar un patrón clínico y su pronóstico puede volverse desfavorable. A su vez, un episodio depresivo no tratado puede durar seis meses o más y en la mayoría de los casos se observa una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido; aunque también se puntualiza que entre 20 y 30% de los casos persisten algunos síntomas, remisión parcial, situación que a su vez es predictora de un patrón clínico de posteriores episodios. Con respecto al pronóstico del trastorno y su asociación con los tratamientos, el mismo manual menciona que de los pacientes que reciben tratamiento sólo la mitad de ellos se recupera al año de seguimiento empeorando el pronóstico si la gravedad de los síntomas de inicio es severa, el comienzo es menos agudo o en casos de la crisis aguda si ésta ocurrió sobre un estado subyacente de depresión. Reus (1998) observa que cuando la depresión recibe tratamiento, puede esperarse que sólo dos tercios de las personas tratadas, ya sea con medicación o con psicoterapia, tengan una

respuesta rápida al tratamiento mientras que el resto no se recuperará del episodio y éste podrá volverse crónico. A su vez, otros autores informan que entre aquellos que se recuperan, es posible que 75 % presente un nuevo episodio y vuelva repetirse el círculo (Duggan, 1997).

Estudios más recientes (Melartin, et al, 2004) realizados en el continente europeo, sostienen que la remisión total de un episodio depresivo ocurre a los ocho meses de inicio del mismo y que 38% de los sujetos sufren recurrencias; a su vez el mismo estudio concluye que la duración de los episodios depresivos y su recurrencia se encuentran asociados más con la severidad de los síntomas de inicio y los niveles de comorbilidad que con el número de episodios previos. Por otro lado, otro estudio (Spijker, 2003) encontró que los determinantes principales de la recurrencia de episodios depresivos fueron la severidad de los síntomas en el primer episodio, la prolongada duración de los episodios previos, la presencia de enfermedad crónica y la ausencia de apoyo social.

Por último, es importante mencionar que uno de los desenlaces especialmente trágicos del trastorno depresivo es el suicidio, ya que algunos estudios informan que entre 15% y 20% de los pacientes depresivos lo consuman (Goodwin y Jamison 1990 en OMS, 2001).

1.4. - Factores etiológicos involucrados en la depresión en mujeres

La depresión al igual que el resto de los trastornos mentales es un trastorno multifactorial, ya que en su origen y desarrollo se combinan factores biológicos, psicológicos y sociales. Como lo menciona Lara "...en su aparición se entrelazan factores hereditarios, neuroquímicos, enfermedades psiquiátricas y físicas junto con condiciones de desarrollo de la infancia, circunstancias sociales, acontecimientos que cambian las condiciones de vida y situaciones presentes que rodean a la persona..." (Lara, 2002, pag. 45). La misma autora también destaca que a pesar que la influencia de estos acontecimientos y circunstancias es más o menos clara existe, debido a la interacción existente, una dificultad metodológica en conocer si determinado factor cumple un papel predisponente, de vulnerabilidad o mediador. La OMS (2001) menciona en su último informe que los trastornos mentales se asemejan a muchas enfermedades orgánicas en el hecho de ser el resultado de una interacción compleja de diversos componentes. Así, reconoce que existen en la actualidad pruebas científicas que indican que los trastornos en la salud mental

son consecuencia de la suma de influencias genéticas y ambientales; esto es de la interacción de las características biológicas de cada individuo con factores psicológicos, sociales y culturales.

A pesar de ello, durante mucho tiempo la mayoría de las investigaciones acerca de los trastornos mentales se concentraron en los aspectos biológicos o genéticos y descuidaron los aspectos psicosociales involucrados (Desjarlais, et al., 1997). Sin embargo, en la actualidad y producto de los avances de la investigación social y epidemiológica se reconoce que el estudio de los factores sociales es de fundamental importancia para la comprensión de los trastornos en la salud mental.

A continuación se presenta una revisión de aquellos aspectos que contribuyen a la aparición y desarrollo de la depresión organizados en las siguientes categorías: *factores biológicos*, *factores psicológicos* y *factores sociales*.

Factores biológicos

Los estudios genéticos y aquellos realizados sobre los efectos de los antidepresivos específicos han permitido proponer y sustentar la hipótesis según la cual la mayoría de los casos de Depresión Mayor Recurrente tienen cierta base biológica. Algunas investigaciones realizadas en gemelos informan una concordancia en el diagnóstico de depresión de 11% en dicigóticos y de 40% en monocigóticos y que los familiares de primer grado de individuos con depresión mayor unipolar tienen entre dos y tres veces más riesgo de sufrir depresión que la población general (Reus, 1989 en Mendel, 1989).

Existen dos explicaciones acerca de los mecanismos neuroquímicos de los trastornos en el estado del ánimo: la primera se refiere a las alteraciones de la regulación de los sistemas de neurotransmisores monoamínicos, en particular los de la noradrenalina y serotonina (5-hidroxitriptamina). La segunda plantea que la monoaminoxidasa (MAO) y la cateclo-O-metiltransferas (COMT), enzimas importantes en el metabolismo de las monoaminas, estarían disminuidas en los pacientes deprimidos. Ambas hipótesis se basan en el hecho que los neurotransmisores participan en la regulación de las funciones vegetativas como la excitación, la movilidad, el sueño, la agresividad y en la regulación del estado del ánimo. Dichas hipótesis biológicas se apoyan en las evidencias encontradas en los tratamientos antidepresivos, ya que se ha observado que en la mayoría de los casos dichos tratamientos producen una reducción de los receptores beta adrenérgicos posinápticos y un aumento de la actividad de los receptores

serotoninérgicos y alfa adrenérgicos posinápticos, todos ellos implicados en la regulación del estado de ánimo (Thase, Jindal & Howland, 2002).

Por otro lado, los estudios realizados desde una perspectiva neurofisiológica también aportan datos de interés sobre los posibles orígenes biológicos de la depresión. Estos estudios se basan principalmente en el análisis de la actividad cerebral recogida en la lectura de electroencefalogramas (EEG) y informan la existencia de una reducción de hasta 25% de dicha actividad en los pacientes con depresión. Por último, es importante mencionar que con el fin de aportar a la indagación de los mecanismos biológicos involucrados en la depresión también se están llevando a cabo diversos estudios endócrinos, inmunológicos y de imagen (Holsboer, 1995, Thase & Howland, 1995, Petito, Repetto & Hartemink, 2001 en Thase, Jindal & Howland, 2002).

Factores psicológicos

Los diversos factores psicológicos involucrados en la depresión cumplen un papel fundamental en su origen y desarrollo. De esta manera, su conocimiento y análisis puede proveer de importantes elementos para el diseño e implementación de estrategias de prevención y tratamiento. Existen en la actualidad múltiples teorías psicológicas que proponen diversas explicaciones para las causas de la depresión, a continuación se abordarán dos de ellas considerando la clasificación propuesta por Mendel (1989): primero, aquellas que consideran a la depresión como una perturbación del estado del ánimo (teorías afectivas) y segundo, las que la consideran como una perturbación en el proceso mental y cognoscitivo (teorías cognoscitivas).

a) Teorías afectivas

Abraham (1911) y Freud (1917) (en Mendel, 1989) son los principales representantes de las teorías afectivas y los autores que sentaron las bases teóricas para las posteriores explicaciones psicoanalíticas de los trastornos afectivos. Sus argumentos para entender los estados depresivos se basan en los conceptos propuestos por la teoría psicoanalítica, principalmente en el análisis de las similitudes y diferencias entre los estados de duelo y los depresivos.

Según este abordaje, el sujeto que lleva a cabo un proceso de duelo se encuentra preocupado por la pérdida de una persona u objeto valioso para él, mientras que aquel que sufre depresión se halla dominado por sus sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestima consecuencia del deterioro y debilitamiento de su yo. Esto es así porque en los estados de duelo los sentimientos de

hostilidad, sean estos conscientes o inconscientes, se dirigen contra el objeto perdido y por lo tanto el mundo circundante se torna pobre y vacío. En cambio, en la depresión estos sentimientos de hostilidad, los cuales también pueden ser conscientes o inconscientes, se dirigen en primer lugar hacia el objeto perdido, ya sea real o simbólico, para luego retornar hacia el yo del sujeto. De esta manera el yo se empobrece y vacía y surgen los síntomas característicos de la depresión: autorreproches, sentimientos de inferioridad y baja autoestima, pensamientos de culpa y frustración. Es importante aclarar que la pérdida del objeto amado puede ser real o simbólica ya que no implica necesariamente la pérdida real de una persona amada sino que puede referirse a la pérdida de un valor o posición significativa para el individuo.

Otros autores más recientes han realizado estudios basados en un abordaje psicodinámico de la depresión acerca del papel de la familia y la personalidad del paciente deprimido. De esta manera, Cohen. y cols (1954) y Gibsons (1957) (en Mendel, 1989) a través del análisis de las relaciones interpersonales y las características de personalidad de pacientes maniaco-depresivos, concluyeron que éstos provenían de una ambiente familiar marcado por sentimientos de marginación e inferioridad social. Las familias de los sujetos estudiados habían tenido algún tipo de revés económico o tenían entre sus miembros a un enfermo mental y ponían la responsabilidad del crecimiento familiar en algunos de sus miembros generando en éste sentimientos de incompetencia y frustración. Según dichos estudios las características de los pacientes estudiados fueron tener una historia infantil caracterizada por un entorno competitivo y una marcada preocupación en la vida familiar por el logro y el éxito social responsabilizando al paciente de conseguirlo.

Por último, otros autores como Cameron (1986) y con base a los postulados de la teoría psicoanalítica consideran que los estados depresivos son una perturbación del humor. Según él la depresión sería una reacción del individuo a diversas situaciones de pérdida o amenaza de pérdida, al fracaso, a la desaprobación o a la desilusión. A su vez, los sentimientos básicos de esta perturbación son la subestimación de si mismo, el desaliento y la búsqueda constante de apoyo. También destaca que la persona deprimida no logra interesarse por la gente o por las actividades ya que se encuentra presa de sentimientos de inferioridad que no le permiten tener iniciativa. Sin embargo y a diferencias de los estados psicóticos en los estados depresivos el paciente mantiene gran parte de su capacidad para preservar sus relaciones de objeto. Con respecto a los factores precipitantes de la depresión, Cameron (1986) considera que son principalmente privaciones y

frustraciones que exceden los límites de la tolerancia individual. Según este autor esto es así porque los sujetos propensos a la depresión son especialmente vulnerables a cualquier cosa que destruya o amenace la satisfacción de sus necesidades de dependencia profunda y a todo lo que empequeñezca su sentido de autoestima. De esta manera, las causas principales de los estados depresivos son pérdidas tales como el final de una relación amorosa o el fracaso laboral o económico.

En fin, las teorías afectivas aportan elementos teóricos fundamentales para entender los estados depresivos y para proponer herramientas de abordaje terapéutico. Entre estos elementos se destacan las reacciones de pérdida del sujeto y los sentimientos de frustración que condicionan el cuadro clínico y la presentación de los síntomas.

b) Teorías cognitivas

Para este modelo teórico las disfunciones cognitivas observadas en la depresión no se deben a una alteración básica del estado de ánimo sino que estas disfunciones son primarias y centrales en el cuadro depresivo. Los principales representantes de esta corriente y que sentaron las bases para las posteriores explicaciones cognitivas de la depresión fueron Aaron Beck y sus colaboradores (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Según sus desarrollos teóricos las personas se deprimen fundamentalmente por tres causas: primero, cuando se ven a sí mismas en forma negativa, segundo cuando aprecian su medio ambiente de forma negativa y tercero cuando ven el futuro de forma negativa, a continuación se abordan cada una de estas tres deficiencias.

En primer lugar, según esta perspectiva los sujetos con depresión se caracterizan por los siguientes síntomas: sentimientos de autodevaluación, de falta de mérito, de desmoralización, de autoineficacia y de desesperanza. El origen de todos estos sentimientos de autodevaluación parece encontrarse en exigencias incondicionales, rígidas, categóricas e imperativas con relación a las diferentes áreas de sus vidas. Así, las personas deprimidas o en riesgo de estarlo, presentan exigencias demasiado altas con relación a su desempeño y al control de sus vidas, de manera que ante diversos grados de frustración de tales exigencias experimentan los síntomas descritos anteriormente.

En segundo lugar, para la teoría cognitiva las personas se deprimen cuando perciben a su medio ambiente en forma negativa. Así, la mayoría de las experiencias y eventos vivenciados por los sujetos son calificados en forma negativa y por lo tanto la realidad externa puede volverse

amenazadora y difícil de controlar. De esta manera, no son los acontecimientos externos los que afectan el estado de ánimo del sujeto sino la interpretación cognitiva que él hace de ellos. Los sujetos con disposición a la depresión, interpretan los eventos de su medio ambiente en forma negativa, pesimista o trágica producto ello de la baja autoestima y autodevaluación que los caracteriza.

Por último, tienden a percibir al futuro en forma negativa y amenazadora producto de los sentimientos de autodevaluación y desesperanza con relación a su persona. Como consecuencia de ello, los sujetos con depresión temen al futuro porque esperan de él experiencias amenazantes y estresantes lo que genera a su vez una limitación en su capacidad para elaborar y afrontar un proyecto vital positivo.

En resumen, según la teoría cognitiva cada persona tiene un esquema o marco de pensamiento con el que enfoca y experimenta su vida. Por lo que las respuestas y actitudes de cada individuo a las experiencias de su realidad dependen de la naturaleza de sus esquemas de pensamiento. En el caso de las personas que desarrollan depresión, estos esquemas se caracterizan por la devaluación de sí mismos, de su ambiente y de su futuro.

Factores sociales

A lo largo de las últimas décadas se ha generado un creciente interés por estudiar los factores sociales involucrados en las condiciones de la salud mental de los individuos. De esta manera, la investigación social y epidemiológica ha demostrado que ésta no solo depende de su constitución biológica y de sus características psicológicas, sino que también de las condiciones sociales que caracterizan al entorno de cada sujeto. En el caso de la depresión, se conoce que determinadas características sociales vuelven a ciertos grupos más vulnerables (por poseer un conjunto de factores de riesgo) que otros a sufrir de depresión y que uno de estos es el de las mujeres.

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (Desjarlais, et al., 1997) las causas sociales del malestar psicológico y de la depresión en las mujeres son numerosas y están profundamente intrincadas. De éstas destaca la importancia a las siguientes: las condiciones de pobreza en las que viven, las injusticias y humillaciones a las que se ven sometidas en el mercado laboral, la violencia sexual y reproductivas de las que son víctimas, las desventajas en el acceso a la educación, el desarrollo y crecimiento profesional. A su vez, propone dos frentes para mejorar la salud mental de las mujeres, primero atacar las fuentes de su sufrimiento y segundo, proveer

servicios para tratar las consecuencias negativas de la desigualdad entre los géneros. En la tabla que se presenta a continuación (Tabla 1) se muestran algunas investigaciones revisadas por este organismo que han propuesto diversas explicaciones de los orígenes sociales de la depresión en las mujeres.

Tabla 1. Diversos estudios sobre las causas sociales de la depresión en mujeres

Estudio	País y Población	Trastorno	Causas sociales
Urlich, 1987, 1988	India. Brahim Mujeres havik	Depresión mayor	Desvalorización de las necesidades y habilidades de las mujeres. Dependencia por depresión.
Reichemheim, 1998	Río de Janeiro. Brazil. Madres de niños pequeños en tugurios.	Depresión, ansiedad y síntomas psicossomáticos	Bajos ingresos, vivienda deficiente, bajo nivel de instrucción.
Naeem, 1992	Karachi. Pakistán. Mujeres que asistían a consulta externa psiquiátrica.	Depresión	Ausencia de relación íntima o de confianza con la pareja.
Brown & Harris, 1992	Londres. Suburbios. Mujeres de clase trabajadora y de clase media.	Depresión	Pérdida de uno u ambos padres. Existencia de tres o más niños en el hogar. Ausencia de relación confidencial o íntima. Desempleo.
Pearlin y Jonson, 1977. Radloff, 1975	Encuesta comunitaria	Depresión	Pobreza y responsabilidad por niños pequeños
Hall et al., 1985	Encuesta de madres de niños pequeños	Depresión	Hogar con sólo uno de ambos padres. Desempleo

Fuente: Desjarlais et al., 1997. OPS.

Como se mencionó arriba, las influencias sociales en la depresión en las mujeres son diversas, a continuación se revisan algunas investigaciones internacionales y nacionales que han representado desde la perspectiva social un importante aporte al estudio de este problema.

1- Estudios internacionales sobre las influencias sociales en la depresión en mujeres

Es a partir de los años setenta cuando se inician los primeros estudios acerca de las influencias sociales de la depresión en las mujeres; en éstos uno de los temas más estudiados ha sido la asociación entre los sucesos vitales adversos y la sintomatología depresiva. Las revisiones realizadas por Mazure (1998) y Kessler (1997) (en Monroe & Hadjiyannakis, 2002) de diferentes estudios que analizan esta asociación dan cuenta que aquellas mujeres que han sufrido sucesos vitales adversos son más vulnerables a sufrir episodios depresivos que aquellas que no los han sufrido. Los sucesos vitales (life events) son acontecimientos discretos que aparecen en un momento preciso del ciclo vital y deben distinguirse de las dificultades persistentes que pueden prolongarse por lo menos durante cuatro semanas. Estos sucesos implican la vivencia de pérdidas personales (muertes o separación conyugal), de un papel social o de un valor significativo para el individuo (Brown y Harris, 1978). A su vez, los sucesos vitales pueden provenir de diversas áreas de la vida: de las relaciones sociales, del hogar, de la familia, de las condiciones de salud, de la situación económica o del trabajo, entre otras. Por último, es importante destacar que su efecto en la salud mental de cada mujer depende siempre de su traducción subjetiva.

Con relación a la influencia de los sucesos vitales en el inicio de un episodio depresivo en las mujeres, son múltiples los estudios realizados al respecto. De ellos, uno de los primeros y que sentó las bases para posterior investigación fue el realizado por Brown y Harris (1978) en la década de los setenta. Esta investigación contó con una muestra de 458 mujeres de clase trabajadora de entre 18 y 65 años y estuvo conformada por tres grupos: uno conformado de pacientes con diagnóstico de desorden psiquiátrico (mayoritariamente depresión) y otros dos compuestos por mujeres sin diagnóstico psiquiátrico pertenecientes a la misma comunidad. El objetivo fue realizar un análisis comparativo entre los diferentes grupos, considerando como variables de estudio los eventos vitales y las dificultades experimentadas por las mujeres antes del inicio de la depresión. Producto de esa investigación los autores propusieron un modelo etiológico de la depresión en las mujeres, considerándola a ésta como un fenómeno social y sentando las bases para futuras investigaciones desde el mismo enfoque. Según este modelo etiológico el hecho que una mujer desarrolle un evento depresivo dependerá de los siguientes dos factores:

- *Factores de provocación*: eventos vitales severos e importantes dificultades que precipitan el cuadro depresivo.

- *Factores de vulnerabilidad*: aspectos inherentes a la historia previa y actual de cada mujer como por ejemplo la pérdida de la madre antes de los 11 años, ausencia de un confidente o lazo de confianza y presencia en el hogar de niños menores de 14 años.

La gran aportación que hicieron los autores a partir de este estudio es que la asociación en la vida adulta de las mujeres de determinados *factores de vulnerabilidad* con otros *factores de provocación* actúa elevando el riesgo o provocando el inicio de un episodio depresivo. Es importante comprender que según este modelo explicativo ninguno de los *factores de vulnerabilidad* antes mencionados posee la capacidad de producir un episodio depresivo por sí mismo, sino que deben asociarse con la presencia de los *agentes de provocación*.

En conclusión, la importancia de el modelo etiológico propuesto por Brown y Harris (1978) está dada entre otros aspectos por la capacidad de explicar el riesgo a sufrir depresión en las mujeres a través de sus condiciones sociales. Así, la diferencia social en el riesgo a padecer episodios depresivos en las mujeres está determinada por la mayor probabilidad de algunas de experimentar uno o más de los factores de vulnerabilidad asociados con los agentes de provocación.

Posteriores investigaciones en las décadas de los ochenta y noventa aportaron evidencias sobre el papel de diversos factores sociales en el origen y desarrollo de la depresión en mujeres. Los factores estudiados fueron múltiples y diversos pero se destacan es estudio de la influencia de las experiencias tempranas y de los eventos vitales adversos, de la presencia de niños menores en el hogar y de la ausencia de un lazo de confianza. De este modo, este conjunto de investigaciones colaboró en cuestionar la idea considerada tiempo atrás acerca que la depresión se debía únicamente a factores genéticos (Brown, et al, 1986, Brown, 1996, Brown, 1997, Brown, et al. 1994). A continuación se mencionan algunas de dichas investigaciones.

Un estudio realizado en 1994 (Brown & Morán, 1994) analizó los orígenes psicosociales de la depresión crónica en madres trabajadoras que residían en una zona suburbana de Londres. Este concluyó que la cronicidad en los síntomas (más de doce meses de duración) estuvo relacionada con adversidad infantil (negligencia paterna, violencia o cualquier tipo de abuso), dificultades en las relaciones familiares en la vida adulta y ausencia de eventos positivos durante el período del estudio. En otro estudio, y desde la misma perspectiva etiológica se estudiaron a

404 mujeres que vivieran con al menos un niño en el hogar (Brown, Harris & Eales, 1996), concluyó que elevados índices de ansiedad y depresión se encontraban asociados con experiencias infantiles de negligencia y abuso y con haber experimentado eventos vitales en la vida adulta, como pérdida del cónyuge o divorcio. En 1998 se realizó otra investigación de diseño prospectivo, con una muestra de mujeres trabajadoras (Bifulco, Brown, Ball & Campbell, 1998) tuvo objetivo confirmar hallazgos previos de que un alto porcentaje de las mujeres con experiencias de eventos vitales asociados a dos o más factores de vulnerabilidad experimentan episodios depresivos. Así, reportó que 37% de las mujeres trabajadoras con presencia de los factores de vulnerabilidad mencionados en el modelo etiológico propuesto por los mismos autores, había iniciado un episodio depresivo producto de una experiencia adversa y este riesgo de inicio fue más elevado para aquellas mujeres con un antecedente de episodio depresivo antes de los 20 años de edad.

Acercas del papel de sucesos vitales estresantes en los resultados de los tratamientos se han realizado menos estudios y los resultados de éstos revelan ciertas discrepancias. Algunas investigaciones consideran que experimentar eventos adversos disminuye la probabilidad de mejoría derivada de los tratamientos y aumentan las de las recaídas (Ravindran, et al., 2001, Rojo-Moreno, 2001, en Lara y cols., 2004). En este sentido, en una revisión realizada por Paykel & Cooper (1999) (en Monroe, et al., 2002) concluyó que la ocurrencia de eventos vitales al inicio de un episodio depresivo se asocia con pobres resultados en los tratamiento, de la misma manera que si éstos ocurren durante su desarrollo. A su vez, y con respecto a si los tratamientos influyen en la experimentación de eventos vitales adversos, Muñoz y Ying (1993) concluyen que la intervención psicosocial por ellos diseñada reduce la presencia de sucesos vitales adversos en la vida de los pacientes.

Por último, y con relación a la gravedad de los síntomas depresivos y la presencia de eventos vitales, se ha observado que las personas deprimidas que han sufrido un suceso vital severo manifiestan mayor gravedad en los síntomas que aquellas que no han atravesado por tal experiencia (Dolan et al., 1985, Hammen et al., 1992, Monroe et al., 1992, en Monroe et al., 2002).

Otro aspecto importante en el estudio de las influencias sociales en la depresión en las mujeres es el estatus socioeconómico de las mismas; así la mayoría de los estudios revisados encontraron una correlación entre bajo estrato socioeconómico y mayor presencia de

sintomatología depresiva (Dohrenwend et al., 1992, Kohn et al., 1998, Jonson et al., 1999, en Monroe, et al., 2002). Los autores de dichos estudios coinciden en considerar que el pertenecer a un estrato socioeconómico bajo conlleva una alta probabilidad de experimentar diversas situaciones de estrés y adversidad.

Otra variable que es objeto de interés por parte de las investigaciones que abordan el tema de la depresión en las mujeres desde una perspectiva social es la presencia de experiencias y situaciones adversas vividas a edades tempranas. Así, Brown, Bifulco & Harris (1987) demostraron que la pérdida de la madre antes de los 11 años y los cuidados de crianza inadecuados actúan como factores de vulnerabilidad que ante la presencia de un factor de provocación favorecen la aparición de depresión en la vida adulta. También Kendler, Gardner & Prescott (2002) otorgan a las experiencias tempranas adversas un importante papel en su modelo etiológico para explicar la presencia de depresión en la vida adulta de las mujeres. Sus investigaciones reportaron una importante asociación entre elevado riesgo de sufrir depresión en la vida adulta y ambiente familiar disfuncional, abuso sexual y pérdida temprana de los padres. A estos aspectos el autor los designa como riesgos genéticos que al asociarse con otros factores de riesgo en diferentes etapas de la vida (tales como ausencia de apoyo social, consumo de sustancias, entre otros) contribuyen en la aparición de Depresión Mayor en las mujeres.

1- Estudios nacionales sobre las influencias sociales en la depresión en mujeres

También en México se han realizado importantes aportes a la indagación de las condiciones sociales de la depresión en las mujeres. Hace más de dos décadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” se ha venido desarrollando una de las líneas de investigación que estudia y analiza desde una perspectiva psicosocial y de género las condiciones de la salud mental de las mujeres y, más específicamente, la presencia en ellas de sintomatología depresiva. A continuación se mencionan algunas de estas investigaciones, con la aclaración que solo representan una parte de un amplio cuerpo de estudios acerca del tema.

El lugar de las mujeres en la cultura mexicana se ha modificado enormemente en las últimas décadas y uno de los ejemplos más relevantes ha sido la incorporación de ésta al mercado laboral. Pero estos cambios no siempre han sido acompañados por una evolución en la valoración cultural del rol de la mujer, pues este sigue siendo reducido a las obligaciones domésticas y al cuidado materno. Con relación a estos cambios del papel de la mujer en nuestra cultura y sus

consecuencias en su salud mental deben mencionarse dos estudios fundamentales. El primero se llevó a cabo en el año 1993 (Lara Cantú, Acevedo, López & Fernández, 1993) con el objetivo de estudiar las diferencias en la salud emocional de las mujeres que trabajaban fuera del hogar y las que no en una muestra de 211 mujeres, de las cuales 103 eran madres empleadas (enfermeras) y 108 eran madres no empleadas. Como resultado se pudo observar que las madres no empleadas reportaron altos niveles de depresión y conflicto de roles, siendo fuente de estos conflictos la relación de pareja, el cuidado de los niños y la vivienda pequeña y de ellas las que alguna vez en la vida habían trabajado reconocieron a ésta como una experiencia importante en sus vidas. Las madres empleadas mostraron niveles más bajos de depresión y su presencia se relacionó con la tensión ocupacional y el trabajo desarrollado en áreas críticas (cirugía, terapia intensiva, etc.). En fin, los resultados de este estudio mostraron que las variables más asociadas con altos niveles de depresión en las madres no empleadas fueron: tensión con la pareja, conflicto con el rol materno, ausencia de red social de apoyo, conflicto con los familiares que le brindan apoyo, falta de independencia económica y vivienda pequeña. Según las autoras, las diferencias en los niveles de depresión entre las mujeres empleadas y las no empleadas se explica por la menor presencia en las primeras de tensión con el rol materno y con la pareja. Ello, a su vez se encuentra relacionado con el efecto modulador del trabajo, el cuál les permite a las mujeres una mayor independencia económica, contacto con una red social más amplia, intereses alternativos y mayor capacidad de negociación con la pareja.

Como continuidad a este estudio, se realizó otro (Lara, 1999) que permite profundizar en los aspectos antes estudiados. Los resultados de este trabajo reforzaron la hipótesis planteada anteriormente según la cual el trabajo extradoméstico tiene una función moduladora de las tensiones con la pareja y con los hijos. Esto es así, ya que se observó una mayor presencia de síntomas depresivos en las mujeres no empleadas que en aquellas empleadas.

Esta línea de investigación y reflexión sobre la depresión en las mujeres concluyó en años posteriores en el diseño de una intervención psicoeducativa (Lara y cols., et al., 2003ab) dirigida a mujeres con sintomatología depresiva y de sectores desfavorecidos de la población, marcando un avance fundamental en las experiencias terapéuticas implementadas en México dirigidas a esta población.

En resumen, son múltiples los estudios que a lo largo de los últimos treinta años han estudiado la influencia de diversos factores sociales en el riesgo a sufrir depresión, entre ellos se

destacan las diversas experiencias adversas en la infancia, bajo estatus socioeconómico y los eventos vitales adversos. Por último cabe aclarar, que si en esta revisión no se han mencionado las múltiples investigaciones que estudian el importante papel del apoyo social en la depresión de las mujeres, es porque al ser éste el tema central de este estudio se le dedica más adelante un apartado específico.

1.5. - Prevención de la depresión

Como se ha mencionado anteriormente, el objetivo de esta investigación es evaluar el efecto de la inclusión de un nuevo elemento en la efectividad de una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión; dicha intervención es de carácter preventivo en tanto tiene por objetivo la disminución de la sintomatología depresiva en mujeres que aún no han presentado los criterios diagnósticos establecidos para un cuadro clínico de Depresión Mayor. A continuación se revisan los aspectos teóricos de las intervenciones de prevención y sus diferencias con las intervenciones de tratamientos, por último se realiza una revisión de algunas de las experiencias de intervención para la prevención de la depresión.

Aspectos teóricos de las intervenciones preventivas

En un sentido amplio la prevención en el campo de la salud es un conjunto de acciones que permiten evitar la aparición o detener la evolución de cualquier enfermedad, así como prepararse anticipadamente para evitar los riesgos de adquirirla (Programa de Acción en Salud Mental, 2001). En su definición tradicional la prevención incluye la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria. Así, la prevención primaria se refiere a la acción de evitar la ocurrencia de un padecimiento o daño; la prevención secundaria se basa en el diagnóstico temprano que permite limitar las secuelas del daño; y por último la prevención terciaria hace referencia a la limitación de las discapacidades asociadas a la enfermedad.

Esta clasificación tradicional ha sido recientemente enriquecida para incluir las variaciones individuales de vulnerabilidad y en ese sentido poner énfasis en la intervención requerida por cada individuo (Mrazek & Haggerty, 1994). La vulnerabilidad es la probabilidad de un individuo de desarrollar determinada enfermedad y está determinada por la presencia de un conjunto de factores de riesgo. A su vez, los factores de riesgo son las características sociales,

culturales, demográficas, económicas y ambientales, provenientes de la comunidad, de la familia, del grupo y/o del individuo que pueden favorecer o aumentar la probabilidad de que el sujeto desarrolle psicopatologías (Programa de Acción en Salud Mental, 2001). Por ejemplo y como se desarrolló anteriormente, las mujeres de bajos recursos económicos y que han sufrido eventos vitales adversos tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión que aquellas que no presentan tales condiciones. De esta manera, la población de mujeres que presente estos factores de riesgo requerirá de intervenciones más específicas e intensivas para prevenir la aparición de sintomatología depresiva.

Gordon & Gordon (1981) colaboraron a ampliar el concepto de prevención. El modelo conceptual propuesto está basado en la relación de costo-beneficio según la cual el riesgo de que un individuo desarrolle cierta condición debería ser valorado frente al costo secundario derivado de la intervención destinada a prevenirla. De esta manera, presentan tres categorías de prevención de las que se derivan tres tipos diferentes de intervención: *universales*, *selectivas* e *indicadas*. Las intervenciones *universales* son de bajo costo y se dirigen a toda la población sin la necesidad de haber sido identificada bajo algún tipo de riesgo. Las intervenciones *selectivas* son aplicables sólo a aquellas personas cuyo riesgo a desarrollar cierta condición o padecimiento está por arriba del promedio y son recomendables cuando los costos no son excesivos y los efectos negativos de las medidas son mínimos. Por último, las intervenciones *indicadas* se dirigen a personas que presentan una condición tal que las coloca en un riesgo elevado de desarrollar en el futuro cierta condición o enfermedad. Esto puede deberse al hecho de que dicha población presente un conjunto de factores de riesgo o determinada predisposición biológica al padecimiento, sin que por ello se cumplan los criterios diagnósticos de la condición clínica de interés. Esta clasificación ha sido objeto de algunas críticas, en tanto pueden no estar muy claras las diferencias entre intervención indicada y tratamiento, ya que el inicio de la manifestación clínica podría ser considerado como enfermedad y por lo tanto susceptible de tratamiento.

A pesar de ello, en 1994, el Comité de Prevención de Desórdenes Mentales del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (en Mrazek & Haggerty, 1994) propuso considerar al término de *prevención* para aquellas intervenciones que se aplican antes del inicio de la enfermedad e incorporó al concepto la clasificación de *prevención universal*, *selectiva* e *indicada* propuesta por Gordon & Gordon (1983). A su vez para este organismo la prevención abarca un espectro amplio de acciones que incluyen el tratamiento y el mantenimiento del estado logrado por el paciente.

Con relación a las diferencias entre intervenciones de *prevención indicada* e *intervenciones de tratamiento* dirigidas a los trastornos en la salud mental. Según este modelo, las primeras se dirigen a aquellas personas que tienen signos mínimos pero destacables de cierto padecimiento mental o que tienen marcadores biológicos de predisposición al padecimiento sin que en el momento de la entrevista clínica cumplan con los criterios diagnósticos propuesto por el DSM IV para dicho padecimiento. En cambio, las *intervenciones de tratamiento*, son de naturaleza terapéutica y se dirigen a aquellas personas que sí cumplen con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV para algunos de los padecimientos mentales clasificados. Las metas del tratamiento son las siguientes: reducir la probabilidad de comorbilidad (conurrencia con otros desórdenes), reducir el tiempo de manifestación de la enfermedad, detener en progreso hacia estados de mayor severidad y prevenir las recaídas (Mrazek & Haggerty, 1997).

Ahora bien, esta categorización de las intervenciones preventivas, está íntimamente razonada con los conceptos de *factores de riesgo* y *factores de protección*, ya que como menciona De la Fuente (1997), los primeros permiten identificar a las personas que requieren intervenciones más intensas y los segundos sugieren y guían los contenidos de la intervención. Como se mencionó anteriormente los *factores de riesgo* son aquellas características que hacen al individuo más vulnerable a desarrollar cierta condición y los *factores de protección* son ciertas condiciones que en presencia del riesgo protegen al individuo y disminuyen su vulnerabilidad a desarrollar determinado trastorno en la salud mental.

Con relación a los síntomas de depresión en las mujeres, la literatura reporta que los factores de riesgo que las vuelven más vulnerables a desarrollar dichos síntomas son múltiples y variados, entre ellos cabe desatacar: las experiencias tempranas adversas, la presencia de eventos vitales en la vida adulta, la ausencia de un lazo de confianza o de una red de apoyo y la ausencia de trabajo extradoméstico. A su vez, se conoce que la presencia de síntomas de depresión representa un factor de riesgo para el desarrollo de un cuadro clínico de depresión mayor y que dicha sintomatología puede reducirse con estrategias de *prevención indicadas* que ayuden a evitar el desarrollo del cuadro clínico y la presencia de futuros episodios depresivos (Muñoz & Ying, 1993).

En función de los conceptos presentados arriba, la intervención psicoeducativa para la prevención de la depresión (Lara y cols., 2003ab) en la que se evaluó el efecto de la inclusión de

un nuevo elemento orientado a reforzar el apoyo social es una intervención preventiva *indicada* ya que se dirige a mujeres que presentan variables niveles de sintomatología depresiva y diversos factores de riesgo como el haber experimentado eventos vitales adversos, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y carecer de un lazo de confianza, entre otros. (Lara y cols., 2004).

Experiencias de intervención para la prevención de la depresión

A continuación se revisan algunas de las experiencias de intervención para la prevención de la depresión. Dichas intervenciones, son todas de carácter preventivo, aunque difieren en los grupos de edad y en las categorías de prevención (universal, selectiva e indicada). A su vez, se presentan en forma separada las experiencias internacionales y las nacionales.

1. Experiencias internacionales

Entre los estudios más relevantes a este respecto, se encuentra el de Muñoz y Ying (1993) realizado en servicios públicos de salud y dirigido a grupos étnicos minoritarios que habitan en los Estados Unidos. Dicha intervención es grupal y se basa en técnicas cognitivo conductuales, su duración es de ocho sesiones y ha reportado como resultado un cambio significativo en las conductas y cogniciones que actúan como factor de riesgo en la depresión, entre ellas: disminución del pesimismo, mayor frecuencia de pensamientos gratificantes y menos punitivos y mayor participación en actividades placenteras. También otra importante experiencia es la intervención propuesta por Seligman y colaboradores (1999); dicha intervención también está basada en técnicas cognitivo conductuales y se dirige a estudiantes de enseñanza media superior. Ha mostrado como resultado una disminución tanto de los episodios depresivos como de los síntomas. En Inglaterra Dowrick, Casay, Dalgard, Lehtinen, Vázquez-Barquero & Wilkinson (1998) evaluaron dos modalidades de intervención para la prevención de la depresión. La primera individual, basada en un entrenamiento para la resolución de problemas y que se desarrolla en seis sesiones de 30 minutos de duración a lo largo de tres meses y la segunda grupal de ocho sesiones de dos horas cada una y basado en los modelos descritos por Muñoz y Ying (1993). Como resultado de este estudio, los autores encontraron que las dos modalidades de intervención fueron efectivas en la disminución de los síntomas de depresión. Otra experiencia de intervención para la prevención de la depresión es la de Adams, Egert, Pike, Brooke & Herting (); estos autores diseñaron y evaluaron una intervención dirigida a adolescentes con depresión y riesgo suicida que se desarrolla en instituciones escolares. Se basa en el fortalecimiento de los recursos

personales y sociales de los participantes y en la promoción de factores protectores como la capacidad para afrontar problemas y el control personal. Los resultados de esta intervención demostraron su efectividad en: la reducción de síntomas de depresión, del riesgo suicida, la mejora en las habilidades personales y el incremento del control personal, entre otros.

A su vez, Miranda, Chung, Green, Krupnick , Siddique, Revicki & Belin (2003) propusieron una intervención dirigida a mujeres pertenecientes a minorías étnicas de los Estados Unidos. Esta consiste en ocho sesiones y el trabajo grupal se basa en la lectura grupal de manual de terapia cognitivo-conductual. Esta intervención resultó ser efectiva para la disminución de la sintomatología depresiva.

En Chile (Araya, Rojas, Fritsch, Gaete, Rojas, Simon & Peters, 2003) fue desarrollada una evaluación psicoeducativa que representa una de las pocas experiencias de prevención de la depresión evaluadas en Sudamérica. Esta intervención se compone de múltiples elementos y está estructurada como un programa psicoeducativo de siete sesiones semanales de 75 minutos cada una. Los tópicos abordados son: información sobre los síntomas de depresión, opciones de tratamiento, reforzamiento de actitudes positivas, técnicas para resolver problemas, entre otros y se trabaja a partir de un manual que cuenta con dicha información. Este programa mostró ser efectivo en la modificación de los síntomas de depresión.

Con respecto a las condiciones que favorecen la efectividad de las intervenciones para la prevención de la depresión, Jané-Llopis y colaboradores (2003) realizaron una revisión de 69 programas dirigidos a poblaciones de distintos grupos de edad. En el análisis de las intervenciones se consideraron los siguientes aspectos: categoría de prevención (*universal, selectiva e indicada*), duración del programa, números de sesiones, tiempo de las sesiones, métodos, proveedores y calidad del diseño de investigación del estudio. Los resultados de esta revisión permitieron concluir que aquellas intervenciones de mayor efecto positivo en la población cumplían con ciertas condiciones, éstas se mencionan a continuación tomado en consideración las categorías de análisis propuestas por la revisión.

Tiempo: los programas de más de ocho sesiones fueron significativamente mejores que aquellos de ocho o menos. Aquellos cuyas sesiones duran entre 60 o 90 minutos fueron significativamente mejores que aquellos de menos de 60 minutos y más de 90 minutos.

Profesionales: los programas llevados a cabo por profesionales de la salud (personal de

salud mental) y aquellos llevados a cabo por profesionales de salud conjuntamente con legos (sin formación en salud) tuvieron mejor efecto que aquellos conducido solamente por personal lego.

Métodos y técnicas: los programas que involucran un componente para fortalecer las aptitudes fueron más efectivos que aquellos que solo utilizan métodos conductuales. Los programas que incluyeron un solo componente en su método fueron generalmente menos efectivos que aquellos que incluyeron tres o más componentes.

Características metodológicas: aquellos programas que fueron evaluados con alta calidad en su diseño de investigación fueron significativamente mejores que aquellos de baja calidad metodológica.

Calidad de los proveedores: en algunas evaluaciones el personal lego ha sido propuesto como eficiente en los programas de prevención para depresión (Muñoz & Ying, 1993). En contraste con ello, esta revisión encontró que aquellas intervenciones de prevención indicada y selectiva que no fueron conducidas por personal de salud capacitado no alcanzaron la efectividad esperada. De ello, los autores concluyen que se requiere de personal capacitado en el manejo de sintomatología depresiva.

Por último es importante mencionar, que de las intervenciones revisadas por estos autores quince incluyen en su método de intervención al apoyo social y de éstas el 33.3% (5) demostraron ser efectivas en la reducción de los síntomas de depresión.

En fin, los programas que demostraron ser efectivos fueron aquellos en que al menos cuentan con ocho sesiones y estas durar entre 60 y 90 minutos. Esto indica que es necesario contar con cierto tiempo y continuidad para el logro de los objetivos terapéuticos y que las sesiones deben duran el tiempo necesario para lograr una adecuada interacción grupal. Con respecto al método de cada intervención, resultaron más efectivas aquellas que incluyeron más de un elemento por lo que se concluye que las que brindan más herramientas a los participantes son más útiles. Y por último, otro elemento importante en su efectividad es la capacitación previa de los proveedores.

2. Experiencias nacionales

En México existe solo una intervención para la prevención de la depresión en las mujeres que ha sido probada en su efectividad (Lara y cols., 2003ab). Dicha intervención, representa un fundamental avance en materia de prevención de la depresión en las mujeres ya que diversas

evaluaciones han comprobado su eficacia en la disminución significativa de los síntomas depresión, ansiedad y somáticos, así como también en la mejora de la autoestima de las participantes, entre otros aspectos. Esta intervención es de carácter grupal, se basa en el material de lectura “*Es difícil ser mujer: una guía sobre la depresión*” (Lara, Acevedo, Luna, Weckmann, Villarrareal y Pego, 1997) y cuenta con dos versiones: una de seis sesiones (Guía Didáctica par el Trabajo de Grupo de Lara, Acevedo y Luna, 2001) y otra de ocho (Lara, Luna & Acevedo, 2006, en prensa). A continuación se mencionan algunas de las características de este programa de intervención:

- Es una intervención breve y puede ser dirigida por personal de salud mental previamente capacitado.
- Entre los resultados obtenidos se encuentran: reducción significativa de los síntomas de depresión, que las mujeres entienden y enfrentan mejor sus problemas, mejora en su estado de ánimo, cambios significativos en su forma de pensar con respecto a sí mismas y a su medio ambiente.
- El trabajo en grupo, a partir de la lectura del material educativo y la realización de tareas, propicia el intercambio de experiencias entre las mujeres, la reflexión personal y grupal y favorece el intercambio de vivencias experimentadas fuera de la sesión grupal.
- Durante y después del programa las mujeres aseguran sentirse escuchadas y que se dan un tiempo para sí mismas.
- Propicia la toma de decisiones importantes para la vida de las participantes.

A su vez, una evaluación (Lara y cols. 2004) que analiza la influencia del apoyo social en los síntomas de depresión iniciales y posteriores a la intervención observó que la mayoría de las mujeres con síntomas de depresión que solicitaron participar en la intervención contaban en promedio solamente con una o dos personas que les brindaban apoyo social y que 10% no contaban con ninguno. Por lo que las autoras enfatizan la importancia del papel del apoyo social en el inicio y evolución de la sintomatología depresiva y en el resultado de la intervención. Se observó también que los problemas económicos y la falta de cercanía con la pareja se asociaron con mayor número de síntomas de depresión en las mujeres estudiadas.

Otra experiencia que cabe mencionar es la realizada por investigadores del Instituto Jalisciense de Salud Mental (Robles García, Flores, Jurado y Páez, 2002). Este estudio tuvo por objetivo determinar la efectividad de un entrenamiento asertivo para disminuir la sintomatología

depresiva y ansiosa en adultos que acuden a un centro de salud en demanda de atención psicológica. Para ello, se impartió un entrenamiento asertivo de forma grupal y breve, evaluándose los pacientes antes y después del mismo. El entrenamiento asertivo basado en el marco de la teoría conductual, se impartió en nueve sesiones y consistió en un conjunto de técnicas conductuales destinadas a mejorar las interacciones sociales. A su vez, la sintomatología depresiva pre y post-tratamiento fue valorada por el Inventario de Depresión de Beck. Como resultado de este estudio pudo observarse una disminución clínicamente significativa de la sintomatología depresiva, aunque no estadísticamente significativa. A pesar de ciertas limitaciones metodológicas (no contar con grupo de comparación y tamaño de muestra pequeño) este estudio representa un importante esfuerzo por divulgar la utilización del entrenamiento asertivo por parte de los profesionales de la salud.

En conclusión, se han revisado diversas experiencias de intervención, nacionales e internacionales, para la prevención de la depresión en mujeres, representando éstas un gran avance en los modelos de atención a dicho trastorno. Todas destacan la importancia disminuir los factores de riesgo y favorecer los de protección proveniente de influencias sociales de la realidad de las mujeres. Entre los factores de protección considerados por algunas de las intervenciones revisadas se encuentra el apoyo social, en tanto hay evidencias para considerar que su presencia disminuye en las mujeres el riesgo a sufrir depresión, favorece el efecto de los tratamientos y disminuye la probabilidad de recaídas (Flaherty, Gaviria, Black, Altman & Mitchell, 1983; Wade & Kendler, 2000; Ramanov, Varjonen, Kaprio & Koskenvuo, 2003). A continuación, se presenta un apartado en el que se abordan los aspectos teóricos del apoyo social para luego revisar aquellos estudios que consideran su influencia en la salud mental y en la depresión en las mujeres.

1.6. - Apoyo Social

El papel del apoyo social en el bienestar físico y emocional de las personas ha sido objeto de un enorme interés por parte de las diferentes disciplinas que colaboran en estudio de las condiciones de salud. Desde finales de los años sesenta la psicología y especialmente la psicología social han reconocido y estudiado el determinante papel de los factores sociales en la conducta y en la vida emocional de los individuos. Bajo su influencia el interés de las múltiples disciplinas que

estudian los procesos de salud-enfermedad se ha desplazado gradualmente del estudio del individuo como una entidad clínica y aislada hacia el estudio de individuo en tanto resultado de la influencia múltiples factores sociales, culturales y ambientales.

Producto de la interrelación de las ciencias sociales, de la salud y de la conducta, la salud mental ya no es considerada como la ausencia de padecimientos mentales sino como la capacidad del individuo, del grupo y del ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, su óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas, relacionales) y la adquisición de metas individuales y colectivas (OMS, 2001). En el contexto de esta definición, el apoyo social se presenta como un constructo teórico e instrumental de enorme interés, ya que permite estudiar un aspecto de las influencias sociales en la salud mental y así también enfatizar uno de los recursos sociales más importantes para el bienestar integral del sujeto.

Las primeras investigaciones orientadas al estudio del papel de apoyo social en la salud física y mental surgen en los años setenta, paralelas al desarrollo de la epidemiología, la psicología social y la psiquiatría comunitaria. Es con la publicación de los trabajos de John Cassel (1974), Sydney Cobb (1976) y Gerald Caplan (1974) (en Gracia Fuster, 1998 y en López-Cabanas y Chacón, 1999) sobre los efectos protectores de los vínculos sociales en la salud, cuando el apoyo social comienza a ser reconocido como un concepto clave en la investigación e intervención en el campo de la salud. Cassel (1974), y Cobb (1976) (en Gracia Fuster, 1998) realizaron una serie de revisiones sobre estudios experimentales en los que tanto animales y humanos expuestos a estímulos estresantes y en compañía de otros seres significativos, no sufrían los efectos adversos en su salud que otros si experimentaban en condición de aislamiento. En función de estas revisiones, propusieron por primera vez la hipótesis según la cual el apoyo de otras personas significativas protege a los individuos de los efectos negativos, tanto físicos como psicológicos, de las situaciones estresantes. Estos dos autores enfatizaron el papel de los procesos informativos en las condiciones de salud. Para ellos, el apoyo social es la información que le brinda al sujeto la percepción de ser querido y valorado como parte de una red de relaciones que a su vez implican obligaciones mutuas.

Caplan (1974) fue otro de los autores que comenzó a plantear la importancia de los lazos sociales en la salud mental. Propuso que los sistemas de apoyo otorgan al sujeto de las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud emocional. Para este autor un sistema de apoyo

consiste en un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes. Dicho patrón de vínculos sociales desempeñan un papel significativo en el mantenimiento de la integridad física y emocional de la persona por las siguientes razones: promueven el dominio emocional, proporcionan orientación cognitiva y consejo, proveen de ayuda y recursos materiales cuando éstos son necesarios y proporcionan retroalimentación (*feedback*) acerca de la identidad y el desempeño del sujeto.

A partir de las publicaciones de los tres autores arriba mencionados comienza a desarrollarse en las últimas décadas un importante campo de investigación e intervención en torno a las relaciones entre apoyo social y salud mental. Como destaca Gracia Fuster (1998) el apoyo social, junto con el estrés y las habilidades de afrontamiento, se presenta como uno de los tres constructos más importante en la investigación actual sobre salud mental, constructo que a su vez el autor destaca como uno de los más operativos en la intervención social y comunitaria.

A continuación se presenta una revisión de algunas definiciones del concepto de apoyo social, para luego abordar las consecuencias de su efecto en las condiciones de salud y los aspectos teóricos de las intervenciones que lo incluyen en su método de abordaje.

Definición del apoyo social

El término de apoyo social es comúnmente utilizado para referirse a diferentes elementos y fenómenos, como así también para significar diversas dimensiones del mismo concepto. Los autores revisados (Gil Lacruz, 2000, Gracia Fuster, 1998, López-Cabanas y Chacón , 1999, Barrón, A.1996, Lara y cols. 2004) coinciden en considerarlo como un concepto de carácter complejo y multidimensional que se utiliza para designar una característica abstracta de las personas, de sus conductas, de sus relaciones o de los sistemas sociales. En este sentido, el apoyo social puede considerarse como un metaconcepto que se adapta a los objetivos y definiciones propuestas en cada investigación (Lara y cols, 2004). Sin embargo, a pesar de las múltiples definiciones y perspectivas de análisis propuestas el concepto de apoyo social siempre se define por su carácter interactivo y se refiere a transacciones entre sujetos que pertenecen a algún de tipo de red social.

La mayoría de los autores están de acuerdo en considerar que en la definición de este constructo se deben distinguir dos niveles o perspectivas de análisis: la perspectiva estructural y la perspectiva funcional (Jacobson, 1986, Gil Lacruz, 2000, Gracia Fuster, 1998, López-Cabanas y Chacón, 1999). La perspectiva estructural hace referencia a las características de las redes sociales y a las condiciones objetivas de los procesos de apoyo social. Desde esta perspectiva los elementos de interés son aquellos objetivos e identificables de la red de relaciones sociales que rodean a cada persona. Por red social, a su vez se entiende las propiedades estructurales observadas en las interacciones sociales de un individuo, grupo o comunidad y en este sentido la pertenencia a una red es imprescindible para conseguir apoyo social. Pero mientras que este último concepto hace referencia a las funciones específicas de una red en la realidad de un individuo y los efectos sobre su bienestar, el concepto de red se centra en el análisis, entre otros, de los siguientes factores: tamaño, composición, densidad, reciprocidad, frecuencia, multiplicidad y dispersión de la red.

A su vez, la perspectiva de análisis funcional hace referencia a la medida en que las relaciones sociales satisfacen las necesidades psicosociales del individuo y al tipo de recursos que se intercambian en dichas relaciones; así desde esta perspectiva es central el estudio de las diferentes funciones que cumple el apoyo social en la realidad de cada individuo. A su vez, el conjunto de estas funciones es susceptible de agruparse en tres grandes dimensiones

diferenciadas: la *dimensión instrumental*, la *dimensión expresiva* y la *dimensión cognoscitiva* (Jacobson, 1986). La *dimensión instrumental*, se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir ciertos objetivos, así una persona recibe este tipo de apoyo cuando se le ofrece una ayuda directa (como ayuda doméstica, préstamo de dinero, cuidado de niños, etc.) o ciertos servicios que facilitan el afrontamiento de diversas necesidades prácticas. La *dimensión expresiva* en cambio, hace referencia a las relaciones sociales y los intercambios interpersonales como un fin en sí mismos. Se refiere a la función del apoyo social en tanto medio a través del cual los individuos satisfacen sus necesidades afiliativas y emocionales, tales como: sentirse valorado y amado por los otros significativos de su red, poder compartir sentimientos y experiencias y establecer relaciones de confianza. Por último, la *dimensión cognoscitiva* consiste en la información o consejos las personas de su entorno o instituciones brindan al sujeto y que le ayudan a entender su mundo y a orientarse con mayores herramientas dentro de él.

Como se mencionó anteriormente el apoyo social es un metaconcepto que incluye diferentes dimensiones, las cuales se encuentran a su vez relacionadas entre sí y todas ellas son de vital importancia en el desarrollo del bienestar psicológico del individuo. A continuación y con base a la revisión realizada se propone una definición lo suficientemente integradora y sintética del concepto de apoyo social que contempla sus diferentes perspectivas de análisis y los elementos que lo componen. **En esta investigación el apoyo social es definido como el proceso (percepción o recepción) por el cual los recursos de la estructura social (comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer necesidades (instrumentales y expresivas) en situaciones cotidianas y de crisis. A su vez, el apoyo son aquellas provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, proporcionadas por la comunidad, redes sociales y relaciones íntimas** (Lin, 1986, Lin y Ensel, 1989, en Gracia Fuster, 1998). Como puede observarse esta definición integra diversos elementos conceptuales y puede ser articulada en los siguientes cinco niveles de análisis:

1. *Nivel objetivo-subjetivo* (apoyo recibido-apoyo percibido): tanto el apoyo recibido como el percibido son de fundamental importancia en el bienestar de cada individuo, el primero porque enfatiza el contexto social y objetivo donde se desenvuelve el individuo y las interacciones que mantiene y el segundo porque orienta la atención sobre lo disposicional o psicológico, considerando al apoyo como una característica de personalidad frente a lo social.

2. *Fuentes o contextos del apoyo social*: este eje se relaciona con los diferentes niveles de donde puede provenir el apoyo social que obtiene cada sujeto, así la definición propuesta clasifica tres niveles: el nivel macro o comunitario (instituciones sociales), el de las redes sociales (grupos de ayuda, servicios comunitarios, instituciones de salud) y por último el de las relaciones íntimas o de confianza (relaciones de amistad, familiares, laborales y de pareja).
3. *Funciones del apoyo social*: como ya fue expuesto, el apoyo social puede entenderse en dos dimensiones funcionales: la instrumental que se refiere a los recursos externos que sirven de medios para la consecución de determinados fines prácticos y la expresiva que se basa en la satisfacción de las necesidades afiliativas y emocionales del individuo a través de las relaciones interpersonales en sí mismas.
4. *Situaciones en las que se moviliza el apoyo social*: por último la definición propuesta distingue entre el apoyo que se recibe en situaciones cotidianas y aquel que se recibe en situaciones de crisis o estrés, siendo ambas de vital importancia en desarrollo y mantenimiento del bienestar emocional del individuo.

En fin, la integración de los diferentes aspectos abordados en el concepto de apoyo social propuesto ayuda a entender éste como un constructo complejo y multidimensional, donde cada una de sus dimensiones colaboran y deben ser tenidas en cuenta en el estudio de las relaciones entre apoyo social y las condiciones de salud.

Efecto del apoyo social en las condiciones de salud

A continuación se revisan diversas teorías que aportan elementos para entender los mecanismos y condiciones a través de los cuales el apoyo social influye en los niveles de salud y bienestar de las personas.

Según la revisión realizada por López Cabanas y Chacón (1999) en la literatura sobre el tema se presentan generalmente dos grandes modelos para explicar dicha influencia, uno es el modelo del efecto directo del apoyo social y el otro es del efecto indirecto o protector del mismo. El primero considera que la presencia en la vida de los sujetos de apoyo social potencia por sí mismo su bienestar y favorece las condiciones de su salud con independencia del nivel de estrés y de los eventos vitales que éstos experimenten. Diversos autores son los que proponen este modelo explicativo, por ejemplo Thoits (1982) considera que relaciones sociales proporcionan a las personas un conjunto de identidades y que de éstas la identidad social otorga un significado

individual que evita diversos tipos de ansiedad y guía la conducta. A su vez, los mecanismos a través de los cuales el apoyo social favorece directamente la conducta son:

- 1- Las interacciones sociales aportan evaluaciones positivas e incrementan la autoestima, ya que la auto evaluación depende en gran parte del reconocimiento externo que el sujeto obtiene de su conducta.
- 2- El apoyo social mejora los sentimientos de competencia y de control sobre el ambiente.

A su vez, Vaux (1988) propone los siguientes cinco mecanismos por los cuales el apoyo social posee un efecto directo sobre la salud y bienestar:

- 1- Participación social: ésta permite el desarrollo de roles incrementando así la sensación de poder y autoestima.
- 2- Estima social: el autoconcepto y la autoestima dependen de la valoración externa que los demás hacen de nosotros.
- 3- Eventos placenteros: la pertenencia a redes y la interacción con los demás proporciona experiencias agradables y eventos placenteros que tendrán un efecto positivo sobre el individuo.
- 4- Identidades sociales: la pertenencia a redes y el reconocimiento del rol que el individuo desempeña en ellas, permiten el desarrollo de identidades sociales y facilita una participación social satisfactoria.

La misma revisión presenta diversos argumentos teóricos acerca del modelo que postula el efecto amortiguador del apoyo social. Todos estos argumentos postulan que el apoyo social actúa favoreciendo el bienestar del individuo sólo bajo condiciones de estrés protegiendo al individuo de los efectos negativos del mismo y facilitando la puesta en marcha de procesos de afrontamiento y adaptación.

De las explicaciones revisadas destaca el modelo propuesto por Cohen y Willis (1985) según el cual el apoyo social protege la salud mental ante situaciones de estrés porque minimiza la valoración negativa del estresor y modifica la forma en la que el sujeto enfrentará al problema. Así, estos autores describen cuatro modelos para explicar los diferentes mecanismos a través de los cuales el apoyo social posee un efecto protector:

- 1- Modelos basados en la información: el estrés vivenciado por una persona puede provocar respuestas en su entorno y red social que aporten información con respecto a la naturaleza de los factores estresantes y las formas más adecuadas para enfrentarlos.

Además, la percepción de disponibilidad de apoyo ante la situación problemática hace que dicha situación se experimente como menos amenazadora.

- 2- Modelos de identidad y autoestima: la disponibilidad de otros y la mejora de los procesos de afrontamiento como resultado de la ayuda recibida, incrementan los sentimientos de autoestima y autocontrol.
- 3- Modelos de influencia social: el control social y la presión de los pares influye en la forma como los sujetos se enfrentan a situaciones problemáticas. Principalmente porque favorecen las adaptaciones conductuales y las respuestas emocionales positivas.
- 4- Modelo basado en los recursos: este modelo propone que los recursos materiales aportados por la red social reducen los factores estresantes de muchos acontecimientos y vivencias. Incluso la percepción de disponibilidad de ayuda por sí misma puede brindar cierta tranquilidad sin necesidad de que se reciba realmente.

Dentro de este modelo destaca también la propuesta teórica de Jacobson (1986) la cual considera fundamental incluir la dimensión temporal para entender los mecanismos a través de los cuales el apoyo social protege contra los efectos negativos de estrés. De esta forma considera que las situaciones estresantes cambian a través del tiempo y cada problema evoca diferentes tipos de apoyos en sus diferentes etapas de desarrollo; por lo que es fundamental considerar la secuencia temporal del proceso a través del cual se obtiene apoyo social. Para este autor, la capacidad de un individuo para enfrentar una situación de estrés implica diferentes necesidades y por lo tanto diferentes tipos de apoyos y a su vez estas necesidades se van modificando conforme ocurre el proceso estresante.

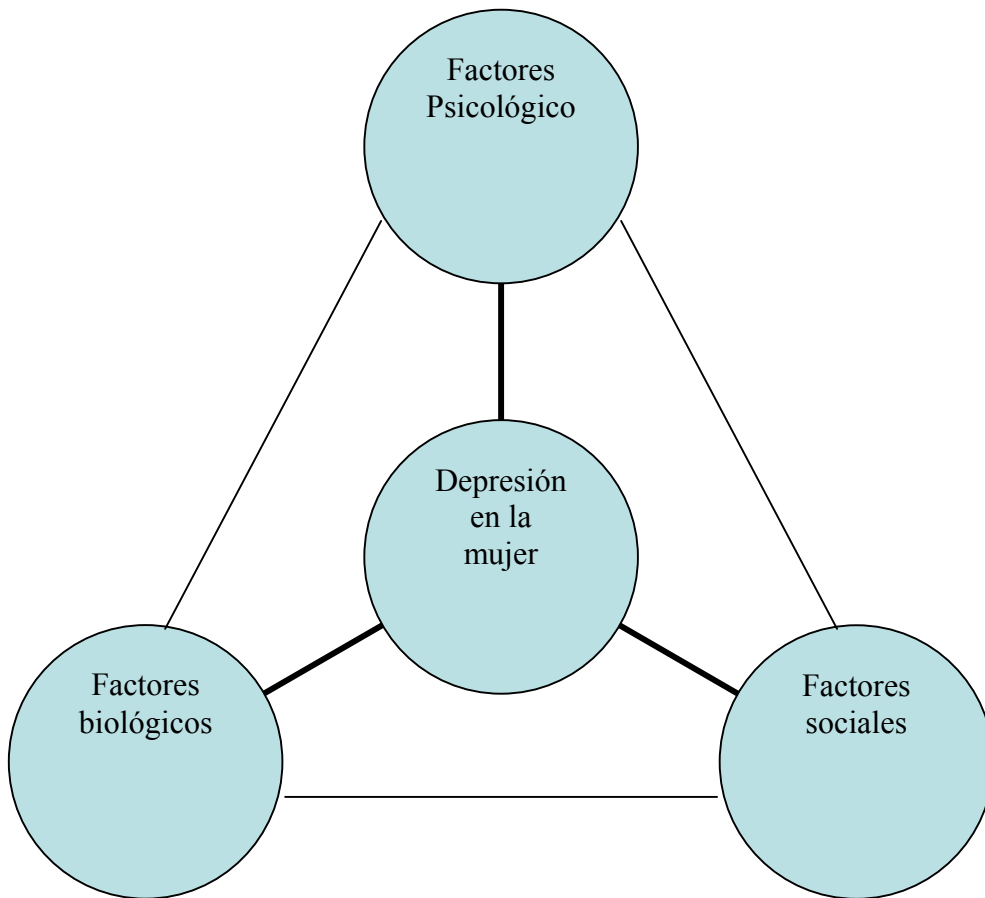
Ahora bien, estas dos visiones acerca de las condiciones bajo las cuales el apoyo social tiene un efecto en el bienestar del individuo no siempre son incompatibles. Es por ello que a partir de la década del 80 comenzaron a surgir una serie de modelos teóricos que intentan superar esta dicotomía e integran el modelo directo y el indirecto en una sola explicación (Barrón A., 1996, Ensel y Lin 1991, Wheaton 1985, Barrera 1986, 1988, Lin 1986 en López Cabanas y Chacón, 1999).

Por último y con respecto al papel del apoyo social en la salud mental, se ha estudiado sus beneficios y relación con diversos padecimientos. En el caso de la depresión no hay un acuerdo con respecto a cual de los dos modelos anteriores es el más aceptado. De esta manera, existen investigaciones que sólo informan el efecto del apoyo social bajo condiciones de estrés (Becker

& Schmaling, 1991 en Lara y cols., 2004), otras que no comprueba esta premisa (Wade & Kendler, 2000 y Ramanov, et al., 2003) y aquellas que consideran que la carencia de éste tiene un efecto directo sobre la depresión (Flaherty, et al, 1983). Por último, se encuentran aquellos estudios que apoyan con sus datos tanto el efecto directo como el protector (Paykel, 2001).

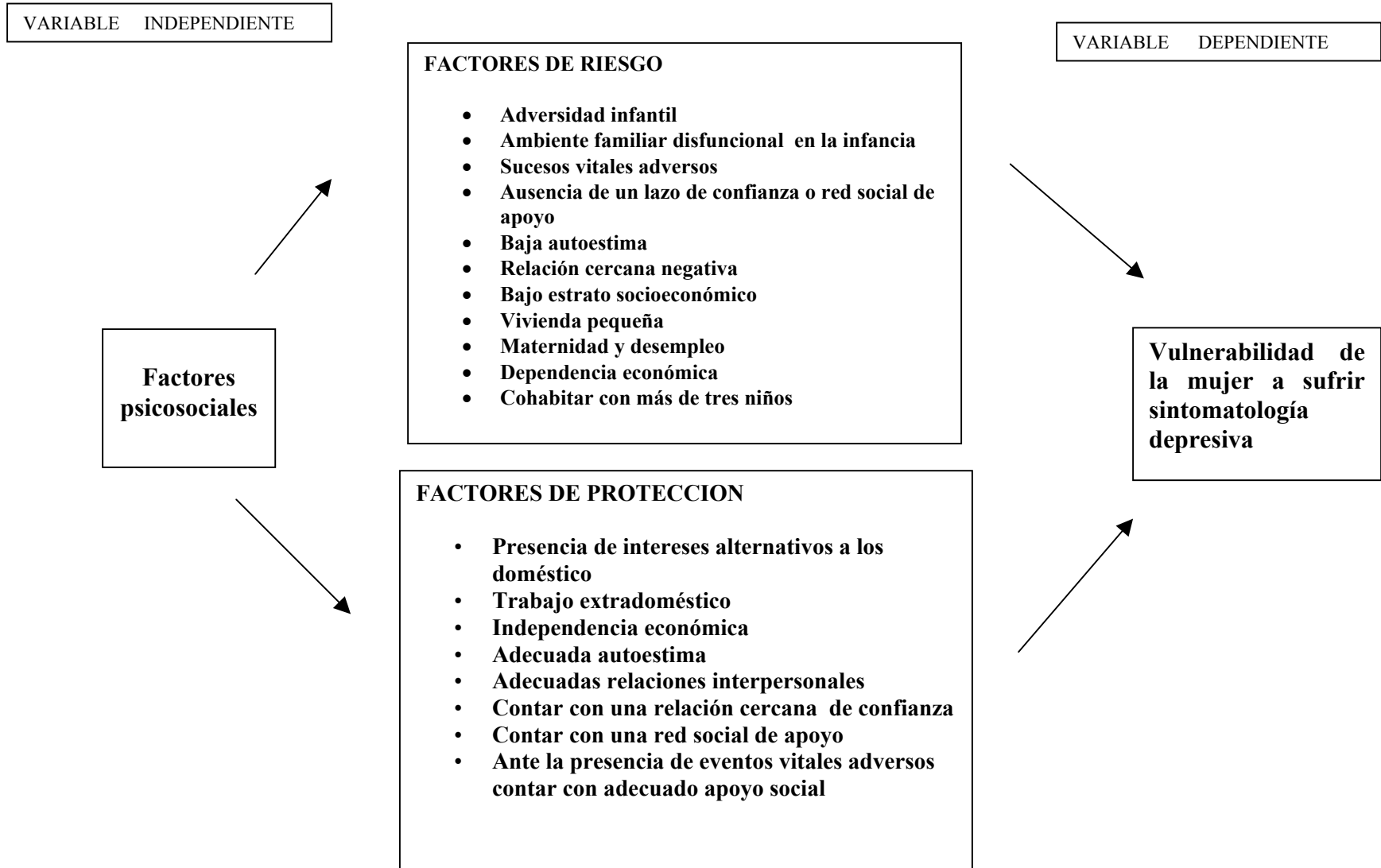
A continuación en el esquema 1 se representa el carácter multifactorial de la depresión en las mujeres y en el esquema 2 se exponen los principales factores psicosociales involucrados.

Esquema 1. Carácter multifactorial de la depresión



Esquema 2

Marco de referencia de los factores psicosociales involucrados en la depresión en las mujeres



2.- Antecedentes de investigación

2.1- Influencia del apoyo social en la depresión en mujeres

Como puede observarse en las investigaciones nacionales e internacionales mencionadas hasta aquí, en el transcurso de las últimas tres décadas la depresión en las mujeres ha dejado de considerarse como un fenómeno puramente biológico, para comenzar a entenderse y estudiarse como un padecimiento que encuentra sus principales orígenes en la influencia de los factores sociales. De éstos, el estudio de las características y condiciones del apoyo social con el que cuentan las mujeres ha revelado ser de vital importancia para su comprensión.

Existe en la actualidad un enorme interés por el papel protector del apoyo social contra el riesgo a desarrollar diferentes padecimientos en la salud mental. En el caso particular de la depresión en las mujeres, los diversos estudios revisados han basado sus hipótesis de trabajo en los dos modelos de funcionamiento expuestos arriba, el modelo directo y el indirecto. Así, algunos autores consideran que su presencia basta por sí misma para disminuir en las mujeres el riesgo a sufrir depresión (Wildes, Harkness & Simons (2002), en cambio otros sostienen que el apoyo social actúa como factor protector contra el riesgo a desarrollar depresión solamente ante la presencia de un agente estresor o de eventos vitales severos (Brawn & Harris, 1978, Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridge 1986). A su vez, y con respecto a la definición del apoyo social que tiene un efecto positivo en el bienestar emocional de las mujeres la mayoría de los autores coinciden en considerarlo como un entorno de pocas relaciones pero de central importancia para el sujeto que como una amplia red de apoyos (Brawn & Harris, 1978, Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin & Ryan, 1996).

A continuación se presentan aquellos estudios internacionales y nacionales que sirven de antecedentes a esta investigación, en ellos se aborda el papel específico del apoyo social en la depresión en mujeres.

Estudios internacionales sobre la influencia del apoyo social en la depresión en mujeres

Con el objetivo de estudiar la asociación entre apoyo social y diagnóstico de depresión unipolar en las mujeres, Flaharty, Gaviria, Black, Altman & Mitchell (1983) realizaron un estudio cuyos resultados permitieron concluir que las mujeres con alta puntuación en

apoyo social tenían significativamente menor puntuación en la escala de depresión que aquellas con bajo apoyo social. En otra investigación con metodología prospectiva (Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridge, 1986) en la que participaron 435 mujeres de clase trabajadora y que cohabitaban con al menos un hijo menor de 18 años en el hogar se observó una asociación entre ausencia de apoyo social al inicio del estudio con incremento del riesgo a sufrir depresión. A su vez, la ausencia de apoyo social ante un evento vital adverso se asoció también con un incremento del riesgo a sufrir sintomatología depresiva. Con una población con características similares al estudio anterior (Brawn & Morán, 1994) otra investigación cuyo objetivo fue estudiar la asociación entre una serie factores psicosociales de riesgo (adversidad en la infancia, y dificultades en las relaciones interpersonales en la vida adulta, entre otros) con la presencia de depresión crónica, reportó que aquellas mujeres con dificultades en sus relaciones interpersonales presentaron mayor sintomatología depresiva que las que no tenían estas dificultades. Con el objetivo de investigar la interacción entre género, tipo de tratamiento recibido, actitudes disfuncionales, eventos vitales y apoyo social en la predicción de la severidad de la sintomatología depresiva se llevó a cabo un estudio (Zlotnick, et al., 1996) con una muestra de 188 sujetos (133 mujeres y 54 hombres) entre 21 y 60 años con diagnóstico de depresión. Entre los resultados importantes se encontró que en ambos géneros menor cantidad de eventos vitales y más apoyo social positivo se asociaron con bajos niveles de sintomatología depresiva, a su vez el apoyo social considerado como positivo en este estudio se refirió a un lazo significativo y de confianza.

Como puede observarse en las investigaciones mencionadas arriba, desde el inicio de la década del ochenta se han realizados importantes desarrollos científicos orientados a estudiar la influencia del apoyo social en los síntomas de depresión en las mujeres. En la actualidad se ha dado continuidad a esta línea de investigación con otros estudios que confirman y enriquecen los anteriores hallazgos. En este sentido una investigación realizada con una muestra de mujeres residentes de zonas urbanas de Zimbawe (Broadhead, Abas, Sakutukwa, Chigwanda & Garura, 2001) es de gran interés ya que intentó explorar la aplicabilidad del modelo de vulnerabilidad social propuesto por Brawn & Harris (1978) en una población no considerada en previas investigaciones. Este estudio comparativo entre mujeres con depresión y otras sin dicho diagnóstico reportó en sus resultados que aquellas que contaron con apoyo social ante un evento vital severo sufrieron menos síntomas de depresión que aquellas que no

contaban con apoyo. En este estudio el apoyo social con el contaban las mujeres se refirió fundamentalmente al apoyo de los familiares. A su vez, otras de las variables que se asociaron con inicio de depresión fueron haber experimentado eventos vitales en los últimos tres meses y la separación de la madre durante la infancia. Los autores de este estudio concluyeron que en las mujeres participantes el apoyo de los familiares ante la experiencia de un evento vital adverso fue de particular importancia en la disminución del riesgo a sufrir depresión. En fin, la importancia de este estudio es que comprueba la aplicabilidad del modelo etiológico, en una población distinta a la que fue inicialmente estudiado.

Importantes hallazgos a favor de la hipótesis del valor protector del apoyo social también los encontramos en las dos investigaciones que se presentan a continuación. La primera reporta como resultado que el número de relaciones interpersonales fue un fuerte predictor del curso natural de la depresión, más aún que la presencia de eventos vitales (Wildes, et al, 2002). La segunda (Spotts, et al, 2004) destaca en sus resultados la importante asociación entre menor calidad marital y ausencia de apoyo social con mayor presencia de síntomas depresivos en las mujeres, planteando la necesidad de incluir el abordaje del apoyo social en las futuras estrategias de intervención y prevención de la depresión en las mujeres.

Otra investigación importante con relación al papel del apoyo social en la depresión en las mujeres es la realizada por Kendler, Gardner & Prescott (2002). Los autores realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de desarrollar un modelo etiológico multifactorial de la depresión en las mujeres. Dicho estudio contó con una muestra de 1942 mujeres adultas gemelas quienes fueron entrevistadas cuatro veces en un período de cuatro años. A su vez, en el modelo propuesto se consideraron 18 factores de riesgo distribuidos en cinco etapas de desarrollo: infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía y adultez. Según los autores, una puntuación baja en apoyo social se asoció como factor predictor único para consumo de sustancias en la adolescencia tardía. Y esta última variable se asoció como predictor de otros factores de riesgo en el futuro, tales como: divorcio, dificultades vitales y dependencia a eventos vitales estresantes, los cuales a su vez se asociaron con elevado riesgo a sufrir depresión en las mujeres adultas en el modelo mencionado. De ello se concluye que si bien la ausencia de apoyo social no está relacionada directamente con inicio de síntomas de depresión en la vida adulta, sí encuentra un lugar considerable en la cadena causal resultado del estudio. Por último, es importante mencionar que aquí sólo consideraremos el papel del

apoyo social dentro de una compleja y multifactorial red de factores de riesgo propuesta por los autores.

La asertividad también juega un papel importante en la capacidad de un individuo para obtener apoyo social. Una investigación (Corner, 2003) realizada con el objetivo de examinar si la baja asertividad conduce a bajos niveles de apoyo social y altos niveles de depresión, reportó como resultado la confirmación de la hipótesis estudiada. Según este estudio, la asertividad es la habilidad para expresar los propios deseos y necesidades de una forma clara y accesible y respetando las necesidades de los otros.

Otro estudio (Spotts, Erica L., et al, 2004) examinó la asociación entre la calidad de las relaciones interpersonales, considerando la calidad marital y el apoyo social, con la sintomatología depresiva en mujeres. Como resultado se observó que el 18% y el 31% de la varianza de los síntomas depresivos en mujeres fue explicada por las relaciones interpersonales.

La autoestima es otra variable de interés considerada en algunas investigaciones referidas a depresión en mujeres. Un estudio (Dreith, 2001) realizado con una muestra de 100 mujeres residentes en zonas urbanas de Denver (Estados Unidos) indagó el efecto de la autoestima y el apoyo social en la presencia de sintomatología depresiva. De este estudio se concluyó que aquellas mujeres que contaban con mejor autoestima y mayor apoyo presentaban menor sintomatología depresiva. A su vez, y como un dato de interés aquellas mujeres que reportaron estar satisfechas o muy satisfechas con su trabajo reportaron menor sintomatología depresiva que aquellas que no lo estaban.

Por último, en un estudio (Wade & Kendler, 2000) realizado en una población de mujeres mellizas, con el objetivo de analizar la propensión genética tanto a la depresión como a los bajos niveles de apoyo social, destacó que el mecanismo genético de la predisposición a bajos niveles de apoyo social se basa en la reducida capacidad de algunos individuos para obtener apoyos sociales adecuados de sus relaciones interpersonales y que ello se asocia a su vez con incremento del riesgo a sufrir sintomatología depresiva.

En fin, es importante destacar de las investigaciones revisadas hasta el momento la considerable evidencia de la presencia y fuerza de la asociación entre ausencia de apoyo social y riesgo a sufrir depresión en las mujeres.

Estudios nacionales sobre la influencia del apoyo social en la depresión en mujeres

Son pocos los estudios realizados en México que estudian la relación entre apoyo social y depresión en las mujeres. A continuación se mencionan dos que su importancia sirven de antecedentes a esta investigación. El primero de ellos, fue llevado a cabo con el objetivo de explorar los recursos internos (autoestima) y externos (apoyo social) con los que contaban un grupo de mujeres mexicanas, cuyos cónyuges habían emigrado y residían en Estados Unidos, para enfrentar las diversas responsabilidades de su vida familiar en ausencia de sus esposos (Salgado de Snyder, 1992). Como resultado de esta investigación se encontró que aquellas mujeres que no tenían apoyo ni de sus esposos ni de sus familiares residentes en México obtuvieron puntajes significativamente más altos en las escalas de estrés y sintomatología depresiva que las mujeres que sí contaban con el apoyo material y emocional de éstos. De esta manera, los datos obtenidos permitieron concluir que la ausencia de apoyo por parte de los miembros de la familia nuclear estuvo relacionada con altos niveles de estrés, sintomatología depresiva y malestar psicológico generalizado en aquellas mujeres cuyos esposos habían emigrado y que debían sobrellevar solas las responsabilidades familiares. El segundo estudio de fundamental interés en esta investigación analizó la influencia del apoyo social en los síntomas de depresión iniciales y posteriores a una intervención psicoeducativa dirigida a mujeres con depresión (Lara y cols. 2004). Los resultados informan la asociación entre la ausencia de apoyo social en el inicio del estudio y mayor presencia de síntomas de depresión; de esta manera la mayoría de las mujeres que sufrían altos niveles de sintomatología depresiva al comenzar la intervención sólo contaban en promedio con una o dos personas que les brindaban apoyo y 10% mencionó que no contaba con ningún apoyo. En fin, según este estudio la carencia de un confidente, de una persona que ayude en caso de problemas económicos y la falta de cercanía con la pareja se relacionan con mayor presencia de síntomas de depresión en las mujeres. Según destacan las autoras, esta importante correlación entre ausencia de apoyo social y presencia de sintomatología depresiva plantea la necesidad de considerar el abordaje del apoyo social en las intervenciones dirigidas a mujeres con depresión para de este modo reflejar su realidad social y favorecer los resultados de la intervención.

2.2.- Papel del apoyo social en las intervenciones para la prevención de la depresión

Aspectos teóricos de las intervenciones basadas en el apoyo social

Resulta significativo a los fines de esta investigación mencionar los aspectos conceptuales de diversas estrategias de intervención que incluyen en su método al apoyo social como así también los mecanismos a través de los cuales éstas contribuyen al bienestar emocional del individuo.

Según Gracia, Herrero y Misuti (1995) (en Gracia Fuster, 1998) el objetivo fundamental de las estrategias de intervención basadas en el apoyo social es crear un proceso de interacción en el que el apoyo social sea capaz de satisfacer las necesidades de las personas, optimizando el ajuste entre sus necesidades personales y las provisiones sociales y emocionales que reciben de su medio. A su vez, el efecto positivo de este tipo de intervenciones no es resultado inmediato de la intervención profesional, sino de los recursos que se movilizan en el individuo y su medio como resultado de dicha intervención.

Autores como Gottlieb (1988) (en Gil Lacruz, 2000) han analizado los factores que colaboran a la efectividad y éxito de este tipo de intervenciones, entre ellos destacan los siguientes:

- La evidencia ya comprobada de los efectos positivos del apoyo social sobre la salud y el bienestar de los individuos y de su importancia en la moderación de los efectos negativos del estrés.
- En términos de costos-beneficios las intervenciones que fomentan el apoyo social son más eficientes ya que movilizan los recursos comunitarios, por lo tanto enlazan los sistemas de apoyo formales con los informales.
- Al promover la búsqueda de ayuda y la mejora de las relaciones de apoyo mutuo son más accesibles y aceptadas por la comunidad.
- Están indicadas para una amplia gama de trastornos en la salud mental que tienen como característica en común la pérdida o deterioro de las relaciones sociales.
- Por último, estas estrategias favorecen la autorresponsabilización en la solución de los problemas, facilitando los sentimientos de autoconfianza, competencia y la participación social.

Cabe aquí hacer una distinción conceptual entre sistemas de apoyo informales y sistemas de apoyo formales. Los primeros son aquellos que se sitúan en el entorno

primario y natural de cada individuo, éstos son entre otros: la familia, los amigos, las relaciones íntimas, los compañeros de trabajo y otros miembros significativos de la comunidad. Los segundos, son aquellas instancias de asistencia formales que la sociedad ofrece para el cumplimiento de determinados servicios, entre otros: servicios de salud, servicios sociales, instituciones educativas, instituciones de recreación. Se ha observado que las personas cuando sufren una situación estresante recurren en primer lugar a sus redes naturales de apoyo y cuando no se cuenta con éstas o no son suficientes recurren en segundo término a los sistemas formales de apoyo, tales como los profesionales de la salud. Para López-Cabanas y Chacón (1999) las personas recurren en primer lugar a las redes de apoyo informales porque cumplen con las siguientes características:

- Son más accesibles y están en el contexto cotidiano de la persona.
- Son congruentes con las normas de la comunidad.
- Aporta una amplia variedad de tipos de ayuda: emocional, material, compañía, etc.
- Representan un sistema de ayuda estable, duradero y recíproco ya que al establecerse entre miembros de una misma comunidad no generan sentimientos de inequidad o rechazo.
- No implican el costo económico de los sistemas formales y tampoco representan un estigma como en muchos casos los sistemas formales.

Ahora bien, como consecuencia de múltiples factores individuales, sociales y culturales (dificultad para establecer relaciones interpersonales, aislamiento social, presencia de trastornos en la salud mental, entre otros) los sistemas de apoyo informales pueden perderse o deteriorarse conduciendo al sujeto a una situación de vulnerabilidad y aislamiento social. Por lo tanto representa un gran beneficio el que los sistemas de apoyo formales, a través de diversas estrategias de intervención, se orienten a favorecer en los sujetos con cierta vulnerabilidad psicosocial recursos individuales y sociales necesarios para la búsqueda de las redes de apoyo social.

Existe una gran variedad de estrategias de intervención para potenciar el apoyo social en los individuos, los autores revisados (Gil Lacruz, 2000, López-Cabanas y Chacón, 1999) coinciden en clasificarlas en cinco niveles: *individual*, *diádico*, *grupal*, *social* y *comunitario*. Aquí, interesa destacar las características de las intervenciones a nivel *individual* ya que el objetivo de éstas es mejorar las competencias individuales (habilidades, conocimientos, actitudes, etc.) para que se optimice la recepción y

prestación de apoyo social. A su vez, entre los objetivos de las intervenciones de nivel *individual* se encuentran el entrenamiento en habilidades sociales (como pedir favores, expresar emociones y pensamientos en forma adecuada, realizar críticas, etc.), el desarrollo de habilidades de afrontamiento para resolver problemas a través de la puesta en marcha de recursos individuales y sociales, el reconocimiento y revalorización de las fuentes de apoyo con las que las personas cuentan y el contacto con grupos e instituciones que provean el apoyo adecuado, entre otras. Por último, es importante mencionar que aunque el nivel de intervención *individual* se dirige a favorecer modificaciones en el individuo es susceptible de llevarse a cabo a través de estrategias grupales.

Papel del apoyo social en las intervenciones para la depresión

Existen en la actualidad pocos estudios que valoren el papel del apoyo social en los efectos de las intervenciones para la depresión. Como lo destaca Schwartz (2005) en la revisión que realiza sobre el tema existe poca evidencia científica que sostenga la convicción generalizada acerca de que las psicoterapias favorecen las redes y el apoyo social de los pacientes. Según esta revisión la mayoría de la evidencia actual acerca de la relación entre la psicoterapia y el apoyo social de los pacientes se refiere a aquellos estudios que indagan los beneficios de la psicoterapia interpersonal. Este abordaje psicoterapéutico se basa en un modelo conceptual según el cual una de las causas principales de la depresión son los problemas en las relaciones interpersonales y sociales, por lo que se postula que los cambios en la sintomatología depresiva se relacionarían directamente con la mejora de las competencias en la esfera social e interpersonal. Esta modalidad de psicoterapia fue desarrollada por Klerman, Chevrón & Weissman (1984) para el tratamiento de la depresión y es justamente en el abordaje de este padecimiento donde se ha establecido su eficacia a través de un importante número de estudios (Berber & Muenz, 1996; Thase, et al., 1997; Keller et al., 1997; McElwaine et al., 2003; Blanco, Lipsitz & Caligor, 2001; Frank et al., 2000 en Crowe & Luty, 2005). El método de la psicoterapia interpersonal consiste en primer lugar en identificar y explorar con el paciente sus patrones de comunicación inadecuados y analizar el conjunto de pensamientos, creencias y emociones que lo determinan. Una vez identificados dichos patrones la segunda etapa se basa en que el paciente aprenda a relacionar las dificultades interpersonales con los cambios en sus estados de ánimo y con los síntomas de la depresión. Por último y con base las posibilidades y recursos de

cada individuo y a las intervenciones del terapeuta el trabajo terapéutico se orienta a la construcción de nuevas estrategias de comunicación que favorezcan las relaciones interpersonales y con ello la vida emocional del paciente

Fuera del campo de la psicoterapia interpersonal son pocos los estudios que indaguen los efectos de la psicoterapia o de las intervenciones sobre el apoyo social de los pacientes con depresión. Un ejemplo es un estudio realizado por Ogrodniczuk, Joyce & Piper (2003) cuyo objetivo fue analizar el apoyo social de los sujetos después de un tratamiento de psicoterapia breve para la depresión donde se encontró que finalizada ésta mejoró el apoyo social percibido y que dicha mejora se asoció con una reducción de los síntomas de depresión. A su vez, en la exhaustiva revisión realizada por Jané-Llopis y colaboradores (2003) en la cual se analizan las condiciones de la efectividad de 69 programas para la prevención y reducción de la sintomatología depresiva y dirigidos a distintos grupos de edad, se encontró que sólo quince incluían en su método al apoyo social y que de éstos en sólo cinco casos se había comprobado su efectividad para reducir los síntomas depresivos.

Por último, es importante mencionar que con base a la evidencia obtenida de la efectividad de la terapia interpersonal en los tratamientos para la depresión, lo destacado por la literatura acerca del valor del apoyo social en la vida de las mujeres y escasez de estudios sobre, es que se decidió considerar ciertos aspectos de la terapia interpersonal en la elaboración de los contenidos del nuevo elemento incluido en una intervención psicoeducativa para la prevención de la depresión (Lara y cols., 2003ab)

3. Problema de investigación

A continuación, y como resultado de lo analizado en los apartados anteriores, se expone y justifica del problema de investigación que guió este estudio.

3.1.- Justificación

- La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes y discapacitantes en la población general, tanto a nivel internacional como nacional.
- Las mujeres sufren depresión dos veces más que los hombres representando para ellas la principal causa de discapacidad por trastornos psiquiátricos.
- De los factores psicosociales involucrados en la depresión la literatura destaca la importancia del papel del apoyo social, ya que se ha demostrado que su presencia disminuye la vulnerabilidad a sufrir episodios depresivos y favorece el resultado de las intervenciones de prevención.
- La depresión en las mujeres no sólo afecta su desempeño individual sino también el bienestar familiar y el adecuado desarrollo psicológico de sus hijos.
- De ello, se desprende la enorme necesidad de ofrecer a las mujeres alternativas de prevención y tratamiento de la depresión que sean integrales, accesibles y de probado costo-beneficio.
- A su vez, múltiples investigaciones han documentado que la depresión en las mujeres puede prevenirse a través de intervenciones que utilizan técnicas psicoeducativas y psicoterapéuticas. De ellas, las de mayor efecto positivo en la población son las que combinan más de un componente en su método, a saber: técnicas educativas, psicológicas (cognitivo-conductual) y orientadas a reforzar el apoyo social, entre otros.
- En México, no existen estudios que evalúen el papel del reforzamiento del apoyo social en la efectividad de las intervenciones para la prevención de la depresión en las mujeres.

3.2.- Planteamiento del problema de estudio

En función de la revisión de la literatura científica sobre depresión en mujeres y estrategias de intervención para su prevención, surgió el problema de estudio que se expone a continuación:

La presencia de apoyo social en la vida de las mujeres disminuye el riesgo a desarrollar episodios depresivos, favorece el resultado de las intervenciones de prevención y disminuye la frecuencia de las recaídas. En México existe una intervención psicoeducativa para la prevención de la depresión en mujeres [IPPD] que ha sido probada en su efectividad en la disminución de los síntomas de depresión y la mejora de la autoestima, entre otros objetivos (Lara y cols., 2003ab, 2004ab).

De estos datos se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿Mejorará la efectividad de la IPPD, desarrollada por Lara y colaboradores, la inclusión de un nuevo componente orientado a reforzar el apoyo social?

3.3.- Objetivos del estudio

Con el fin de responder a la pregunta de investigación antes formulada se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Evaluar el papel de la inclusión de un nuevo componente orientado a fortalecer el apoyo social en la efectividad de la IPPD (Lara y cols., 2003ab, 2004ab) en la disminución de la sintomatología depresiva y la mejora de la autoestima.

Objetivos específicos

- Valorar los cambios clínicos en la sintomatología depresiva de las participantes resultado de la IPPD (Lara y cols., 2003ab, 2004ab).
- Evaluar la influencia de la inclusión del nuevo componente orientado a reforzar el apoyo social:
 1. En la capacidad de las participantes para reconocer su necesidad de apoyo social.
 2. En la capacidad de las participantes para buscar apoyo social.
 3. En la asertividad de las participantes.
 4. En la calidad de las relaciones interpersonales de las participantes.

3.4.-Hipótesis de investigación

A su vez, las hipótesis que guiaron este estudio fueron las siguientes:

Hipótesis general

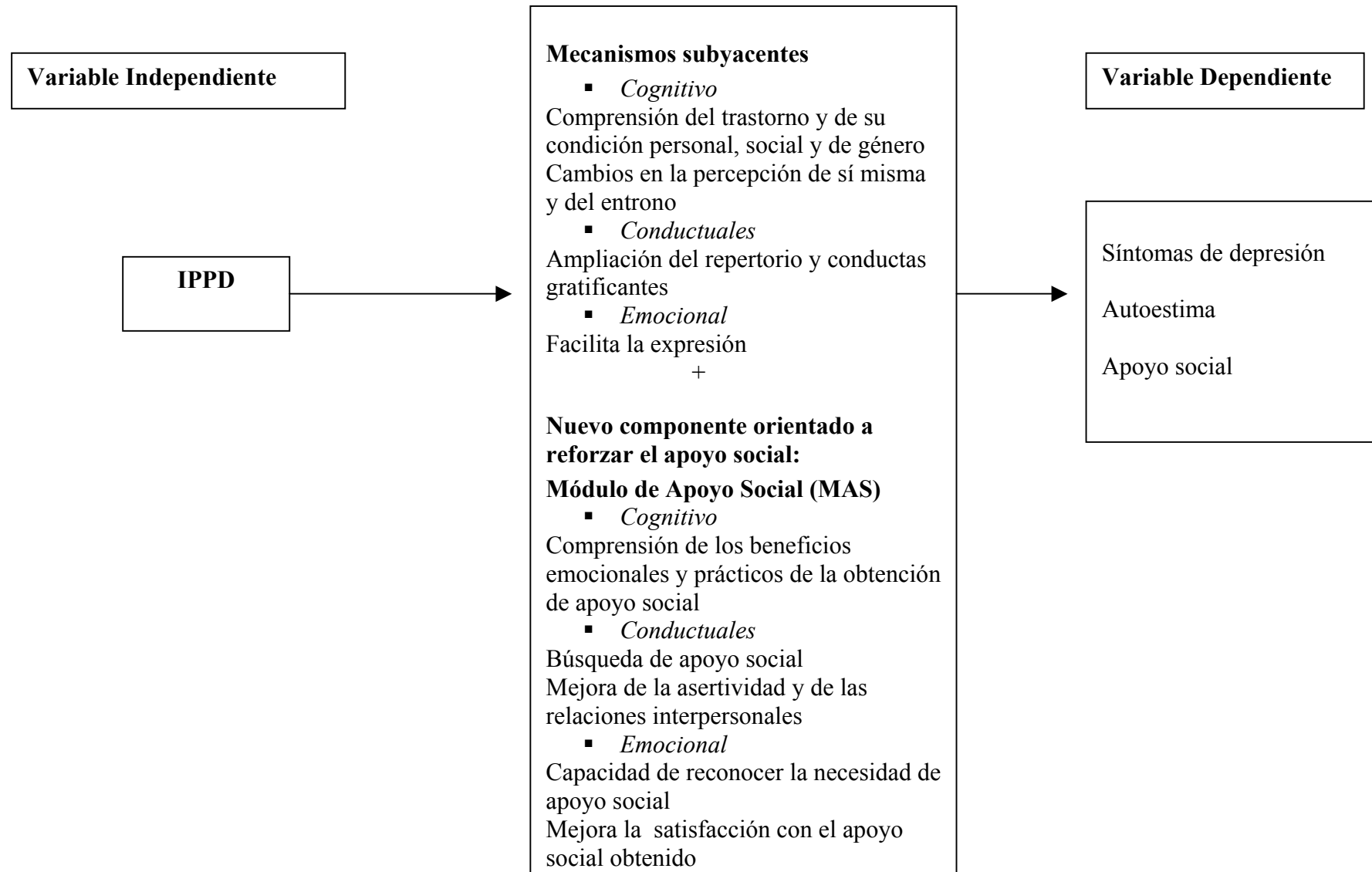
- La inclusión de un nuevo componente orientado a fortalecer el apoyo social en la IPPD (Lara y cols., 2003ab, 2004ab) mejorará su efectividad en la disminución de la sintomatología depresiva y la mejora de la autoestima.

Hipótesis Específicas

- Como resultado de la IPPD (Lara y cols., 2003ab, 2004ab) se producirá una modificación tanto estadística como clínicamente significativa de las sintomatología depresiva de las participantes
- La inclusión del nuevo componente mencionado en IPPD (Lara y cols., 2003ab; 2004ab) tendrá una influencia positiva:
 1. En la capacidad de las participantes para reconocer su necesidad de apoyo social.
 2. En la capacidad de las participantes para buscar apoyo social.
 3. En la asertividad de las participantes.
 4. En la calidad de las relaciones interpersonales de las participantes.

A continuación se presenta el esquema conceptual del problema de investigación considerando las principales variables de estudio (Esquema 3).

Esquema 3. Esquema conceptual del problema de investigación



4. Metodología

4.1. Sujetos

Se propuso contar inicialmente con una muestra de cuarenta sujetos distribuida en veinte sujetos en cada uno de los grupos, dicha propuesta se basó en la consideración del número de sujetos que permitiera realizar comparaciones estadística (Triola, 2004) y en el tiempo y los recursos disponibles para realizar este estudio. Los criterios de elegibilidad y exclusión se basaron en las características de la población a la que está dirigida la IPPD desarrollada por Lara (2002) y fueron los siguientes: mujeres de 20 a 45 años, con sintomatología depresiva por encima del punto de corte de 16 según la escala la Escala de Depresión del Centro de Estudios epidemiológicos [CES-D] (Radloff, 1977) y con escolaridad mínima para leer el material educativo, y los criterios de exclusión fueron: estar bajo tratamiento psicológico o farmacológico al momento del estudio, presentar enfermedad terminal, adicción a sustancias, ideación suicida y mostrar incapacidad severa debido a su estado de depresión.

4.2. Escenario

Este estudio se llevó a cabo en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc, institución perteneciente a la SSA, ubicado en la colonia Santa María de la Rivera de la Delegación Cuauhtémoc en la ciudad de México. Es ésta una institución de atención primaria en salud mental y su principal objetivo es la prevención y la promoción de la salud mental en la comunidad de influencia; además de ello cuenta con un servicio de consulta externa donde se brinda atención psicoterapéutica y psiquiátrica a los usuarios que así lo requieren.

4.3. Procedimiento

El proceso de reclutamiento se inició con la promoción de la intervención en el centro comunitario y en la comunidad aledaña. En ella participaron trabajadoras sociales y enfermeras con especialidad en psiquiatría adscritas al centro comunitario donde se realizó el estudio; dicho personal ya contaba con el conocimiento necesario sobre la intervención y su promoción pues la misma forma parte del programa de trabajo de la institución. La promoción se realizó por medio de folletos, pláticas informativas y periódicos murales que informaban sobre los síntomas de la depresión e invitaban a participar en talleres de ayuda.

Una vez concluida esta etapa se citó a las interesadas para la evaluación de tamizaje y pre-tratamiento que fueron realizadas por una psicóloga previamente capacitada en la utilización de los instrumentos y por la misma investigadora. La entrevista de tamizaje tuvo

por objetivo indagar los datos sociodemográficos, los criterios de exclusión y realizar una primera valoración de la sintomatología depresiva. La entrevista de pre-tratamiento se orientó a valorar la intensidad de la sintomatología depresiva y a medir las siguientes variables: números de apoyos, satisfacción con el apoyo y autoestima. Las participantes que cumplieron con los criterios de elegibilidad y aceptaron participar en el estudio firmaron una carta de consentimiento informado (Anexo 1), la cual fue leída y explicada previamente a cada una de ellas; por último se las asignó en forma aleatoria a uno de ambos grupos y se les proporcionó las fechas del inicio de las sesiones. Esta asignación se realizó por medio del siguiente método: cada mujer que cumplió debió tomar uno de dos papelitos cerrados que en su interior contenían el número del grupo asignado, a su vez y utilizando un procedimiento similar se designó aleatoriamente el grupo experimental y el grupo control. A aquellas mujeres que no cumplieron con los criterios de elegibilidad y que presentaban algún grado de sintomatología depresiva o malestar emocional fueron canalizadas a los servicios de la misma institución para ser atendidas al mismo tiempo que se les explicó por qué la intervención no era la atención indicada para su padecimiento o problema actual.

4.4. Diseño de investigación

En función de la hipótesis principal según la cual la inclusión de un nuevo elemento mejoraría la efectividad de la intervención se decidió realizar un estudio comparativo aleatorizado entre un grupo experimental y otro control. En el grupo control se aplicó la IPPD (Lara y cols., 2003ab; 2004ab) con base al material educativo “Es difícil ser mujer: una guía sobre depresión” (Lara, Acevedo y Luna, 1997) en la versión de ocho sesiones (Guía Didáctica par el Trabajo de Grupo de Lara, Acevedo y Luna, materiales prensa) y en el grupo experimental la misma intervención que en el grupo control pero en la versión de seis sesiones (Guía Didáctica par el Trabajo de Grupo de Lara, Acevedo y Luna, 2001) y con la inclusión de un elemento adicional. A dicho elemento consistió en dos sesiones cuyo objetivo fue favorecer en las participantes la búsqueda y fortalecimiento de apoyo social y se lo denominó Módulo de Apoyo Social (MAS).

De esta manera, la variable independiente del estudio fue la intervención mencionada con la inclusión de un Módulo de Apoyo Social (MAS) y las variables dependientes valoradas fueron: sintomatología depresiva (Inventario de Depresión de Beck II, Beck (1996), autoestima (Coopersmith, 1981), números de apoyos (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983) y la satisfacción con el apoyo (Sarason y cols., 1983). Se realizaron tres

mediciones de la variables dependientes, una al inicio del estudio y las otras dos a los quince días y a los tres meses de finalizada la intervención.

4.5. Variables e instrumentos de medición

A continuación se exponen la variable independiente y las dependientes que conformaron este estudio. Se detallan también los instrumentos de medición utilizados para describir a la muestra, para evaluar los criterios de elegibilidad en la entrevista de tamizaje y para valorar las variables dependientes tanto en la evaluación inicial como en las dos posteriores. Esta información se esquematiza en la tabla que se presenta a continuación (Tabla 2).

Tabla 2. Variables, instrumentos y etapas de medición.

	Variable	Instrumento
Descripción de la muestra	Sociodemográficas	
Tamizaje	Síntomas de depresión	CES-D (1977)
	Salud física y adicciones	Lara y cols. (2001)
	Psicosis, daño orgánico y trastornos bipolar	Lara y cols. (2001)
	Discapacidad	Lara y cols. (2001)
	Intento de suicidio	Lara y cols. (2001)
	Tratamiento actual	Lara y cols. (2001)
Pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento	Síntomas de depresión	BDI-II (1996)
	Autoestima	Coopersmith (1981)
	Apoyo Social	Sarason y cols. (1983)
	Influencia de la intervención	Lara (2002)
	Influencia de la intervención en conductas y actitudes orientadas al apoyo social	

Variable Independiente

La variable independiente de este estudio es la intervención para la prevención de la depresión (IPPD) desarrollada por Lara (2002) y evaluada por Lara y colaboradores (2003ab, 2004ab) a la que se incluye un Módulo de Apoyo Social (MAS) elaborado específicamente

para este estudio. Dicha intervención está dirigida a mujeres con síntomas de depresión y se estructura alrededor de la lectura del material educativo “¿Es difícil ser mujeres?: una guía sobre depresión” (Lara y cols., 1997). Se ubica en la categoría de las intervenciones preventivas indicadas ya que es susceptible de aplicarse en primer nivel de atención y se dirige a una población de mujeres vulnerables a desarrollar un cuadro de depresión ya sea por presentar diversos grados de sintomatología depresiva o por experimentar situaciones de riesgo psicosocial. Consta de dos versiones una de seis (Lara y cols. 2001) y otra de ocho sesiones (Lara y cols. materiales prensa) de dos horas semanales y su estructura general consiste en: bienvenida y encuadre en la primera sesión, lecturas del material educativo seguidas de reflexiones y preguntas por parte de los participantes, retroalimentación de parte de la facilitadora y ejercicios terapéuticos y de reflexión para realizarse en las sesiones y en el hogar. A su vez, el modelo teórico que sustenta a la intervención se compone de tres elementos: el *educativo*, el *psicológico* y el *grupál*, componentes que conducen a través de cambios *cognoscitivos*, *conductuales* y *emocionales* a la reducción de los síntomas de depresión, entre otros beneficios que otorga a las participantes. Por último el componente de *género* atraviesa toda la intervención y a través de él se destaca la importancia del papel de género desempeñado por la mujer en la etiología de la depresión.

El MAS (Anexo 2) que fue evaluado en este estudio se basa y guarda coherencia en la estructura y modelo teórico de la intervención arriba expuesta y a la que se incluye. Para su preparación se realizó previamente una búsqueda y revisión de intervenciones para la prevención de la depresión que incluyeran en su método el componente del apoyo social, de esta manera la elaboración de sus contenidos se basó en las siguientes dos intervenciones: “Mamás y bebés/Mothers and Babies Course” de Muñoz y colaboradores (2007) y en “Salud Mental de mamás y bebés” de Lara y Hubard (Material en revisión). Se estructura en dos sesiones de dos horas cada una que se desarrollan entre la cuarta y quinta sesión de la versión de ocho sesiones de la intervención de Lara y cols. (2003ab, 2004ab). Cada sesión se estructura alrededor de un material de lectura que aborda diferentes temas relacionados con la importancia de obtener apoyo social en tanto factor protector para el desarrollo de sintomatología depresiva en las mujeres. Sus principales objetivos son brindar información sobre los beneficios de contar con apoyo social en la vida emocional de las mujeres, ofrecer herramientas que favorezcan la búsqueda y construcción tanto de relaciones cercanas de confianza como de redes de apoyo social y crear un espacio de intercambio de experiencias en torno al tema del apoyo social y la importancia de las relaciones cercanas. Cada sesión se compone de la siguiente manera: introducción, encuadre y objetivos, lectura del material

educativo por parte de la facilitadora o de la participante que se proponga, reflexiones y comentarios de las participantes, retroalimentación de la facilitadora, ejercicios didácticos, recordatorio y tareas para el hogar. A su vez y con el fin de facilitar su conducción se elaboró una guía didáctica cuyo objetivo es brindar a la facilitadora los lineamientos y herramientas necesarios para la adecuada conducción del trabajo en grupo en estas dos sesiones (Anexo3). Su modelo conceptual se desprende del modelo de la intervención a la que se incluye y los componentes que lo subyacen y favorecen las modificaciones esperadas son: el *cognitivo* (comprensión de los beneficios emocionales y prácticos de la obtención de apoyo social), *conductual* (búsqueda de apoyo social y mejora de la asertividad y de las relaciones interpersonales) y *emocional* (desarrollo de la capacidad de reconocer la necesidad de apoyo social y mejora de la satisfacción con el apoyo social obtenido).

Preguntas para describir las características generales de la muestra

Con el objetivo de describir la muestra del estudio se valoraron en cada participante las variables descriptas a continuación:

Edad: se consideró los años cumplidos al momento del estudio.

Nivel de escolaridad: se preguntó por el último grado escolar que cursó en la escuela, considerando los siguientes: primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura y posgrado.

Estado civil: se indagó si al momento del estudio estaba casada, divorciada, en unión libre, viuda, soltera o separada.

Composición familiar: se preguntó cuántas personas, incluyéndola a ella, habitaban en su hogar y la relación que tenía con cada uno de éstos.

Sostén del hogar: se preguntó cuántas personas, incluyéndola a ella, aportaban dinero para el sostén del hogar.

Situación laboral: se preguntó si en los últimos seis meses había realizado alguna actividad por la que reciba alguna paga.

Proveedor principal del hogar: se indagó quién de los miembros de la familia aportaba mayor cantidad de dinero para el mantenimiento del hogar.

Ingreso familiar: se indagó la cantidad total de ingresos, sumados todos los ingresos de las personas que viven en el hogar.

Elementos de tamizaje

Instrumentos para evaluar los criterios de exclusión: salud y adicciones: se realizó una pregunta abierta sobre si la entrevistada sufría alguna enfermedad terminal o crónica, y cuál era. También se preguntó sobre si consumía alcohol o drogas de manera excesiva de acuerdo a su juicio y el de otras personas (Lara y cols., 2001). ***Psicosis:*** se indagó a través de tres preguntas que valoran la presencia de síntomas psicóticos en el último mes (Lara y cols., 2001). ***Organicidad:*** se valoró a través de observaciones realizadas por la entrevistadora del lenguaje y acciones de la entrevistada y por dos preguntas relacionadas con un posible daño orgánico (Lara y cols., 2001). ***Trastorno bipolar:*** se indagó a través de dos preguntas que indagan posibles alteraciones en el estado de ánimo presentes en este trastorno (Lara y cols., 2001). ***Intento de suicidio:*** se evaluó a partir de las siguientes preguntas: ¿Ha estado a punto de quitarse la vida? ¿Ha intentado quitarse la vida? (Lara y cols., 2001). ***Discapacidad:*** se preguntó si en el último mes hubo días en los que no pudo trabajar o realizar tareas diarias debido a su estado de depresión y en caso afirmativo, cuántos días ocurrió esto (Lara y cols., 2001). ***Tratamiento actual:*** dos preguntas sobre si al momento de la entrevista recibía tratamiento por algún tipo de trastorno mental, ya sea de un psicólogo o un psiquiatra, y en caso afirmativo para qué problema lo recibía (Lara, 2002).

Síntomas de depresión: se evaluó la presencia de sintomatología depresiva con la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), ésta cuenta con 20 reactivos que valoran sintomatología depresiva en población general y pone énfasis en el componente afectivo: ánimo depresivo, sentimientos de culpa, sentimientos de desesperanza, retardo psicomotor, pérdida del apetito y trastorno del sueño. Se califica en una escala de acuerdo al número de días en que presentó el síntoma en la semana anterior (0= ningún día; 1= 1 a 2 días; 2= 3 a 4 días, 3= 5 a 7 días) y se establece el punto de corte por encima de 16 puntos. Ha sido utilizada en México por Medina Mora y colaboradores. (1992), Salgado de Zinder (1992), Lara et al. (1993), Lara et al. (2003) por lo que se considera un instrumento adecuado para valorar la sintomatología depresiva en la población adulta mexicana.

Variables dependientes

Síntomas de depresión: en las entrevistas de pre-tratamiento, pos-tratamiento y seguimiento se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, 1996; Penley, Wiebe & Nwosu, 2003). Este consta de 21 reactivos que valoran la presencia de la sintomatología depresiva, cada uno contempla cuatro alternativas de respuesta que representan la intensidad/gravedad del síntoma y el marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. De

los 21 reactivos, 15 hacen referencias a síntomas psicológicos-cognitivos y 6 a síntomas de tipo somático/vegetativos. La versión I de este inventario demostró ser válida para valorar sintomatología depresiva en población mexicana adulta (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998; Torres, Hernández & Ortega, 1991) y presenta los siguientes puntos de corte: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-60). A su vez en este estudio se utiliza la versión II del inventario por ser la más reciente y ajustarse a los parámetros temporales para el diagnóstico de depresión del DSM-IV; a su vez su confiabilidad en español ya ha sido reportada (Penley y cols., 2003).

Autoestima: se evaluó en las entrevistas de pre-tratamiento, pos-tratamiento y seguimiento a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1981). Este consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas, a cada reactivo se le asigna una puntuación dependiendo de la respuesta y la suma de éstos constituye la calificación final. Para el presente estudio se tomaron los siguientes puntos de corte: >15 autoestima baja, 16-18 autoestima normal, <19 autoestima alta (con base a las variables de género, edad, estado civil, escolaridad y ocupación, reportadas por Lara y colaboradores, 1994). En México ha sido utilizada para evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa mostrando ser muy sensible a sus efectos (Lara et al., 2003).

Apoyo social: se evaluó en las entrevistas de pre-tratamiento, pos-tratamiento y seguimiento a través del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason y colaboradores (1983), el cual cuenta con 27 preguntas en las que se pide al sujeto dos tipos de respuestas: en primer lugar, se le solicita que mencione hasta nueve personas en las que puede confiar o contar para apoyarlo en la situación planteada por la pregunta, y en segundo lugar, se le pide que indique, en una escala de seis puntos (6= muy satisfecho; 1= muy insatisfecho) que tan satisfecho está con el apoyo de cada una de las personas que nombró en cada pregunta. Mediante la suma del número total de las personas mencionadas y de los puntajes de satisfacción divididos cada valor obtenido entre 27, se obtienen dos puntajes globales: 1)- *Número de personas que brindan apoyo* y 2)- *Satisfacción con el apoyo*. Este cuestionario es considerado por algunos autores internacionales (Barrón, 1996) como un instrumento adecuado para valorar los aspectos funcionales y cualitativos del apoyo social, o sea del significado y papel que este apoyo cumple en la vida emocional del sujeto. A su vez, ha demostrado ser válido para valorar apoyo social en la población mexicana (Acuña y Bruner, 1999), aunque al estar dirigido a población de estudiantes se consideró pertinente realizarle una serie de modificaciones para adaptarlo a la población de este estudio.

Influencia de la intervención: se evaluó en ambos grupos en la entrevista de post-tratamiento y seguimiento, a través de la siguiente pregunta: *¿Qué influencia tuvo en su vida el hecho de que usted haya participado en el taller?* (Lara, 2002) y las respuestas se valoraron en una escala de cuatro grados de influencia (influencia negativa, ninguna influencia, alguna influencia, mucha influencia) y se le pidió a cada participante que ampliara su respuesta explicando el por qué de dicha influencia

Influencia del Módulo de Apoyo Social en conductas y actitudes orientadas al apoyo social: se evaluó en la entrevista de post-tratamiento y seguimiento y en ambos grupos a partir de las siguientes cinco preguntas elaboradas específicamente para este estudio: *¿Qué influencia tuvo su participación en el taller para reconocer su necesidad de ayuda o apoyo? ¿Qué influencia tuvo su participación en el taller para que usted buscara algún tipo de ayuda o apoyo? ¿Qué influencia tuvo su participación en el taller en su asertividad (capacidad para expresar mis deseos y necesidades respetando a los demás)? ¿Qué influencia tuvo su participación en el taller sobre su forma de relacionarse con las demás personas?*, las respuestas se valoraron a través de la misma escala que la pregunta anterior y también se solicitó a cada participante que ampliara su respuesta explicando las razones de dicha influencia.

4.6. Análisis de los resultados

El análisis de los datos recogidos en este estudio se realizó en tres partes principales, en la primera se describieron las características sociodemográficas de la muestra, en la segunda se abordaron los análisis orientados a valorar los efectos de la intervención y por último se analizaron algunas características específicas del apoyo social de las participantes en cada etapa del estudio.

Para el análisis sociodemográfico de la muestra se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas como medidas de tendencia central y frecuencias.

En la valoración de los efectos de la intervención se consideró tanto la significancia estadística como la significancia clínica de los resultados. La decisión de considerar estos dos aspectos de los resultados de la intervención se basó en lo planteado tanto por autores internacionales como nacionales (Kazdin, 1999, Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002) acerca de la importancia de valorar la efectividad de las intervenciones psicológicas a través de métodos que nos permitan conocer también el cambio clínico producto de la intervención y la importancia que éste tuvo en la vida de las participantes.

De esta manera, para evaluar los cambios estadísticamente significativos y dado que los instrumentos utilizados para medir las principales variables dependientes (síntomas de depresión, autoestima y apoyo social) arrojan puntajes intervalares se utilizó Análisis de Varianza para Medidas Repetidas; es importante mencionar que aunque la muestra del estudio quedó reducida a 23 sujetos al momento del pos-tratamiento y a 14 al momento del seguimiento, igualmente se consideró apropiado utilizar la prueba mencionada ya que algunos autores (Peregrina del Río y Beltrán, 1999; Campbell y Stanley, 1995) consideran factible su uso aún en muestra pequeñas que se distribuyan normalmente. A su vez, la comprobación de la normalidad de la distribución de la muestra se realizó a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov.

Con respecto a la significancia clínica de la intervención en la modificación de la sintomatología depresiva se consideró como un cambio clínicamente significativo el hecho que las participantes alcanzaran, como resultado de los efectos de la intervención, el parámetro de normalidad establecido por los puntos de corte del Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1996) para la población adulta en México (Jurado y cols., 1998; Torres y cols., 1991). De esta manera, y según lo establecido por dicho cuestionario, se consideró como una modificación clínica significativa el que las participantes se situaran a los 15 días y a los tres meses de concluida la intervención entre los puntajes 0 y 9 (sintomatología *mínima*) y entre los puntajes 10 y 16 (sintomatología *leve*).

Con respecto al último aspecto considerado en los resultados, algunos componentes específicos del apoyo social de las participantes, se realizó un análisis a partir de estadísticos descriptivos y comparaciones entre grupos a través de la prueba T de Student en caso de datos continuos y U Mann Whitney para datos de escala ordinal. Los criterios para la elección de las pruebas estadísticas se basaron en los argumentos expuestos por Juárez, Villatoro y López (2002).

4.7. Aspectos éticos

A continuación se exponen los aspectos éticos que fueron considerados en este estudio. Estos son de especial interés ya que la investigación que aquí se presenta tuvo el doble carácter de ser una investigación y una intervención para mujeres con riesgo a sufrir depresión, por lo que se observaron ciertas medidas para asegurar la integridad y la libertad de las participantes. Estas se basan en lo expuesto por la literatura acerca de los problemas éticos a considerar en este tipo de estudio (Eaton, 1996; Muñoz y Ying, 1993) y en los principios éticos para las

investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki, Asamblea Médica Mundial, 2004):

- *Participación voluntaria en la investigación:* la promoción de la intervención se realizó a partir de folletos y carteles que informaban acerca de la depresión y sus factores de riesgo, de manera que las mujeres pudieran valorar su estado y decidir libremente solicitar una cita para las entrevistas previas al taller.
- *Información sobre el carácter de investigación de la intervención:* durante la entrevista inicial se les explicó que el taller al que se les estaba invitando a participar formaba parte de una investigación, la cual tenía como fin evaluar y mejorar la efectividad de una intervención para la prevención de la depresión en las mujeres.
- *Consentimiento informado y presentación por escrito los objetivos de la intervención:* durante la entrevista de pre-tratamiento se leyó y explicó el consentimiento informado (Anexo 1) a cada una de las participantes donde se explicaban objetivos del estudio, los beneficios y los posibles riesgos de su participación en la intervención. A su vez, se les aseguró confidencialidad de la información proporcionada y se les aclaró que si por alguna razón no deseaban contestar alguna pregunta, podían hacerlo.
- *Evidencia científica disponible sobre la intervención:* existen amplias evidencias que sustentan la efectividad de las intervenciones psicoeducativas para la prevención de la depresión, de éstas la intervención llevada a cabo en este estudio ha sido probada en su efectividad en la disminución de la sintomatología depresiva entre otros aspectos (Lara y cols., 2003a; 2003b; 2004a; 2004b).
- *Asegurarse que las personas reciban el mejor tratamiento y disminución de los riesgos de la intervención:* este estudio se realizó en una institución que cuenta con los recursos e infraestructura necesaria para ofrecer a los pacientes una atención adecuada a sus problemas de salud mental; a su vez aquellas mujeres que reportaron algunos de los criterios de exclusión (ideación suicida, incapacidad severa, etc.) fueron referidas a los servicios de la institución para valoración y tratamiento. Por último, durante el desarrollo del taller se realizó un atento seguimiento de la evolución de las participantes con el fin de considerar la posibilidad de referencia de aquellas que pudieran empeorar en el desarrollo de este estudio. A su vez dentro de los objetivos de las entrevistas de pos-tratamiento y seguimiento estuvo valorar si algunas de ellas debían continuar con apoyo terapéutico debido a su sintomatología depresiva y de esta manera canalizarlas a los servicios de atención de la misma institución. También a cada participante se le entregó un directorio

con instituciones de salud y de asistencia social a las que pueden recurrir ante la presencia de problemas de diversa índole.

- *Libertad para retirarse del estudio:* durante la entrevista previa al taller se les aclaró a las mujeres participantes que podían retirarse del estudio en el momento que así lo consideraran sin que por ello se viera afectada su condición de usuarias de la institución.

5. Resultados

A continuación se presentan los resultados de este estudio los cuales se organizan en los siguientes apartados: características sociodemográficas de la muestra, reclutamiento, retención y asistencia de la muestra, efectos de la intervención y observaciones del Módulo de Apoyo Social.

5.1- Características sociodemográficas de la muestra

La edad media de las mujeres que participaron ($n= 35$) en el estudio fue de 35.4 años ($DE=7.3$), 68.8% estaba casada o en unión libre y 94.3% tenía hijos, de éstas 31.4% tenía un hijo, 45.7% dos y 17.4% 3 o más. En cuanto al nivel de escolaridad, 42.9% había alcanzado el nivel de preparatoria, siguiéndole el de secundaria (31.4%) y el de licenciatura (22.9%) y considerando los años cumplidos de estudio el promedio fue 11.4 ($DE= 2.6$). Toda esta información puede observarse en la tabla 3.

En cuanto a la composición familiar y como puede observarse en la siguiente tabla, 80% pertenecía a una familia nuclear, 14 (77.8%) en el Grupo Experimental [GE] y 14 (82.4%) en el Grupo Control [GC] y el número promedio de personas que residían en el hogar fue de 3.5 ($DE=0.98$). Con respecto a la situación laboral de las mujeres que participaron en el estudio, más de la mitad (57.1%) trabajaba al momento del estudio, 10 (55.6%) en el GE y 10 (58.8%) en el GC. En la mayoría de los casos (73.9%) realizando algún actividad remunerada (como enfermera, empleada administrativa, entre otras) y el resto se dedicada a actividades de tipo informal (como estilista a domicilio, venta por catálogo, entre otras); a su vez la mitad de ellas eran proveedoras principales del hogar. Con relación a la economía familiar, en los casos en los que no era la mujer la principal proveedora, ocupó el primero lugar la pareja y luego la madre o el padre. En la mayoría (57.1%) de los hogares un solo miembro colaboraban a la economía de hogar y el ingreso promedio fue de 5.135 pesos mensuales ($DE=2.000$) con un valor mínimo de 2.500 y máximo de 10.000.

A su vez, y con el objetivo de conocer si al inicio del estudio ambos grupos (Intervención y Control) eran iguales con respecto a las variables sociodemográficas se realizaron las pruebas de comparación estadísticas correspondientes a cada una de las variables (Tabla 3). De este modo, y dado que ninguno de los valores obtenido supera el valor de significancia estadística de 0.05, se puede rechazar la hipótesis nula según los ambos grupos son iguales en las variables sociodemográficas estudiadas.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra. N=35.

	Grupo Experimental N= 18	Grupo Control N=17	Total N=35	Valor de comparación entre ambos grupos
	F (%)	F (%)	F (%)	
Estado civil				
Casada, unión libre	14 (77.8)	9 (52.9)	23 (65.8)	Chi Cuadrada .283
Soltera	3 (16.7)	6 (35.3)	9 (25.7)	
Separada, divorciada	1 (5.6)	2 (11.8)	3 (8.6)	
Número de hijos				
0	1 (5.6)	1 (5.9)	2 (5.7)	Chi Cuadrada (si tiene/no tiene) .893
1	17 (94.4)	16 (94.1)	33 (94.3)	
2	3 (16.7)	8 (47.1)	11 (31.4)	
3 o más	10 (55.6)	6 (35.3)	16 (45.7)	
	4 (22.3)	2 (11.8)	6 (17.14)	
Escolaridad				
Primaria	1 (5.6)		1 (2.9)	U de Mann Whitney .635
Secundaria	4 (22.2)	7 (41.2)	11 (31.4)	
Preparatoria	10 (55.6)	5 (29.4)	15 (42.9)	
Licenciatura	3 (16.7)	5 (29.4)	8 (22.9)	
Situación laboral				
Sí	10 (55.6)	10 (58.87)	20 (57.1)	Chi Cuadrada 1.000
No	8 (44.4)	7 (41.2)	15 (42.9)	
Composición familiar				
Nuclear	14 (77.8)	14 (82.4)	28 (80)	Chi Cuadrada 1.000
Extendida	4 (22.2)	3 (17.6)	7 (20)	

5.2- Reclutamiento, retención y asistencia

En este apartado se presenta la información correspondiente al proceso de reclutamiento y retención de la muestra y la asistencia a la intervención. La etapa de retención considera desde la promoción de la intervención hasta la asignación al azar a cada uno de los grupos de aquellas mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, la retención contempla desde la asignación al azar hasta las entrevistas de seguimiento y la asistencia desde el inicio de la intervención hasta su conclusión. Por último, se comparan las características de aquellas mujeres que no completaron la intervención y de las que sí lo hicieron con el objetivo de analizar si esta pérdida de sujetos produjo un sesgo metodológico al estudio.

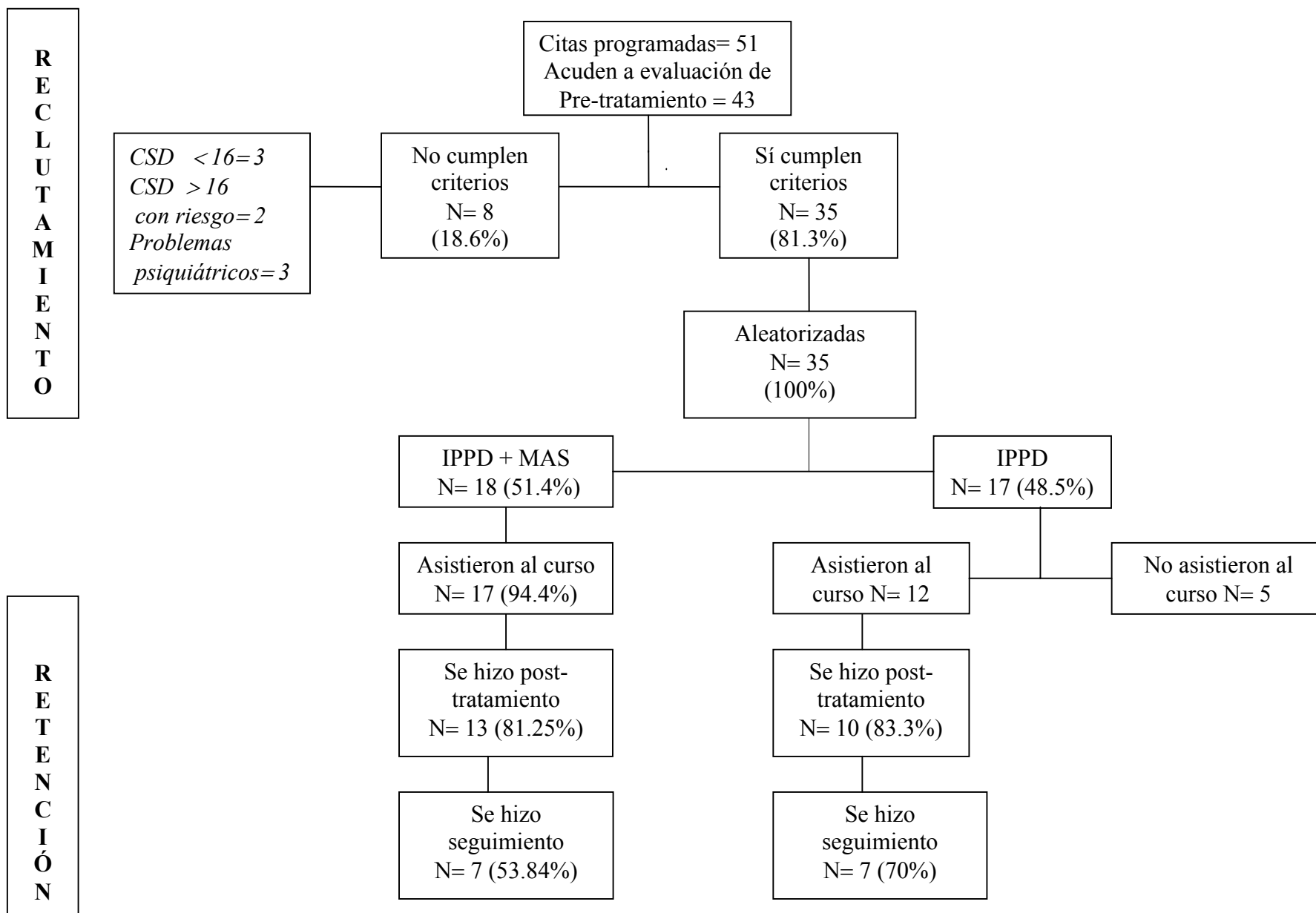
Reclutamiento y retención de la muestra

Se programó cita de primera vez a 51 mujeres que en respuesta a la promoción que se hizo de la intervención mostraron interés en participar. De ellas, 43 (84.31%) acudieron a la cita de primera vez programada y se les realizó la evaluación pre-tratamiento. Treinta y cinco (81.3%) cumplieron con los criterios de inclusión y fueron aceptadas para participar en el estudio y asignadas al azar a cada grupo.

De las 35 mujeres aceptadas al curso, 6 no asistieron a ninguna de las sesiones y otras 6 lo hicieron entre una y tres sesiones y ya no continuaron asistiendo a la intervención. A la evaluación post-tratamiento acudieron 23 mujeres de las cuales 14 lo hicieron a la evaluación de seguimiento. En fin y considerando las 29 mujeres que asistieron al curso en la etapa de postratamiento el porcentaje de retención para la muestra fue de 79.33% (n= 23) y en la etapa de seguimiento de 48.27% (n=14).

Esta información se puede observar en el esquema 4 que se presenta a continuación.

Esquema 4. Reclutamiento y retención: Grupo Experimental y Grupo Control



Asistencia

Como se observa en la tabla 4 y considerando las participantes que completaron la intervención (N=23), el promedio de asistencia en el GE fue de 6.1 sesiones (D.E=1.4) y en el GC fue de 5.9 sesiones (D.E=1.5) con un rango mínimo de 4 y un máximo de 8 sesiones. A pesar de que en el primero el promedio de asistencia fue mayor dicha diferencia no fue significativa (T=1.61, P=0.122), por lo que se concluye que este aspecto no determinó un sesgo metodológico al resto de los resultados del estudio.

Tabla 4. Asistencia promedio a la intervención. N=23.

Grupo Experimental N= 13		Grupo Control N= 10		Total N= 23	
X	DE	X	DE	X	DE
6.9	1.4	5.9	1.5	6.4	1.5

Características de los sujetos que se perdieron y aquellos que asistieron a la intervención

Como se mencionó anteriormente hubo doce sujetos que a pesar de haber manifestado el interés de participar en el taller y haber cumplido con los criterios de elegibilidad nunca asistieron o solo lo hicieron unas pocas sesiones y ya no continuaron, de esta manera y para conocer si este hecho determinó un sesgo metodológico al estudio se compararon las participantes que asistieron y las que no en las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, situación laboral y sintomatología depresiva. Se obtuvieron así los siguientes valores de significación estadística en cada una de estas variables: edad (T=-1.31, P=0.119), escolaridad (T=-0.897, P=0.376), número de hijos (T=-0.605, P=0.549), estado civil (Chi Cuadrada=2.64, P= 0.449), situación laboral (Chi Cuadrada=1.786, P=0.329) y síntomas de depresión (T =0.380, P=0.702). Como resultado de estas comparaciones no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables mencionadas entre los sujetos que concluyeron la intervención y aquellos que se perdieron, por lo tanto se descarta la presencia de sesgo metodológico debido a la pérdida de sujetos.

5.3- Efectos de la intervención

Justificación del uso de la prueba estadística para valorar los efectos de la intervención

Para valorar los cambios en las principales variables dependientes como resultado de la intervención se utilizó la prueba estadística Análisis de Varianza para Medidas Repetidas. Según (Weinfurt, 2000) dicha prueba posee tres condiciones principales para ser utilizada: en primer lugar, que la muestra de distribuya normalmente, en segundo lugar la homogeneidad de las matrices covariantes y por último la independencia de las observaciones. Con respecto a la primera condición y dado que la muestra con la que se concluyó el estudio fue muy pequeña, se consideró realizar una comprobación estadística de la normalidad de su distribución con el objeto de valorar la pertinencia del uso de la prueba mencionada. Para ello se utilizó la prueba Kolmogorov - Smirnov y se planteó la siguiente hipótesis nula: *la muestra del estudio y una distribución normal son iguales* y como hipótesis alterna: *la muestra del estudio y una distribución normal no son iguales*. A su vez, se utilizó el nivel de significancia de 0.05 para ubicar a zona de rechazo de la hipótesis nula. En la tabla que se presenta a continuación se exponen los valores obtenidos de la prueba de normalidad Kolmogorov - Smirnov en cada una de las variables dependientes y cada uno de tres momentos del estudio (Tabla 5). Como conclusión y dado que los valores de significación obtenidos en cada una de las variables analizadas y en cada uno de los momentos del estudio fueron superiores a 0.05, no es posible rechazar la hipótesis nula por lo que se asume que la distribución de la muestra en estas variables es igual a una distribución normal.

Tabla 5. Pruebas de Kolmogorov - Smirnov para conocer la normalidad de la distribución

	Síntomas de depresión	Autoestima	Número de Apoyo Social	Satisfacción con el Apoyo Social
	Kolmogorov–Smirnov (sig.)	Kolmogorov–Smirnov (sig.)	Kolmogorov–Smirnov (sig.)	Kolmogorov–Smirnov (sig.)
Pre-tratamiento	.796	.770	.726	.114
Post-tratamiento	.847	.554	.869	.164
Seguimiento	.648	.726	.959	.457

Nivel de síntomas de depresión en la línea base

Al inicio del estudio las participantes mostraron altos grados de sintomatología depresiva siendo el puntaje promedio en el BDI-II (Beck et al., 1996) para toda la muestra de 29.54 con una desviación estándar de 9.70. Dicho nivel de sintomatología depresiva supera el punto de corte de 14 el cual ha demostrado ser confiable para diagnosticar la presencia de síntomas de depresión en la población adulta mexicana (Torres et al., 1991, Jurado et al., 1998). Con respecto al grado de severidad de los síntomas en función de los puntos de corte del BDI (Beck et al., 1996), 42.9% de la muestra total se ubicó en la categoría de sintomatología severa, 42.9% en la categoría de moderada y sólo un 14.3% en la categoría de leve (Tabla 6).

Tabla 6. Medias y grados de sintomatología depresiva al inicio del estudio (BDI-II, Beck et al., 1996)*, N=35

	Grupo Experimental N= 18		Grupo Control N= 17		Total N= 35		Pruebas de comparación estadística
	X	DS	X	DS	X	DS	T de Student
Síntomas de depresión	28.89	8.52	30.24	11.03	29.54	9.70	.295
Grados de sintomatología Depresiva	F (%)		F (%)		F (%)		Chi Cuadrada
• Leve	2	(11.1)	3	(17.6)	5	(14.3)	0.657
• Moderada	9	(50.0)	6	(35.3)	15	(42.9)	
• Severa	7	(38.9)	8	(47.1)	15	(42.9)	

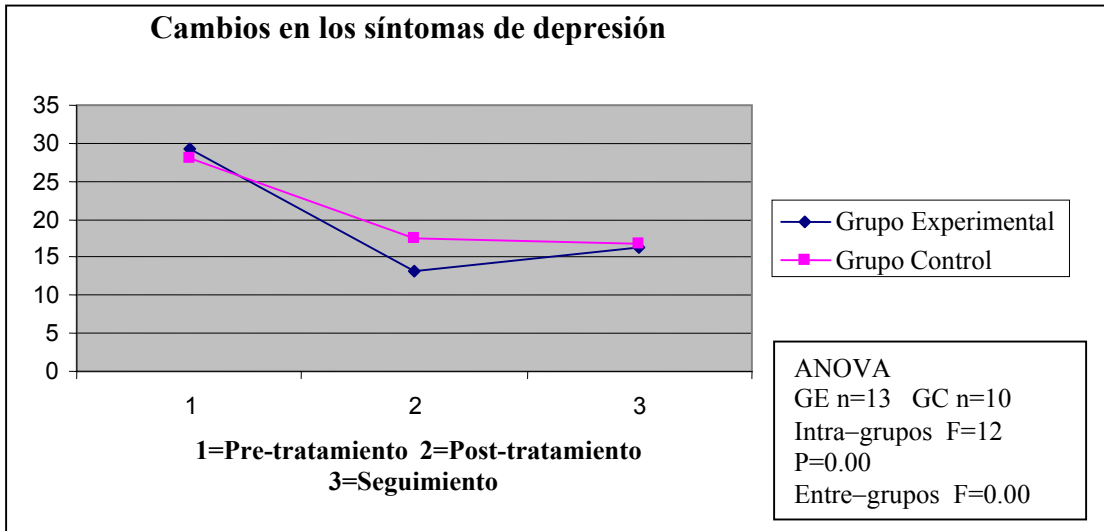
*Puntos de corte: mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-29) y severa (30-63).

Cambios en los síntomas de depresión

Con relación a los cambios de la sintomatología depresiva a los largo del estudio un Análisis de Varianza para Medidas Repetidas mostró diferencias significativas al interior de cada uno de ambos grupos pero no se encontraron diferencias entre los grupos (intra-grupos, $F=12.0$, $P=.00$ y entre-grupos $F=.004$, $P=.948$) (Gráfica 3). Así, para el GE el promedio de síntomas de depresión en la evaluación post-tratamiento fue de 13.3 (DE=8.6) y a los tres meses de 16.2 (DE=12.8) y para el GC fue de 17.4 (DE= 9.1) en la evaluación post-tratamiento y de 16.8 (DE=15.7) a los tres meses. De esta manera, se observó que en ambas condiciones la intervención fue efectiva en

la disminución de la sintomatología depresiva sin poder concluirse que alguna de las dos fue más efectiva que la otra en la modificación de esta variable.

Gráfica 3. Anova síntomas de depresión (BDI-II, Beck, 1996), N=35.



A su vez, y con el objetivo de conocer en cuál etapa del estudio se dio la principal modificación de la sintomatología depresiva, se realizaron comparaciones posteriores y se observaron los siguientes resultados: entre la primera y la segunda medición ($F=64.92$, $P=.000$), entre la primera y la tercera medición ($F=62.40$, $P=.000$) y entre la segunda y la tercera medición ($F=.203$, $P=.662$) (ajustándose en cada comparación el nivel de significación a 0.016 dividiendo en nivel de significancia 0.05 entre el número de mediciones). De ello se concluye que la principal modificación se dio entre la primera y la segunda medición y que dicha modificación se mantuvo en la tercera medición.

Por último y con respecto a la significancia clínica de la modificación de la sintomatología depresiva en las participantes, en ambos grupos y en ambas mediciones posteriores se observaron puntajes promedio de síntomas de depresión cercanos al punto de corte de 16 por debajo del cual se considera a la presencia de síntomas como *mínima y leve*. Así, en el caso del GE a los 15 días de finalizada la intervención el puntaje promedio de síntomas de depresión fue de 13.3 y a los 3 meses de 16.2 y en el GC fue de 17.4 a los 15 días y de 16.8 a los tres meses. De ello se concluye que como resultado de la intervención la reducción de los síntomas de depresión fue clínicamente

significativa en ambos grupos tanto a los quince días como a los tres meses de concluida la intervención.

Autoestima en la línea base

Al inicio del estudio la autoestima (Coopersmith, 1996) de las mujeres participantes fue baja en ambos grupos, con un promedio de 9.52 y una desviación estándar de 5.23. De esta manera, al inicio del estudio 21 mujeres (91.3%) reportaron un nivel bajo de autoestima y sólo dos (8.7%) reportaron un nivel normal. Es importante mencionar que dichos niveles de autoestima se encuentran por debajo de los parámetros normales estudiados en la población mexicana adulta por Lara y cols. (1994) (Puntos de corte: < 15: baja, 16-18: normal y >19: alta).

Cambios en la autoestima

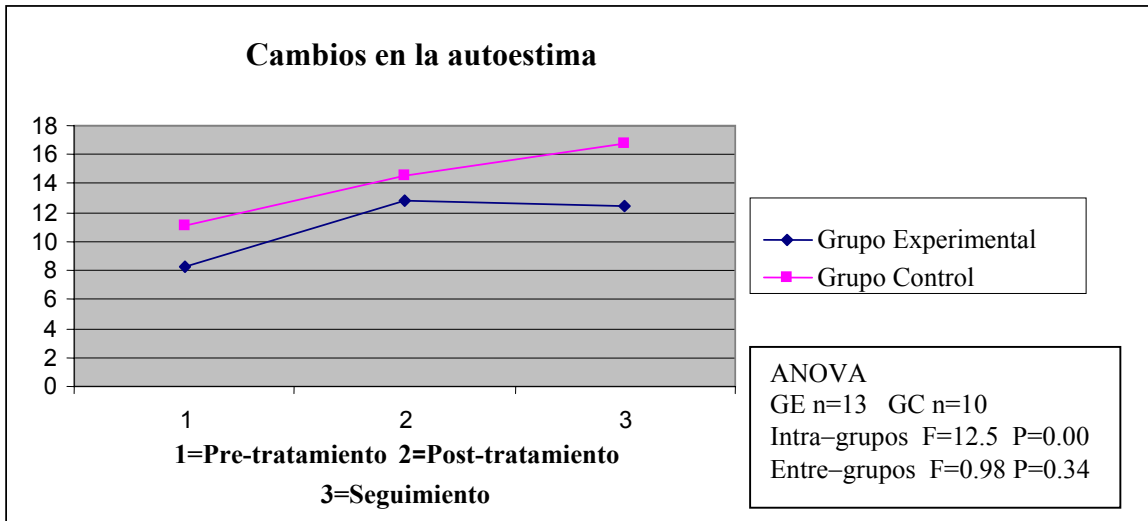
Con relación a los efectos de la intervención sobre la autoestima, un Análisis de Varianza para Medidas Repetidas mostró una mejora significativa de dicha variable al interior de cada grupo (Anova intra-grupos, $F=12.57$, $P=.005$), aunque no se observaron diferencias entre ambas condiciones (Anova entre-grupos $F=.988$, $P=.344$) (Gráfica 5). De esta manera, para el GE el puntaje promedio de autoestima en la evaluación post-tratamiento fue de 13.17 ($DE=4.79$) y a los tres meses de 11.83 ($DE=5.98$) y para el GC fue de 15.00 ($DE=7.37$) en la evaluación post-tratamiento y de 16.83 ($DE=5.49$) a los tres meses (Gráfica 4). Si consideramos la proporción de casos que mejoraron en ambos grupos, o sea que cambiaron de un nivel *bajo* de autoestima a un nivel *normal* o *alto*, se encontró que el GE la proporción de casos que mejoró fue de 46% mientras que en el GC fue un más baja ya que mejoró 37.5% de las participantes (Tabla 7).

Tabla 7. Proporción de casos que mejoraron su autoestima del pre-tratamiento al post-tratamiento.

	Grupo Experimental	Grupo Control
	%	%
Mejóro la autoestima	46.15	37.5
No cambió la autoestima	53.84	62.5

Así, y al igual que en el caso de la sintomatología depresiva, los resultados muestran que la intervención fue efectiva en la mejora de la autoestima en ambas condiciones aunque no puede concluirse que alguna condición sea más efectiva que la otra en la mejora de dicha variable.

Gráfica 4. Anova Autoestima (Coopersmith, 1996), N=35.



Las pruebas posteriores realizadas para conocer en cuál etapa del estudio se produjeron las principales modificaciones mostraron los siguientes resultados: entre la primera y la segunda medición ($F=16.97$, $P=.001$), entre la primera y la tercera medición ($F=12.99$, $P=.004$) y entre la segunda y la tercera medición ($F=.026$, $P=.875$) (ajustándose a su vez el nivel de significación a 0.016 al dividir en nivel de significancia 0.05 entre el número de mediciones). De lo que se concluye que la principal modificación se dio entre la primera y la segunda medición manteniéndose a la tercera medición.

Apoyo social en la línea base

La variable apoyo social ha sido estudiada en esta investigación a través del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason y cols. (1983), el cual valora los siguientes dos aspectos del mismo: 1- El número de personas con las que cuenta un sujeto en diversas situaciones y 2- el grado de satisfacción con dicho apoyo (en un escala que va de 6=muy satisfecho a 1=muy insatisfecho); arrojando de esta manera dos puntajes diferenciados.

Las mujeres al inicio del estudio contaban con un promedio de 1.51 personas (DE=0.68) que les brindaban apoyo y el puntaje de satisfacción con éste fue de 2.60 (DE=1.44). Comparando ambos grupos, en el GE contaban con una media de 1.64 (DE=0.76) personas que le brindaban apoyo y en el GC la media fue de 1.32 personas (DE=0.54), y el puntaje de satisfacción fue 2.34 (DE=1.52) y 2.98 (DE=1.31) respectivamente (Tabla 8). De esta manera, se observó que a pesar de que las mujeres contaban con apoyo social para las diversas situaciones por las que fueron indagadas, el grado de satisfacción con este apoyo fue relativamente bajo ubicándose entre un *poco satisfecha* y *bastante insatisfecha* (según la escala por la que fue evaluada que va de 6=muy satisfecho a 1=muy insatisfecho).

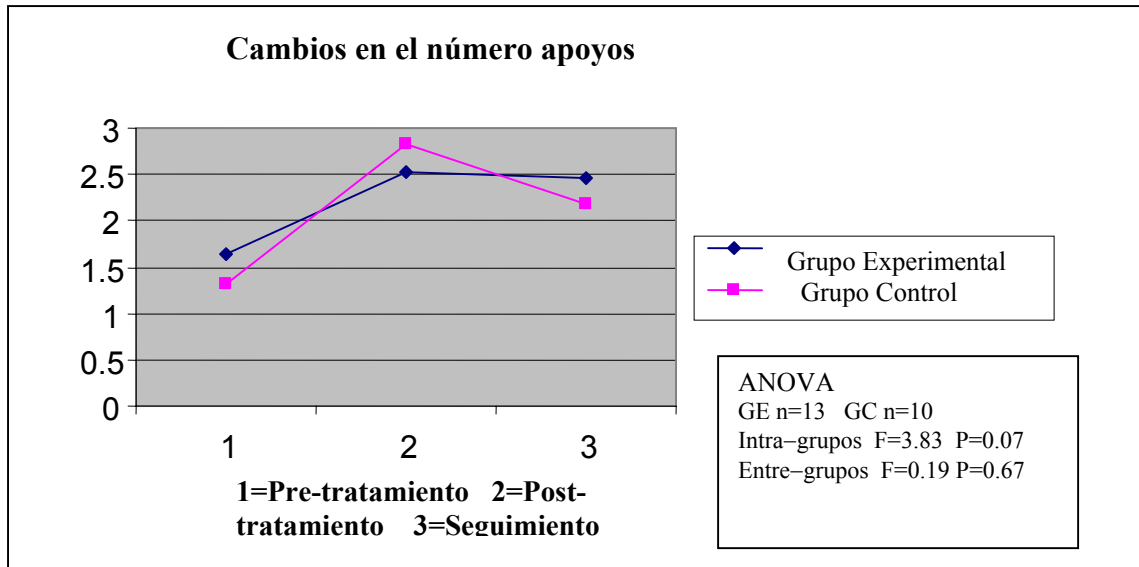
Tabla 8. Número promedio personas que brindan Apoyo Social y puntajes promedios de satisfacción con el Apoyo Social al inicio del estudio. N= 23

	Grupo Experimental N= 13	Grupo Control N= 10	Total N= 23
	Media DS	Media DS	Media DS
Número promedio de apoyos	1.64 0.76	1.32 0.54	1.51 0.68
Puntaje promedio de satisfacción	2.34 1.52	2.98 1.31	2.60 1.44

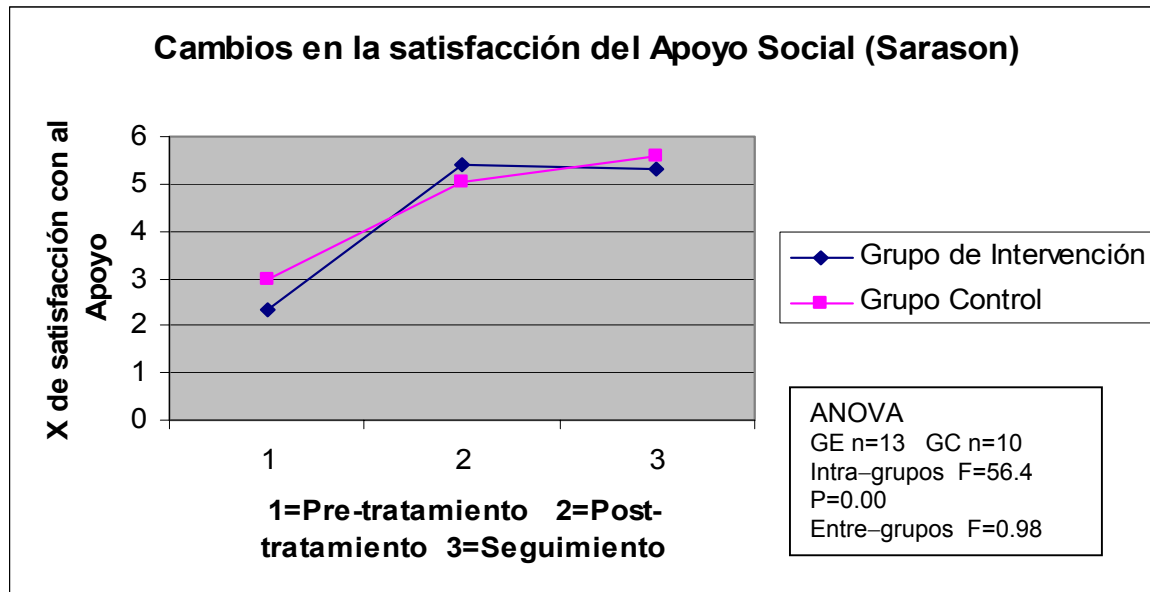
Cambios en el apoyo social

Con relación a la modificación del apoyo social a lo largo del estudio, se encontró a través de la prueba Análisis de Varianza para Medidas Repetidas que a pesar de que el número de apoyos aumentó en la evaluación postratamiento (GE: X=2.24, DE=.75) (GC: X=3.05, DE=1.42) y en el seguimiento (GE: X=2.04, DE=.37) (GC: X=2.17, DE=1.16), dicho cambio no fue estadísticamente significativo ni al interior de los grupos (F=3.83, P=0.76) ni entre los grupos (F=.192, P=.670) (Gráfica 5). En cambio en el caso de la satisfacción con el apoyo, se observó un aumento significativo al interior de cada grupo (F=56.46, P=.000) tanto en la etapa de post-tratamiento (GE: X=5.47, DE=.75) (GC: X=5.52, DE=2.59) como en el seguimiento (GE: X=5.37, DE=.48) (GC: X=5.59, DE=1.99), aunque no se observaron diferencias significativas entre los grupos (F=.259, P=.621) (Gráfica 6).

Gráfica 5. Anova número de apoyos (Sarason, 1983).



Gráfica 6. Anova satisfacción con apoyo social (Sarason, 1983)



A su vez y para conocer en cuál etapa del estudio se produjo la principal modificación de la satisfacción con el apoyo social se realizaron comparaciones posteriores las cuales arrojaron los siguientes resultados: entre la primera y la segunda medición ($F=42.44$, $P=.000$), entre la primera y la tercera medición ($F=18.03$, $P=.001$) y entre la segunda y la tercera medición ($F=.001$, $P=.981$) (ajustándose también el nivel de significación a 0.016). De esta manera e igual que en los casos de las variables anteriores la principal modificación se dio entre la primera y la segunda medición manteniéndose ésta en la evaluación de seguimiento.

En fin, los resultados muestran que a lo largo del estudio hubo un aumento significativo de la satisfacción con el apoyo obtenido, sin que se hayan reportados diferencias entre ambas condiciones. De ello, se concluye que la intervención favorece la satisfacción de las participantes con el apoyo social obtenido, aunque no se puede concluir que alguna condición sea más efectiva que la otra en la modificación de esta variable.

Influencia de la intervención

Con el objetivo de conocer la influencia que el taller tuvo en la vida de las participantes se indagó acerca de este aspecto tanto a los quince días como a los tres meses de finalizada la intervención. Así, como respuesta a la pregunta *¿Tuvo alguna influencia sobre sus problemas o su forma de ver la vida, el hecho de que usted haya participado en el taller?* todas las participantes consideraron que la intervención tuvo *alguna* o *mucha influencia* en sus vidas y ninguna de ellas le atribuyó *ninguna influencia* o *influencia negativa*. En la evaluación post-tratamiento en el GE tres mujeres (21.4%) le atribuyeron *alguna influencia* y diez (71.4%) *mucha influencia* y en el GC seis mujeres (60%) le atribuyeron *alguna influencia* y cuatro (40%) *mucha influencia*. En el caso del seguimiento, en el GE una participante (14.2%) le atribuyó *alguna influencia* y seis (85.7%) *mucha influencia* y en el GC dos (28.5%) *alguna influencia* y cinco (71.5%) *mucha influencia*. A su vez, y con el fin de analizar las diferencias entre los grupos con respecto a la influencia de la intervención se consideraron los valores continuos y se realizaron pruebas de comparación T de Student en las dos mediciones del estudio, como resultado de ello y como puede observarse en la tabla 9 que se presenta a continuación no se encontraron diferencias significativas ni en el post-tratamiento ($T=1.85$, $P=.07$) ni el seguimiento ($T=.61$, $P=.14$), por lo que puede concluirse que ambas condiciones tuvieron igual grado de influencia en la vida de las participantes.

Tabla 9. Comparaciones entre ambos grupos en la influencia percibida de la intervención.

		Grupo Experimental		Grupo Control		T de Student	
		X	DE	X	DE	T	P
Grado de de influencia de la intervención en la vida de las participantes	Post-tratamiento	2.77	.43	2.40	.51	1.85	.07
	Seguimiento	2.86	.37	2.71	.48	.61	.14

Con el fin de profundizar acerca de este aspecto y conocer si cada condición aportó una influencia específica sobre las participantes se les solicitó a las mujeres de ambos grupos que explicaran los motivos para percibir tal influencia. El análisis de estos argumentos ofrecidos por las participantes reportó que en cada uno de los grupos se destacaron diferentes motivos de manera que éstos fueron susceptibles de agruparse en cuatro categorías diferenciadas para cada grupo (Tabla 10).

Tabla 10. Motivos expuestos por las participantes de cada condición para percibir la influencia de la intervención.

Grupo Experimental	Grupo Control
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la necesidad de contar con Apoyo Social • Mejora de las relaciones familiares • Mejora de las relaciones sociales • Adquisición de confianza y seguridad en sí misma 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la depresión y de las experiencias personales que llevaron a ésta • Entendimiento de sus problemas y mejora en la manera de enfrentarlos • Mejora en su estado de ánimo • Intercambio de experiencias en el grupo

Con base en las argumentaciones expuestas, puede concluirse que cada condición de intervención aportó a las participantes un tipo de aprendizaje e influencia específicos.

Influencia de la intervención en conductas y actitudes orientadas al fortalecimiento del apoyo social

Con el objetivo de conocer la valoración de las participantes acerca de la influencia de la intervención en conductas y actitudes orientadas al fortalecimiento del apoyo social y analizar las eventuales diferencias entre cada uno de los grupos, se realizaron las siguientes cuatro preguntas a las participantes: 1- *¿Qué influencia tuvo su participación en taller para reconocer su necesidad de ayuda o apoyo?*, 2- *¿Qué influencia tuvo su participación en taller para que buscara algún tipo de ayuda o apoyo?*, 3- *¿Qué influencia tuvo su participación en taller sobre sus relaciones con las demás personas?* y 4- *¿Qué influencia tuvo su participación en el taller en su asertividad?*. A su vez, cada una fue valorada con una escala de respuesta de 1 (ninguna influencia o negativa) a 3 (mucho influencia) y se les solicitó a las participantes que explicaran los motivos de dicha influencia.

Tanto en la evaluación pos-tratamiento como en el seguimiento todas las participantes del estudio consideraron que su participación en el taller había tenido *alguna o mucha influencia* en las conductas y actitudes evaluadas y ninguna participante le atribuyó *ninguna influencia o influencia negativa* (Tabla 11).

Tabla 11. Influencia de la intervención en conductas y actitudes orientadas al apoyo social. Mediciones Post-tratamiento y seguimiento en la muestra total.

	Post-tratamiento N= 23			Seguimiento N=14		
	Ninguna influencia o negativa	Alguna Influencia	Mucha influencia	Ninguna influencia o negativa	Alguna Influencia	Mucha Influencia
	N %	N %	N %	N %	N %	N %
En el reconocimiento de la necesidad de apoyo	0	9 39.1	14 60.8	0	3 21.4	11 78.5
En la búsqueda de ayuda o apoyo	0	12 52.1	11 47.8	1 7%	4 28.5	9 64.2
En la mejora de las relaciones con los demás	0	9 39.1	14 60.8	0	5 35.7	9 64.2
En la asertividad	0	9 39.1	14 60.8	0	4 28.5	10 71.8

A su vez y con el objetivo de poder realizar comparaciones entre ambos grupos con respecto de dicha influencia se convirtieron a valores continuos; de esta manera las comparaciones realizadas mostraron que en la evaluación de postratamiento no se encontraron diferencias en la influencia reportada por ambos grupos ($T=1.70$, $P=.102$) (Tabla 12) mientras que en el seguimiento el GE refirió una influencia significativamente mayor ($X=2.89$, $DE=.13$) que el GC ($X=2.46$, $DE=.30$) ($T=3.41$, $P=.00$).

Tabla 12. Diferencias entre ambos grupos en la influencia percibida de la intervención en conductas orientadas a reforzar el apoyo social

		G E		G C		T de Student	
		X	DE	X	DE	T	P
Grado de de influencia de la intervención en conductas a reforzar el apoyo social	Post-tratamiento	2.67	.27	2.45	.34	1.70	.102
	Seguimiento	2.89	.13	2.46	.30	3.41	.00

En fin, se observó que todas las participantes le atribuyeron una influencia positiva a la intervención en conductas y actitudes orientadas a reforzar el apoyo social tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento, sin embargo esta influencia fue mayor en la etapa de seguimiento para las participantes del GE, por lo que podría concluirse que a los tres meses las herramientas aportadas por el MAS continúan su influencia positiva de la intervención en conductas y actitudes orientadas a la búsqueda y fortalecimiento del apoyo social.

Análisis de algunos aspectos específicos del apoyo social de las participantes

En vista de que no se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones en las principales variables estudiadas, se decidió realizar un análisis más específico del apoyo social de las participantes con el objetivo de estudiar con más profundidad sus características y conocer también si se presentaron diferencias entre ambos grupos en algunos reactivos de particular interés. De esta manera, se realizó un análisis del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason y cols. (1983) que permitió destacar los siguientes dos aspectos: 1)- Diferenciar los reactivos en tres tipos de Apoyo Social (Apoyo Emocional, Apoyo Práctico y Apoyo Informativo) y 2)- Identificar seis reactivos que indagan las fuentes de apoyo con las que cuenta el sujeto para regular y/o mejorar su estado de ánimo (*¿con quién cuenta cuando necesita que la escuchen?, ¿con quién cuenta para distraerla cuando está muy estresada?, ¿con quién cuenta para hablarle de sus sentimientos más íntimos?, ¿con quién cuenta cuando necesita que la consuelen?, ¿con quién cuenta cuando se siente muy deprimida?, ¿con quién cuenta para sentirse mejor cuando se siente muy irritable?*), a continuación se abordan en forma separada cada uno de estos dos aspectos.

1- Tipos de apoyo social (emocional, práctico e informativo):

Con relación a este aspecto, la atención se centró en analizar las diferencias entre ambas condiciones en la modificación del número de apoyos en los tres tipos de apoyo social arriba mencionados, sin embargo y como resultado de este análisis no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los tipos de apoyo social y en ningunas de las etapas del estudio. A pesar de ello, este análisis permitió conocer algunas características importantes acerca del apoyo social de la población estudiada, a saber: *tipo de apoyo más frecuente, fuentes de apoyo más frecuentes y apoyo brindado por la pareja.*

Tipo de apoyo más frecuente: al inicio del estudio las participantes contaban con un promedio 2.86 personas (DE= 1.01) que les brindaban **Apoyo Emocional (AE)**, 0.89 (DE=.32) **Apoyo Práctico (AP)** y 0.14 (DE=0.11) **Apoyo Informativo (AI)**, advirtiéndose que el apoyo reportado fue principalmente el emocional. En la etapa de postratamiento las participantes reportaron un aumento en el promedio de los tres tipos de apoyo, así refirieron contar con 3.95 (DE=.91) personas que le proveían **AE**, 1.86 (DE=.37) **AP** y 1.60 (DE=.11) **AI**. A los tres meses, se mantuvo relativamente similar a lo reportado en la etapa de pos-tratamiento el promedio de personas con las que contaban para recibir **AE** (X=3.59, DE=1.67), aunque se observó una disminución tanto del **AP** y el **AI** (X=0.78, DE=0.34 y X=0.14, DE=0.12 respectivamente). Dicha información puede observarse en la tabla 13.

Tabla 13. Tipo de apoyo más frecuente en las tres etapas del estudio en ambos grupos.

	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Seguimiento	
	X	DE	X	DE	X	DE
Apoyo Emocional	2.86	1.01	3.95	.81	3.59	1.67
Apoyo Práctico	.89	.32	1.86	.37	.78	.34
Apoyo Informativo	.14	.11	1.60	.11	.14	.12

En fin, a partir de esta información se concluye que el principal apoyo con el que contaban las mujeres de este estudio era el apoyo emocional y que como resultado de la intervención fue el apoyo informativo y el apoyo emocional los que más se incrementaron.

Fuentes de apoyo más frecuentes: por último y con respecto a las personas con las que contaban las participantes (considerando el número de veces que las mencionaron en cada tipo de apoyo), se observó que el **AE** era brindado principalmente por las amigas, hermanas, madres e hijos; el **AP** por las hermanas y madres y el **AI** por las amigas y madres (Tabla 14). A su vez, las personas que más fueron reconsideradas en tanto fuentes de apoyo social en el post-tratamiento y seguimiento con relación al inicio del estudio (incremento del número de veces que fueron

mencionadas) fueron las amigas y la pareja. De esta manera, se observa que las mujeres del estudio contaban principalmente con su familia nuclear en los tres tipos de apoyo, siendo la madre y las hermanas las personas más mencionadas. A su vez es importante destacar el importante papel otorgado a las amigas en cuanto apoyo emocional, pudiendo esto explicarse porque muchas de las participantes al trabajar fuera del hogar se encontraban insertas en alguna red de apoyo social.

Tabla 14. Fuentes de apoyo más frecuentes en ambos grupos.

Apoyo Emocional	Apoyo Práctico	Apoyo Informacional
Amigas	Hermanas	Amigas
Hermanas	Madre	Madres
Madre		
Hijos		

Apoyo brindado por la pareja: con relación al apoyo social brindado por la pareja, de las dieciséis mujeres que estaban casadas o en unión libre al momento de la evaluación de pre-tratamiento, doce mujeres (75%) consideraron contar con la pareja como *AE*, ocho (50%) refirieron contar con ella como *AP* y sólo tres (19%) la mencionaron como *AI*. A su vez, en la etapa de postratamiento en las 16 mujeres que estaban en pareja se observó un incremento de la consideración de la pareja como apoyo, ya que catorce (87.5%) mujeres consideraron contar con ella como *AE*, once (68.70%) como *AP* y cinco (68.1%) como *AI*. Por último, en el seguimiento esta consideración disminuyó, ya que de las 9 mujeres que estaban en pareja, seis (66.6%) consideraron contar con la pareja como *AE*, cinco (55.5%) como *AP* y dos (22.2%) como *AI* (Tabla 15). Así, pudo observarse que como resultado a los 15 días de concluida la intervención las participantes reconsideraron a la pareja en tanto apoyo emocional, sin embargo a los tres meses disminuyó a consideración de esta fuente en los tres tipos de apoyo.

Tabla 15. Mujeres en pareja y que reciben su apoyo.

	Pre-tratamiento N=16	Post-tratamiento N=16	Seguimiento N=9
	F %	F %	F %
Apoyo Emocional	12 (75%)	14 (87.5%)	6 (66.6%)
Apoyo Práctico	8 (50%)	11 (68.70%)	5 (55.5%)
Apoyo Informativo	3 (19%)	5 (21.7%)	2 (22.2%)

2- Apoyo social y estado de ánimo

Con relación al segundo aspecto destacado en el análisis del cuestionario, el apoyo social con el que contaban las mujeres para mejorar su estado de ánimo, al inicio del estudio el número promedio de personas mencionadas para dicha función fue de 1.63 (DE=0.63) y el grado de satisfacción con dichos apoyos se reportó con una media de 4.24 (DE=1.24) (entre *bastante satisfecha* y *un poco insatisfecha*). Sin encontrarse a través de la prueba T de Student, diferencias significativas entre ambos grupos en los dos puntajes mencionados (T=.790, P=.439 y T=1.113, P=.270 respectivamente). A su vez, en la etapa de post-tratamiento el número de personas con las que contaban para esta función se incremento a una media de 2.78 (DE=.99) aunque el grado de satisfacción con dicho apoyo se mantuvo relativamente similar (X=4.88, DE=1.30); con respecto a posibles diferencias entre ambos grupos en la etapa de postratamiento las comparaciones realizadas través de la prueba T de Student demostraron que en el GE (X=5.40) fue significativamente mayor la satisfacción con estos apoyos que en el GC (X=4.22) (T=2.36, P=.028), sin embargo en el caso del número de personas no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (T=-.727, P=.47). Con respecto a la evolución de seguimiento las participantes contaban con una media 2.55 (DE=1.31) personas para mejorar su estado de ánimo y la satisfacción fue 4.46 (DE=1.65); a su vez, las comparaciones realizadas través de la prueba T de Student mostraron que en el GE (X=5.31) dicha satisfacción fue significativamente mayor que en el GC (X=3.61) (T=2.19, P=.049) sin encontrarse diferencias entre ambos grupos en el número de apoyos (T=1.10 P=.290) (Tabla 16).

Tabla 16. Comparación (T de Student) entre ambos grupos de la satisfacción con el apoyo obtenido para mejorar el estado de ánimo.

Pre-tratamiento N=23		Post-tratamiento N=23		Seguimiento N=14							
X	DE	T	P	X	DE	T	P				
4.24	1.24	1.11	.27	4.88	1.30	2.36	0.02	2.55	1.31	2.19	.04

En fin, como resultado del análisis previo se observó, tanto en la evaluación de post-tratamiento como a los tres meses, un aumento mayor de la satisfacción con el apoyo obtenido para mejorar el estado de ánimo en el GE que en el GC, en función de ello puede concluirse que las participantes que asistieron al MAS alcanzaron una mayor satisfacción con el apoyo que reciben cuando necesitan mejorar su estado de ánimo. Por último y con relación a las personas mencionadas en estos reactivos se observó que en ambos grupos las mujeres mencionaron en primer lugar a las amigas, seguidas por la pareja, los hijos, las hermanas y la madre.

5.4- Observaciones del Módulo de Apoyo Social

A continuación se presentan las observaciones realizadas durante el desarrollo de las dos sesiones correspondientes al Módulo de Apoyo Social (MAS), dichas observaciones se basan en las anotaciones realizadas por la misma facilitadora e investigadora principal de este estudio y una observadora independiente (psicóloga adscripta al Centro Comunitario donde se realizó el estudio) que asistió a todas las sesiones del Grupo de Intervención. Esta información se presenta siguiendo la consideración de los siguientes temas: 1- Planeación de los contenidos del MAS, 2- Utilidad y aceptación de los contenidos del MAS, 3- Interés generado en las participantes por los contenidos del MAS.

1- Planeación de los contenidos del MAS:

Como se ha mencionado anteriormente, el MAS se estructuró en dos sesiones de dos horas cada una desarrolladas entre la quinta y sexta de la versión de seis sesiones de la intervención estudiada (Lara y cols., 2001). En la primera sesión se abordaron tres temas: 1- *Mi estado de ánimo y el contacto con otras personas*, 2- *¿Qué es el apoyo social y cómo afecta mi bienestar?* y 3- *¿De dónde proviene el Apoyo Social?*, a su vez en la segunda sesión los temas fueron: 1- *¿Qué*

hacer para mejorar mi Apoyo Social?, 2- *Tipos de comunicación*, 3- *Pensamiento y sentimientos que nos impiden obtener Apoyo Social*. Como en el resto de la intervención en la que este elemento se incluye en cada sesión se intercala cada tema con un tiempo de reflexión grupal y se cierra con un recordatorio y la definición de tareas para el hogar.

A partir de la participación y actitudes de las mujeres durante estas sesiones se pudo observar la utilidad de incluir el MAS entre la quinta y la sexta sesión, ya que ellas ya habían podido reflexionar en las sesiones previas acerca de los factores y situaciones personales que las llevaron a la depresión como así también revisar sus creencias y actitudes disfuncionales tanto hacia ellas mismas como hacia su medio ambiente. Esto permitió reconocer al Apoyo Social y a las relaciones interpersonales como un factor importante para su bienestar emocional como así también el hecho de haberlo descuidado en la actualidad por priorizar otros intereses como los hijos, la casa y el esposo. También el desarrollo de las sesiones previas donde se enfatiza la necesidad de un cambio de actitud para favorecer su estado de ánimo permitió que las participantes recibieran el desarrollo de las dos sesiones correspondientes al MAS con una actitud activa y reflexiva. Con respecto a la orden de los temas planteados, éste resultó pertinente ya que se observó que los primeros dos temas permitieron la sensibilización y el reconocimiento de la importancia del Apoyo Social en la vida de las mujeres, para pasar en los cuatro siguientes a la identificación personal de necesidad de contar con apoyo y de las posibles fuentes a las cuales recurrir.

Con relación cada uno de los temas en específico, se observó que a pesar de que todos abordaron aspectos importantes del Apoyo Social en algunos casos no lograron reflejar las preocupaciones reales de las participantes, en este sentido el tema "*Pensamientos y sentimientos que nos impiden obtener Apoyo Social*" resultó muy teórico y pocas mujeres se identificaron con los pensamientos y sentimientos mencionados, por lo que habría que reflexionar acerca de su utilidad y en otra forma de presentarlo más cercana a su realidad.

Con respecto a la planeación de los ejercicios, se observó que el ejercicio 3, donde se plantean una serie de ejemplos (*¿con quién cuento para que me acompañe a una consulta médica?*, *¿Con quién puedo ponerme a platicar?*, entre otros) y las participantes debían identificar las fuentes de apoyo con las que contaban para cada uno de ellos, hubiera sido más adecuado trabajar en la identificación de cuál tipo de apoyo necesitaba cada una y así identificar

las posibles fuentes, más que plantear diversas situaciones ya que esto pudo haber alejado a las participantes de su propia realidad.

2- Utilidad y aceptación de los contenidos del MAS

Alrededor de los tres primeros temas (1-*Mi estado de ánimo y el contacto con otras personas*, 2- *¿Qué es el apoyo social y cómo afecta mi bienestar?* y 3- *¿De dónde proviene el Apoyo Social?*), se observó que las mujeres dieron importancia al contacto que establecen con otras personas, ya que mencionaron que platicar o salir a pasear con sus amigas, madres o hermanas las hacen sentir mejor; sin embargo es importante mencionar que muchas participantes mencionaron que el contacto con otras personas (principalmente pareja, suegras, vecinas, entre otras) es una fuente de conflicto provocando malestar y estrés. De esta manera, se advirtió que a pesar de comprender y aceptar que el contacto con otras personas es positivo para su estado de ánimo, la mayoría manifestó tener conflictos interpersonales con algunos de los miembros de su entorno más próximo. En cuanto a los contactos positivos que poseían las participantes comentaron que las ayudaba y animaba encontrarse con otras mujeres que atraviesan situaciones similares ya que les permite sentirse identificadas y enriquecerse con otras experiencias. Con respecto al hecho de haber disminuido sus contactos interpersonales, muchas aceptaron e identificaron que después de haberse casado se han distanciado de sus familias de origen como así también de las amistadas previas al matrimonio.

El reconocimiento de que hay diversos tipos de apoyos y que la necesidad de apoyo cambia en función del momento y las necesidades individuales resultó una aportación útil para las participantes, ya que se mostraron motivadas en identificar cuáles eran sus necesidades de apoyo en las diversas etapas de sus vidas. Sin embargo, algunas participantes manifestaron preocupación con la posibilidad de no encontrar a alguien que les brinde ese apoyo. A pesar del interés de las participantes en el tema, algunas mostraron poca aceptación y resistencia a buscar apoyo de otras mujeres de su entorno, por considerarlas a éstas “chismosas” y “competitivas” manifestándose así ciertos prejuicios y creencias acerca de la rivalidad entre las mujeres.

También es importante destacar que algunas mujeres mostraron poca aceptación a la propuesta de buscar Apoyo Social ya que dijeron disfrutar de la soledad al “escuchar música” y “ver la tele”, indagado este aspecto por la facilitadora se advirtió que estos momentos de soledad mencionados pudieran ser significativos para ellas en tanto están solas y se alejan de los conflictos y las responsabilidades domésticas que representan una importante fuente de estrés.

De esta manera, el abordaje de estos tres primeros temas resultó importante para las participantes, aunque para favorecer su utilidad será importante destacar la importancia de la búsqueda y construcción de relaciones personales positivas y satisfactorias, como así también enfatizar la necesidad de mejorar aquellas relaciones que consideran conflictivas para así favorecer su estado de ánimo.

Con relación a los tres siguientes temas abordados en la segunda sesión, se observó que los dos primeros (*¿Qué hacer para mejorar mi Apoyo Social?* y *Tipos de comunicación*) resultaron útiles y motivaron la participación, enfatizando las participantes más la necesidad de mejorar sus relaciones personales, principalmente con su familia, que la de ampliar su red de apoyo e iniciar nuevas relaciones interpersonales. En el caso del último tema, como ya se mencionó arriba (*Pensamiento y sentimientos que impiden obtener Apoyo Social*), no generó mayor aceptación por parte de las participantes, tal vez por estar presentado en forma muy teórica.

3- Interés generado en las participantes por los contenidos del MAS:

Se observó que los temas abordados en el MAS que más interés generaron en las participantes fueron los siguientes: *¿Qué es el apoyo social y cómo afecta en mi bienestar?* y *Tipos de comunicación*. Durante el desarrollo del primero las participantes se mostraron muy motivadas en aprender sobre los distintitos tipos de apoyos (*Emocional, Práctico e Informativo*), identificar cuál de éstos es el más importante en sus vidas y en trabajar herramientas y habilidades para construirlos y/o reforzarlos. A su vez, en el desarrollo del segundo tema se observó un gran interés en identificar su tipo de comunicación (*Pasiva, Agresiva y Asertiva*) para así modificarla y desarrollar una comunicación más asertiva que les permita solucionar conflictos personales, principalmente con sus hijos y parejas.

De los ejercicios que más interés despertaron, se encuentran el Ejercicio 1 de la sesión 1 (*Mi estado de ánimo y el contacto con otras personas*), la tarea para el hogar de la sesión 1 (*El termómetro del ánimo*) y el Ejercicio 1 de la sesión 2 (*¿Cuál es mi tipo de comunicación?*). Por último el que menos interés generó fue el Ejercicio 3 de la Sesión 2 (*Obstáculo para obtener Apoyo Social*) tal vez por resultar demasiado lejano a su problemática actual.

En resumen, a continuación se destacan las ventajas y las limitaciones que presentó el MAS a partir de las observaciones realizadas durante su desarrollo:

Ventajas

- La inclusión del MAS entre la quinta y sexta sesión de la versión de seis sesiones de la intervención estudiada resultó apropiado, ya que las participantes tuvieron la oportunidad durante las sesiones previas de obtener información acerca de la depresión y formar una actitud participativa y reflexiva.
- El orden del desarrollo de los temas fue adecuado ya que los primeros temas permitieron la sensibilización y el reconocimiento de la importancia del Apoyo Social y los siguientes se orientaron a la identificación personal de necesidad de contar apoyo y de las posibles fuentes a las cuales recurrir.
- De los temas abordados los que generaron más interés y resultaron los de mayor utilidad fueron: *¿Qué es el apoyo social y cómo afecta en mi bienestar?*, *¿Qué hacer para mejorar mi Apoyo Social?*, y *Tipos de comunicación*.
- A su vez, los ejercicios que resultaron de más útiles fueron los correspondientes a los tres temas anteriores y de las tareas para el hogar *El Termómetro del ánimo* fue destacada por su utilidad por muchas participantes.

Limitaciones

- El tema *Pensamientos y sentimientos que impiden obtener Apoyo Social* y el ejercicio correspondiente no generó interés entre las participantes talvez porque fue presentado en forma muy teórica y alejada de su realidad.
- Una limitación importante fue centrar los primeros temas abordados en la necesidad de ampliar las redes de Apoyo Social como una herramienta para mejorar su estado de ánimo, ya que esto no despertó interés y pareció no ser tan útil para las participantes. Sin embargo, la construcción de nuevas redes sociales y el reforzamiento de las ya existentes fue destacado por las mujeres como de importancia ante diferentes sucesos vitales (embarazo, separaciones, conflictos con los hijos, entre otros); por lo que este segundo aspecto debería ser más enfatizado en los contenidos del MAS.
- En los contenidos se puso más énfasis en la necesidad de construir redes de apoyo y no tanto en mejorar la calidad de las ya existentes. Sin embargo, las participantes destacaron la necesidad de mejorar este último aspecto, por lo que la importancia de construir y

reforzar las relaciones interpersonales positivas debería ser abordado más ampliamente y con mayor énfasis en los contenidos del MAS.

- Otro aspecto destacado por las participantes fue el temor a no conseguir el Apoyo Social que identifican necesitar, por lo que se sugiere dedicar más tiempo a ejercicios que ayuden a construir conductas orientadas a la búsqueda de Apoyo Social y restar el tiempo dedicado a los aspectos teóricos del mismo.
- El contenido del MAS podría ser reestructurado, en función de las observaciones previas, de manera de desarrollarse en una sola sesión con el fin de ser más eficaz en sus objetivos en una menor cantidad de tiempo.

6. Discusión, alcances del estudio y conclusiones

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la inclusión de un nuevo elemento orientado a fortalecer el apoyo social en la efectividad de la intervención psicoeducativa para la prevención de la depresión en mujeres diseñada por Lara y colaboradores (2003ab). El mismo se realizó a través de un estudio aleatorio controlado donde se compararon dos condiciones de tratamiento: una, en la versión de ocho sesiones de la intervención antes citada y, la otra, en la versión de seis sesiones más la inclusión de un Módulo de Apoyo Social (MAS). Para el logro de ese objetivo se plantearon otros dos más específicos: primero, la elaboración de un módulo psicoeducativo que favoreciera la búsqueda y el fortalecimiento del apoyo social y, segundo, la aplicación de dicho módulo en el marco de la intervención. El estudio se desarrolló en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc, institución especializada en la prevención y atención de la salud mental, sin cuya colaboración y participación no hubiera sido posible realizarlo. La institución proporcionó los espacios para la adecuada realización de las entrevistas individuales y las sesiones grupales, y permitió que su propio personal colaborara en el proceso de promoción del taller, reclutamiento de las participantes y en las evaluaciones de pre-tratamiento, pos-tratamiento y seguimiento.

Aspectos sociodemográficos y psicológicos de las participantes

Al inicio del estudio las mujeres participantes presentaban altos grados de sintomatología depresiva, los que se encontraban muy por encima de los parámetros normales de la población adulta en México (Medina Mora y cols., 1992) y bajos niveles de autoestima. Este hecho refuerza lo ya observado por estudios nacionales e internacionales (Salgado de Snyder, 1992, Dreith, et al 2001, Kendler, et al 2002) acerca de que bajos niveles de autoestima y altos niveles de síntomas de depresión se encuentran frecuentemente asociados. La edad promedio de las participantes fue de 35 años, la mayoría estaba en pareja, tenía hijos y pertenecía a una familia nuclear. Más de la mitad trabajaba en actividades extradomésticas y de éstas la mitad de las mujeres eran proveedoras principales del hogar. A su vez, el ingreso promedio familiar era de 5.135 pesos mensuales para toda la muestra.

De esta manera, puede observarse que muchas de las participantes desempeñaban, al momento de la realización del estudio, distintos roles en su vida (realización de trabajo extra-doméstico y doméstico, cuidado de los hijos, sostén principal del hogar o de colaboración al completar el aporte de otro miembro) y, además de ello, padecían importantes dificultades económicas. Al respecto, es importante traer a consideración dos cuestiones: en primer lugar, lo señalado por algunos autores (Desjarlais, et al, 1997) acerca de que las tensiones asociadas a la multiplicidad de roles y a las dificultades económicas en el afrontamiento de las diversas responsabilidades conlleva en la mujer un importante riesgo de sufrir síntomas de depresión y, en segundo lugar, el hecho de que en las mujeres mexicanas el trabajo extra-doméstico representa un factor que mitiga su vulnerabilidad a sufrir depresión en comparación con las amas de casa (Lara y cols. 1993 y Lara y cols. 1999). Esto último se debe a que aquellas mujeres que trabajan fuera del hogar poseen una mayor red de apoyo y cierta independencia económica que les permite atenuar las tensiones asociadas al desempeño de sus múltiples roles. Al respecto, debe destacarse que pese a que la mayoría de las participantes trabajaba fuera del hogar y, en consecuencia, estaban insertas en una red social de apoyo, al inicio del estudio presentaron altos niveles de sintomatología depresiva por lo que podría pensarse que este apoyo era insuficiente para protegerlas del riesgo a sufrir dicha sintomatología.

En síntesis, de las características sociodemográficas y psicológicas de las mujeres que integraron este estudio puede concluirse que muchas de ellas se encontraban, a su inicio, en una situación de vulnerabilidad psicosocial que pudo haber condicionado la presencia de altos niveles de sintomatología depresiva y de baja autoestima. Sin embargo, debe destacarse que a pesar de ello poseían los recursos suficientes para reconocer su malestar emocional, solicitar ayuda a los servicios comunitarios y asistir a las sesiones de la intervención lo que pudo no haber ocurrido con otras mujeres con igual sintomatología depresiva pero con menos recursos para enfrentarla.

Apoyo social de las participantes

Con respecto al apoyo social con el que contaban las participantes al inicio del estudio, se encontró que tenían un promedio de 1.51 personas que les brindaban apoyo de diferentes tipos y el grado de satisfacción con dicho apoyo fue de 2.60 (ubicándose dicho puntaje entre las categorías de *un poco insatisfecha* y *bastante insatisfecha*). A su vez, las personas mencionadas con mayor frecuencia formaban parte de su núcleo más próximo (hermanas, madre e hijos),

aunque también fue destacado el papel de las amigas en tanto apoyo emocional. En relación con el tipo de apoyo, las participantes contaban, en primer lugar, con apoyo emocional, luego con apoyo práctico y, más escasamente, con apoyo informacional.

Así, es importante observar que aunque las participantes obtenían apoyo social de los miembros de su entorno cercano, se encontraban en diversos grados insatisfechas con el mismo. Esta observación concuerda con múltiples desarrollos teóricos (López-Cabanas, et al, 1999; Barrón, 1996; Gil Lacruz, 2000) que destacan la existencia de una discrepancia entre contar con apoyo social y percibir a éste como significativo; por lo que obtener apoyo pero no estar satisfecho con el mismo puede representar una condición adversa para la salud mental del sujeto. Así, y con base en este postulado teórico, es importante observar que las mujeres de este estudio se encontraban en una situación de vulnerabilidad psicosocial ya que a pesar de que recibían apoyo real y objetivo, su percepción del mismo era insatisfactoria. Sumado a ello, también destaca el hecho de que ellas poseían principalmente apoyo emocional más que apoyo práctico e información de utilidad. Implicando esto último una importante carencia en sus vidas ya que, dadas las múltiples actividades en las que ellas se encontraban involucradas, contar con apoyo práctico e información adecuada y útil hubiera podido representar una importante ayuda para su afrontamiento y un atenuante para la tensión emocional asociada al desempeño de su múltiples roles.

En resumen, las mujeres del estudio desempeñaban múltiples roles en su vida, la mayoría eran madres y colaboraban en el sostén del hogar, sufrían importantes dificultades económicas para afrontar sus responsabilidades familiares; disponían de escaso apoyo práctico e información, y no se encontraban satisfechas con los distintos tipos de apoyos que recibían de su núcleo cercano. De esta manera, podría pensarse que esta condición de vulnerabilidad psicosocial, producto de diversas condiciones de estrés y asociada a la carencia de apoyo social percibido, es uno de los factores que explica la importante presencia de síntomas de depresión y baja autoestima en estas mujeres al inicio del estudio.

Efectos de la intervención

En la valoración de los efectos de la intervención se consideró tanto la significancia estadística como la significancia clínica de la modificación de la sintomatología depresiva. Esta decisión se basó en los argumentos planteados por diversos autores nacionales e internacionales (Pedroza y

cols., 2002, Kazdin, 1999) acerca de la necesidad, en la evaluación de las intervenciones psicológicas, de complementar los resultados estadísticos con información que muestre su utilidad en la vida y en el desempeño psicosocial de los participantes. Así, desde esta perspectiva se consideraron dos aspectos relevantes a valorar de los efectos de la intervención: por un lado, demostrar su utilidad empírica, o sea conocer qué tan efectivas fueron ambas condiciones de la intervención en la disminución de los síntomas que afectaban a los participantes y las diferencias entre ambas (significancia estadística) y, por el otro, determinar su relevancia aplicada a través de analizar ciertos indicadores clínicos que permitan valorar la mejoría alcanzada por las participantes (significancia clínica).

De esta manera, desde el punto de vista de la significancia estadística un Análisis de Varianza para Medidas Repetidas mostró una modificación significativa de los síntomas de depresión en la dirección esperada de la evaluación de pre-tratamiento a la de pos-tratamiento, manteniéndose la misma al momento del seguimiento. Dicha modificación fue significativa al interior de cada uno de los grupos aunque no se encontraron diferencias entre ambas condiciones. Este resultado confirma lo obtenido por estudios previos (Lara y cols., 2003ab) acerca de que la intervención resulta efectiva en la disminución de los síntomas de depresión y en la mejora de la autoestima, sin embargo no puede concluirse que la inclusión del nuevo elemento evaluado conlleve una mayor efectividad de la intervención en dicha modificación.

A su vez, y con respecto a la significancia clínica de los efectos de la intervención, en ambos grupos y en ambas mediciones posteriores se observaron puntajes promedio de síntomas de depresión cercanos al punto de corte de 16, por debajo del cual se considera a la presencia de síntomas como *mínima* y *leve*. Así, al inicio del estudio en el GE 38.8% de las participantes reportaban síntomas severos, en la evaluación postratamiento 7.6% y en la de seguimiento 14.2%, por lo que el porcentaje de síntomas severos disminuyó en dicho grupo en un 31% al postratamiento y en un 24.5% al seguimiento. En caso del GC también se produjo una importante disminución de la gravedad de los síntomas ya que al inicio del estudio 47% de las participantes reportaban síntomas severos, al postratamiento 10% y al seguimiento 14.2%, de esta manera el porcentaje de síntomas severos disminuyó en un 37% al pos-tratamiento y en un 32.7% al seguimiento. Estos datos permiten concluir que, como resultado de la intervención, la reducción de los síntomas de depresión fue clínicamente significativa en ambos grupos tanto a los quince días como a los tres meses de concluida la intervención. Sin embargo, y a pesar de dicha

modificación clínica, es importante mencionar que en la evaluación de pos-tratamiento 8 mujeres (34.2%) continuaban presentando síntomas de depresión entre moderados y severos, mientras que en la de seguimiento sólo 4 mujeres (28.6%) se ubicaron en dichas categorías. De ello podrían concluirse dos observaciones: primero, que las herramientas individuales favorecidas por la intervención para enfrentar y prevenir los síntomas depresivos fueron desarrolladas y puestas en prácticas en los siguientes tres meses de concluida la misma y, segundo, la posibilidad de que aquellas mujeres que a los tres meses de concluida la intervención no asistieron al seguimiento continuaban con altos grados de síntomas de depresión sin encontrar por ello motivación para asistir a la cita programada. A este respecto, debe considerarse lo ya destacado por evaluaciones previas (Lara y cols., 2003a) referido a que aunque la intervención es efectiva desde el punto vista estadístico desde una perspectiva clínica un considerable número de mujeres continúan con síntomas de depresión a los tres meses de finalizada la misma. Según esas mismas autoras, esa persistencia podría explicarse a partir de considerar tres factores fundamentales: los altos niveles de depresión reportados al inicio de estas intervenciones (Lara y cols., 2003), las condiciones de vida producto de las reiteradas crisis económicas de las últimas décadas que somete a las mujeres a la presencia de múltiples eventos adversos (Lara, Acevedo, et al., 1993; Salgado de Zinder & Maldonado, 1992; en Lara y cols., 2003^a) y, por último, un posible traslape entre el rol de género de la mujer mexicana (de la que se espera una actitud sufriente y sacrificada) con los síntomas depresivos (Lara, 1991, en Lara y cols., 2003a). Con respecto a esto último, es relevante traer a consideración lo planteado por Viniegra (2006) acerca de una concepción novedosa de la enfermedad en tanto una *forma de ser*. El autor define al sujeto enfermo como “una persona que por su historia (herencia biológica y cultural, multiplicidad de ambientes de los que ha formado parte) y circunstancias (constelación actual de sus relaciones con el medio ambiente), ha llegado a cierta *forma de ser* que le ocasiona limitaciones, malestares, sufrimientos y diversos tipos de inconvenientes” (Viniegra, 2006, pag. 51). De esta manera, el hecho que a los tres meses de finalizada la intervención un alto porcentaje de participantes continuaran con altos niveles de síntomas de depresión podría ser entendido como una resistencia a cambiar cierta *forma de ser* de la mujer mexicana, resistencia que debe ser tomada en cuenta en la evaluación de la efectividad de las intervenciones para la prevención de la depresión.

En relación con los efectos de la intervención sobre el apoyo social se encontró, a través de un Análisis de Varianza para Medidas Repetidas, un aumento significativo al interior de cada

grupo del grado de satisfacción con el apoyo desde la evaluación pre-tratamiento a la de post-tratamiento, manteniéndose también al momento del seguimiento; aunque no se observaron diferencias entre ambas condiciones. Con respecto al número de apoyos con los que contaban las participantes, a pesar de su incremento, no se encontró una modificación significativa de esta variable al interior de cada condición. Estos datos muestran que, como resultado de la intervención, en ambas condiciones mejoró significativamente la satisfacción respecto al apoyo social obtenido, siendo éste brindado fundamentalmente por la familia nuclear y las amigas. En síntesis, de estos datos puede concluirse que ambas condiciones producen una mejoría de la satisfacción con el apoyo, una condición en una forma indirecta y la otra en una forma más directa y planificada a través de los contenidos introducidos por el MAS.

Cabe indicar que el que la intervención mejore la satisfacción con el apoyo es de gran importancia por dos razones: en primer lugar, porque puede considerarse que la mejora de la satisfacción con el apoyo social obtenido cubre una necesidad real de las participantes, quienes en el desarrollo de las sesiones destacaron la tensión emocional asociada a los conflictos con los miembros de la familia y el ambiente próximo. En segundo lugar, y ante la escasa información existente acerca del papel que ejerce este tipo de intervenciones en el fortalecimiento del apoyo social, así como acerca de los mecanismos y componentes a través de cuales éste beneficia la salud mental (Schwartz, 2005), constituye una contribución comprobar que, como resultado de la intervención, las participantes lograron mejorar la calidad del apoyo social percibido y la de sus vínculos con los miembros de su red de apoyo. Referente a este hallazgo, es importante indicar que producto de la intervención las mujeres no ampliaron su red de apoyo sino que mejoraron la calidad de la red ya existente. Esto refleja que para favorecer la salud mental de estas mujeres no es tan importante brindarles herramientas para la búsqueda de nuevo apoyos sociales, sino más bien herramientas para afrontar y resolver conflictos con la red de apoyo con la que ya cuentan.

Por último, es importante discutir las posibles causas que pudieron determinar la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos observada en los resultados de este estudio. Según la revisión realizada por Kazdin & Bass (1989), una de las principales causas que determina la ausencia de poder estadístico en las evaluaciones de intervenciones psicológicas se refiere al tamaño reducido de la muestra con el que éstos se inician y/o finalizan. De esta manera, y siguiendo este criterio, pudo ocurrir que la muestra con la cual se finalizó este estudio (23 sujetos al momento del posttratamiento y 14 al seguimiento) no haya permitido reflejar la acción

diferencial de la variable experimental estudiada. Según la revisión realizada por estos autores, la ausencia de diferencias estadísticas entre condiciones de tratamiento es una limitación observada reiteradamente en estos estudios, por lo que siguiendo a Cohen (1962, en Kazdin & Bass, 1989) proponen un método complementario para evaluar la efectividad de las condiciones de tratamiento, considerando tres niveles de efectividad (pequeño= 0.25, medio= 0.50 y alto= 1.00). De esta manera, en este estudio se encontró que el nivel de la efectividad de ambas condiciones fue alto (GE= 1.48 y GC= 1.21 al seguimiento) pudiendo esto ser una de las razones que explican la ausencia de diferencias estadísticas entre ambos grupos en los resultados. Por último, otra posible razón para la ausencia de diferencias estadísticas entre ambos grupos observada en este estudio podría ser que al estar la intervención integrada por múltiples y diversos componentes es posible que resulte difícil advertir el efecto específico de cada uno de ellos sobre las variables estudiadas de la salud mental de las mujeres.

Aportaciones del Módulo de Apoyo Social (MAS)

A pesar de que los resultados de los Análisis de Varianza mostraron que la inclusión del MAS no conduce a una mayor efectividad de la intervención, análisis y observaciones más específicos revelaron que dicho elemento representa importantes aportaciones a la intervención. Así, a través de un análisis de la influencia de la intervención en conductas orientadas al reforzamiento del apoyo social (*reconocer la necesidad de ayuda y apoyo, búsqueda de ayuda o apoyo, mejora de sus relaciones con las demás personas y asertividad*) se encontró –mediante la prueba de comparación T de Student– que las participantes de la condición de tratamiento que incluyó el MAS reportaron, a los tres meses de concluido el taller, una influencia significativamente mayor en dichas conductas y actitudes que las participantes de la otra condición. Este resultado apoya, entonces, las hipótesis inicialmente planteadas acerca de que el asistir al MAS tendría mayor influencia positiva en la capacidad de las participantes para *reconocer su necesidad de apoyo*, para *buscar apoyo*, en su *asertividad* y en sus *relaciones interpersonales*. Por último, el hecho de que esta diferencia entre ambas condiciones se haya observado en el seguimiento (tres meses) y no en el postratamiento (quince días) podría explicarse porque tales conductas necesitan cierto período de tiempo para ponerse en práctica y reconocer su efecto positivo sobre el estado de ánimo. La anterior comprobación de que el MAS favorece las conductas y actitudes orientadas a reforzar el apoyo social concuerda con estudios realizados sobre terapia interpersonal con la que

el MAS comparte el presupuesto según el cual la identificación de conflictos y deficiencias en el área interpersonal y la puesta en marcha de nuevas estrategias de comunicación (comunicación asertiva) genera importantes beneficios a los pacientes con síntomas de depresión (Crowe & Luty, 2005; Weissman, 1981).

Asimismo, un análisis realizado a partir de seis reactivos del cuestionario de Apoyo Social que indagan la asociación entre estado de ánimo y apoyo social permitió observar que ante un estado de ánimo bajo las mujeres que asistieron al MAS estuvieron más satisfechas con el apoyo que recibían que aquellas que no asistieron a este elemento adicional. De esta manera, puede concluirse que los contenidos del MAS mejoran la satisfacción con el apoyo brindado por aquellas personas que las ayudan a mejorar su estado emocional. Esta contribución coincide con lo expuesto por la literatura internacional (Brawn y Harris, 1978, Zlotnic, 1996) que destaca que el apoyo social que tiene un efecto más positivo sobre el bienestar emocional de las mujeres se refiere a unos pocos lazos significativos y de confianza, y no a una amplia red de apoyo. Así, el hecho de que el MAS favorezca la satisfacción de las mujeres con sus lazos de confianza es una aportación que incrementa los beneficios de la intervención estudiada en la calidad de vida de las mujeres con riesgo de sufrir depresión.

Otra importante contribución del MAS se deriva de un análisis de los argumentos expuestos por las participantes para justificar la influencia de la intervención en sus vidas, ya que éste dio cuenta que los motivos expuestos por las participantes fueron diferentes en ambos grupos. Así, en la condición con el MAS se enfatizó *el reconocimiento de la necesidad de contar con apoyo social, la mejora de las relaciones familiares, la mejora de las relaciones sociales y la adquisición de confianza y seguridad en sí misma*, mientras que en la otra condición se destacaron *el reconocimiento de la depresión y de las experiencias personales que llevaron a ésta, el entendimiento de sus problemas y mejora en la manera de enfrentarlo, la mejora en su estado de ánimo y el intercambio de experiencias en el grupo*. De esta manera, el hecho de que cada condición provea a las participantes aprendizajes y herramientas específicos, expresa que la intervención estudiada se conforma de una multiplicidad de elementos y técnicas que en su interjuego conducen a su efectividad y que si a este conjunto de técnicas se le incluye un componente adicional orientado a reforzar el apoyo social se favorece aún más su efecto positivo en la salud mental de las mujeres con riesgo de sufrir depresión.

La importancia de esta última contribución se sustenta en los postulados teóricos de la terapia multimodal (Lazarus A.A, 1981, Rodríguez del Álamo, A. 2001, Kertesz R. 2005, Ruiz Sánchez J. J. y Cano Sánchez J. J.), entre los que se destaca la importancia de incluir múltiples técnicas y recursos (cognitivo-conductuales, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras) en las terapias breves y focales con el objetivo de mejorar los resultados y reducir los costos de los tratamientos. De igual modo, algunas revisiones realizadas sobre intervenciones para la prevención de la depresión (Jané-Llopis et. al., 2003) destacan la importancia de contribuir a su efectividad a través de la inclusión de un conjunto de elementos y técnicas en su método.

Observaciones del Módulo de Apoyo Social

De las observaciones realizadas durante el desarrollo de las sesiones del MAS, se destaca el hecho de que las participantes otorgaron más importancia para sus vidas y bienestar emocional al apoyo social obtenido ante la presencia de eventos adversos –como una separación o conflictos con los hijos– que al hecho de contar con una amplia red de apoyo en su acontecer diario. Se observó también que una preocupación importante para ellas era la búsqueda de herramientas que les permitieran resolver conflictos en sus relaciones interpersonales más cercanas, ya sean con los hijos, con la pareja o con otros miembros de la familia nuclear. De éstos, los conflictos más frecuentes fueron las dificultades de diálogo y de poner límites con los hijos adolescentes, problemas con la pareja por falta de compromiso de ésta en las tareas domésticas y en la economía familiar, y dificultades en la relación con algún otro miembro de la familia como la cuñada o la suegra. Estas dos observaciones concuerdan con investigaciones y desarrollos teóricos que destacan el papel del apoyo social como un factor que permite en las mujeres mitigar el estrés provocado por eventos vitales y, con ello, prevenir el desarrollo de sintomatología depresiva (Brawn y cols, 1986, Broadhead, 2001).

Por último, también se observó que aquellos contenidos del MAS que resultaron más útiles para las participantes fueron los presentados de forma más clara a partir de ejemplos y que no involucraban aspectos demasiado teóricos. De esta manera, se pudo advertir que a las mujeres les hizo mayor sentido aquellos temas que reflejaban algo de sus experiencias personales con relación al apoyo social, por lo que resulta que una forma de favorecer la efectividad de MAS

podiera ser incluir ejemplos de casos de mujeres que hayan experimentado los beneficios de contar con apoyo social ante diversas situaciones vitales.

Alcances y limitaciones del estudio

En este apartado se realiza una reflexión acerca de los alcances y las limitaciones metodológicas presentes en este estudio poniendo especial atención a los aspectos relacionados con su validez interna y externa.

Como ya se ha mencionado, en este estudio se llevó a cabo un diseño comparativo aleatorio controlado con el fin de evaluar el efecto de la inclusión de un nuevo componente en la efectividad de una intervención para la depresión. Los diseños aleatorios controlados son considerados adecuados para la evaluación de intervenciones de prevención (Huynh-Nuh Le, et al, 2003; Sandler, 1999; WHO, 2001; Mrazek y Haggerty, 1994; Muñoz, 1993), ya que a través de la asignación aleatoria de los participantes a las diferentes condiciones del estudio se fortalece su validez interna y porque, al contar con una medición previa y otras posteriores a la intervención, es posible valorar las modificaciones en la variable dependiente.

La validez interna de un diseño experimental se refiere a la real presencia de una diferencia por parte de la variable experimental o variable independiente; a continuación se mencionan los aspectos que se consideraron en este estudio con el objetivo de fortalecer dicha validez. En primer lugar, los sujetos interesados en participar y que cumplieron con los criterios de elegibilidad fueron asignados en forma aleatoria a la condición experimental y control, favoreciendo esto que diversas variables extrañas se mantuvieran equivalente en ambos grupos. Con el mismo objetivo se realizaron también las sesiones de ambos grupos en forma simultánea y en la misma institución. Con el objetivo de controlar posibles sesgos en la instrumentación de las mediciones, las entrevistas de evaluación posteriores a la intervención fueron realizadas por una entrevistadora que desconocía las condiciones de las participantes y que tampoco había participado como facilitadora en el desarrollo de las sesiones. Sin embargo, debido a la falta de recursos que permitieran contar con dos facilitadoras, ambos grupos fueron dirigidos por la misma persona, representando esto una limitación metodológica ya que pudo haberse sesgado o, bien, favorecido el proceso y resultado del tratamiento experimental.

En cuanto a la validez externa de los estudios experimentales (Campbell y Stanley, 1995), ésta se refiere a que los efectos de la variable independiente demostrados en el grupo

experimental se verifiquen no solamente en la población en estudio sino también en aquella población de la cual se extrajeron los participantes. Según los mismos autores, una de las vías más adecuadas para controlar y favorecer la validez externa de una investigación es a través de la selección aleatoria de los participantes del estudio. En el caso de las evaluaciones de las intervenciones de prevención, como la que ocupa a este estudio, no es posible seleccionar aleatoriamente a los participantes ya que ellos son convocados a través de la promoción de la intervención. Considerando esta cuestión, es importante mencionar que la muestra que conformó esta investigación representa solamente a aquellas mujeres que motivadas por la promoción asistieron voluntariamente a la entrevista de admisión al taller. Al respecto, algunos autores (Eaton y Harrison, 1996) destacan dos observaciones importantes: la primera, que representa una ventaja práctica para el estudio, se refiere a que las mujeres seleccionadas fueron las más motivadas para iniciar un proceso de cambio personal y, la segunda, en cambio, representa una limitación de este tipo de intervenciones ya que no alcanza a aquellas mujeres de la población que a pesar de sufrir depresión no demandan atención a los servicios de salud por lo que la intervención fue evaluada en el grupo más motivado. En vista de ello, y tal como ya lo han destacado los mismos autores, futuras investigaciones deberían estudiar qué sucede en lo relacionado con la prevención de la depresión en la población de mujeres que a pesar de presentar síntomas de depresión no demandan atención a los servicios de salud.

Ahora bien, la limitación metodológica más importante, y que debilita tanto la validez externa como la interna, se refiere al tamaño reducido de la muestra con la que se concluyó el estudio. La propuesta inicial, considerando tanto el número necesario de sujetos para realizar comparaciones estadísticas como el tiempo disponible para realizar el estudio, era reclutar a 40 sujetos de manera que cada grupo quedara conformado por 20 participantes. Lamentablemente, y a pesar del importante apoyo de la institución en la etapa de reclutamiento, dicho objetivo no pudo concretarse ya que de las 43 mujeres que asistieron a la entrevista de pre-tratamiento, 35 cumplieron con los criterios de elegibilidad y fueron aleatorizadas, 29 asistieron al inicio de las sesiones y 23 completaron la intervención. De esta manera, la primera pérdida de sujetos se produjo entre la entrevista de pre-tratamiento y las tres primeras sesiones, de lo que podría pensarse que una vez que las mujeres se integraron a la dinámica grupal y comenzaron a leer el material educativo se sintieron más motivadas para continuar con la intervención. Con relación a las razones por las que algunas no asistieron a las sesiones, aquellas mujeres a las que se pudo

contactar argumentaron problemas de horarios y no contar con alguien para el cuidado de sus hijos. Referente a esto último, es importante destacar que en este estudio no se pudo ofrecer a las mujeres apoyo para cuidar a sus hijos durante el desarrollo de las sesiones, siendo ésta una estrategia a considerar para facilitar el acceso de las madres a las intervenciones para la prevención de la depresión. A su vez, la evaluación de post-tratamiento se realizó a 23 mujeres y la de seguimiento a 14, de esta manera la segunda y más importante pérdida de participantes se produjo entre la evaluación de postratamiento y el seguimiento. Este hecho podría explicarse por diversos factores inherentes a las características de la muestra (falta de tiempo, múltiples responsabilidades y actividades que realizan estas mujeres, etc.) pero también por la posibilidad de que en los tres meses siguientes a la intervención las participantes hubiesen sufrido una serie de eventos adversos y situaciones de estrés que las desmotivaran a continuar con el proceso. Esto último tiene sentido si se piensa que de las catorce mujeres a las que se les realizó la entrevista de seguimiento, diez (71.4%) afirmaron haber experimentado en los últimos tres meses una situación dolorosa que afectó en forma negativa su estado de ánimo. Es importante considerar que la pérdida de sujetos es un problema ya documentado en este tipo de evaluaciones tanto por la literatura nacional e internacional (Lara y cols. 2003ab; Lara, Le & Perry, en prensa; Muños & Ying, 1993; Mrazek & Haggery, 1994) y que en nuestra población las dificultades en la adherencia a tratamientos psiquiátricos son de hasta 40% (Torres, et al, 2002).

En resumen, debido a esta importante pérdida de sujetos se vio debilitada tanto su validez interna dado que por el número pequeño de sujetos podrían no estar reflejadas las diferencias estadísticas en la modificación de la variable dependiente, como su validez externa en tanto los resultados no manifiestan claramente las variaciones individuales de las mujeres con depresión de la población.

Conclusiones

Las dos condiciones de intervención evaluadas mostraron ser efectivas en la disminución de la sintomatología depresiva, en la mejora de la autoestima y en el incremento de la satisfacción con apoyo social (apoyo social percibido). Los dos primeros aspectos ya habían sido demostrados en evaluaciones previas (Lara y cols., 2003ab); sin embargo, el que se refiere a la mejora del apoyo social percibido, representa una aportación que permite profundizar en los mecanismos a través

de los cuales la intervención favorece la salud mental de las mujeres con riesgo de sufrir depresión.

En relación con la inclusión en la intervención de un Módulo de Apoyo Social, los resultados revelaron que a pesar de que éste no condujo a incrementar su efectividad, sí representó una importante aportación en tanto reforzó las conductas orientadas al apoyo social (reconocimiento de la necesidad de apoyo, capacidad para buscar apoyo, mejora de la asertividad y de las relaciones interpersonales) y mejoró la calidad del apoyo social percibido por las mujeres cuando necesitaron mejorar su estado de ánimo. De esta manera, las dos sesiones adicionales orientadas a reforzar el apoyo social aportaron a la intervención elementos específicos que implicaron nuevos aprendizajes y herramientas para las participantes, enriqueciendo así su método e incrementando sus beneficios en la salud mental de las mujeres.

Por último, cabe mencionar que tanto la necesidad de ajustar los tiempos de realización del estudio a los plazos estipulados para el desarrollo de la tesis de maestría, como una importante deserción de las participantes, entre otros factores, derivaron en algunas limitaciones metodológicas que conducen a considerar con reserva los resultados y conclusiones antes expuestos. En este sentido, se sugiere la realización de futuros estudios que evalúen el papel del apoyo social en la intervención para la prevención de la depresión de Lara y colaboradores (2003ab) que cuenten con un tamaño de muestra que permita obtener un poder estadístico más alto y así evaluar las eventuales diferencias en la efectividad de las condiciones de tratamiento. También resulta necesario realizar futuras evaluaciones de estas dos sesiones orientada a fortalecer el apoyo social donde se utilicen procedimientos de evaluación de la significancia clínica de los cambios encontrados, como los propuestos por Pedroza y colaboradores (2002), que permitan apreciar su valor clínico y/o social como así también su importancia para funcionamiento cotidiano de las participantes.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“El papel del Apoyo Social en una intervención psicoeducativa para la depresión en las mujeres”

Propósito

De acuerdo a la entrevista anterior respecto a su estado de ánimo, nuestros resultados indican que usted presenta factores de riesgo que la vuelven vulnerable ante la depresión, ya que tiene un nivel de depresión que no podría resolverse solo. De esta manera, nos gustaría invitarla a participar en un curso que le ayudará a manejar estos síntomas y a mejorar en diversos aspectos de su vida y de su persona.

A su vez, los resultados del curso al que la invitamos a participar forman parte una investigación que nos ayudará a mejorarlo para que más mujeres puedan beneficiarse de él.

Procedimiento

El curso consiste en 8 clases, una cada semana, de dos horas cada clase; se llevará a cabo aquí en la institución y serán conducidas por una psicóloga con amplia experiencia en estos cursos.

Su participación es muy importante ya que sabemos que a las mujeres que lo han tomado les sirve mucho y aprenden muchas cosas.

Es posible que grabemos algunas clases. Estas grabaciones se usarán para evaluar el desempeño de las facilitadoras del curso y con fines científicos.

Si tuviese cualquier duda acerca del estudio a lo largo del curso, puede consultar después de las clases y en las clases posteriores.

Como parte del curso se le harán dos entrevistas, ésta y una posterior a los 15 días de finalizar el curso, de más o menos una hora de duración.

Su participación en este estudio es voluntaria y su decisión no influirá sobre ninguno de los tratamientos que deba recibir en el futuro.

Posibles beneficios

En este curso aprenderá sobre la depresión, cuáles son sus causas y la manera de enfrentarla. También recibirá información, podrá resolver sus dudas y hablar sobre lo que le está pasando en relación a usted y las dificultades que está atravesando.

Posibles riesgos

Hemos visto que las participantes de este curso hablan de sus sentimientos de dolor, ansiedad y tristeza, pero esto les ayudará a sentirse mejor. Aunque puede sentir temor de hablar de cosas personales, buscamos que las participantes sean respetuosas entre ellas durante las clases y que no cuenten fuera de las clases lo que en ellas se platica.

Derecho a retirarse del estudio

Aunque nos gustaría que participase de todo el curso y así poder beneficiarse de él, usted puede dejarlo en el momento que no le agrade sin afectar su condición como paciente de esta institución.

Confidencialidad

Es importante recalcar que toda la información que usted nos proporcione será confidencial y siempre en beneficio de usted. Esta información se mantendrá bajo resguardo y se hará todo lo necesario para que nadie pueda identificarla como la persona que dio las respuestas.

Preguntas

Es nuestro compromiso responder a todas sus dudas respecto al estudio y llevar a cabo el curso conforme los lineamientos que le acabo de leer. Por lo tanto cualquier duda que surja antes, durante y después de las entrevistas o del curso, podrá consultarlas con:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Como hemos visto a los largo de la entrevista, hay varias situaciones dificiles que le generan todo este malestar que hemos comentado (especificar de acuerdo a la entrevista). El curso que le propongo le ayudaría a manejar estas situaciones de una mejor forma y a sentirse mejor consigo misma y con el resto de sus seres queridos.

Sabemos que hay condiciones (hijos, hogar, distancias, etc.) que nos impiden darnos un tiempo para nosotras, pero es importante poder hacerlo para sentirnos mejor y evitar que las situaciones se vuelvan más dificiles de manejar.

Por ello, le estoy proponiendo integrarse a este curso donde habrá varias mujeres compartiendo estos sentimientos y circunstancias de vida con el fin de mejorar como personas. ¿Le interesa asistir? Podría de acuerdo a sus actividades asistir los días _____ de _____ a _____?

¿Le gustaría participar?

Si acepta participar, le agradecemos de antemano su participación y le pedimos completar los siguientes datos:

Yo _____ declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en este estudio, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por las entrevistadoras. Ellas me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el desarrollo del estudio. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique afectaciones en la atención que se me proporcione en esta institución.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto a la especialista que me brindó la información para obtener mi autorización.

México D.F., a _____ de _____ del _____

Participante

Anexo 2. Material de lectura del Módulo de Apoyo Social

MÓDULO DE APOYO SOCIAL

Tomado y adaptado de: *The Mothers and Babies Course: A Reality Management Approach*. De: Muñoz, R.F., Le, H.N., Ghosh-Ippen, C. Diaz, M.A., Urizar, G. & Lieberman A.F. (2004)

INDICE

Sesión 1

- 1- Mi estado de ánimo y el contacto con otras personas
- 2- ¿Qué es el apoyo social y cómo ayuda en mi bienestar?
- 3- ¿De dónde proviene el apoyo social?
- 4- Tareas para el hogar

Sesión 2

- 1- Tipos de comunicación
- 2- Pensamientos y sentimientos que nos impiden obtener apoyo social
- 3- Tareas para el hogar

Sesión 1

1- Mi estado de ánimo y el contacto con otras personas



Una de las fuentes más importante para nuestro bienestar emocional son las **relaciones** y **contactos** que establecemos con las otras personas, ya que saber que contamos con amigos, familiares, compañeros o con nuestra pareja nos ayuda a sentirnos **acompañadas** y **valiosas**. Ahora bien, es común que cuando nos sentimos tristes o deprimidas nuestras relaciones con las otras personas se vean afectadas en forma negativa. A continuación trataremos el tema de cómo el contacto con los demás afecta nuestro estado de ánimo y a su vez, cómo nuestro estado de ánimo afecta ese contacto con los demás.

Como aprendimos a lo largo del libro, cuando estamos deprimidas nos sentimos tristes, desganadas, apáticas, perdemos el interés por las actividades que nos gustaban, nos sentimos irritables o tenemos muy baja autoestima. Todos estos síntomas se ven reflejados en **nuestras relaciones con los demás**, ya que preferimos estar solas, aislarnos y con el tiempo podemos llegar a sentir que no contamos con quien platicar o con quien nos apoye ante diferentes problemas.

Si a esta apatía y desgano por las relaciones con los demás le sumamos que a lo largo de nuestra historia de vida aprendemos que nuestro **valor como mujer** se encuentra solo en cuidar la casa, los niños y al esposo y en satisfacer las necesidades de los demás sin

considerar las nuestras, resulta que **no nos damos tiempo para nosotras mismas ni para cuidar nuestras relaciones con los demás.**

En resumen,

Cuando estamos decaídos usualmente:

- Tenemos menos contacto con las demás personas, las evitamos
- Somos menos tolerantes y nos sentimos irritadas
- Estamos muy calladas y quietas
- Nos sentimos más sensibles y nos afecta más el comportamiento de otros
- Confiamos menos en las otras personas
- Creemos que no tenemos de que platicar o que somos aburridas

Cuando tenemos menos contacto con las demás personas o más contactos negativos usualmente nos sentimos:

- Tristes
- Enojadas
- Que no le importamos a nadie
- Deprimidas
- Solas
- Que no contamos con ningún apoyo
- Aisladas

Ejercicio 1

A continuación se presentan algunas frases para completar que te ayudarán a pensar cómo

tu estado de ánimo afecta el contacto con otras personas y cómo te sentirías si ese contacto fuera más positivo.

Cuando estoy triste y decaída mi contacto con los demás es-----

Cuando paso mucho tiempo sola me siento-----

Creo que estar acompañada me ayudaría a sentirme-----

Si realizara más actividades en contacto con las demás personas me sentiría-----

Si contara con la ayuda de otra persona tendría más tiempo para-----

En conclusión, cuando perdemos contacto con las otras personas y con nuestros seres queridos tenemos **menos apoyo social**, y esto afecta en **forma negativa nuestro estado de ánimo y autoestima**. En el próximo apartado aprenderemos qué es el apoyo social y cómo contar con éste nos protege contra la depresión.

2- ¿Qué es el apoyo social y cómo ayuda en mi bienestar?



Se sabe que las mujeres que cuentan con apoyo social tienen menos riesgos de deprimirse y que contar con este apoyo es un **factor importante para afrontar las situaciones estresantes o dolorosas que se presentan a lo largo de nuestra vida.**

El apoyo social es la **ayuda práctica y emocional** que nos brindan nuestras personas cercanas, nuestros amigos y familiares y las instituciones de la comunidad como por ejemplo el centro de salud o un grupo de ayuda mutua.

A su vez, el apoyo social se puede recibir ante diferentes situaciones, ya sea para **afrontar pequeñas dificultades** de nuestra vida diaria o para **superar momentos difíciles y dolorosos** como pueden ser la pérdida de un ser querido o la experiencia de una enfermedad.

También **recibimos apoyo social** cuando contamos con una **persona de confianza a la que le podemos platicar nuestros problemas y sentimientos** cuando estamos preocupadas, tristes o deprimidas.

Existen tres tipos de apoyo: el emocional, el práctico y el informacional.

- **El apoyo emocional:** es contar con alguien que nos escuche, acompañe y brinde apoyo cuando estamos tristes o tenemos algún problema. Ejemplos de apoyo emocional son contar con alguien cuando necesitamos comprensión o apoyo ante alguna dificultad; también platicar o salir a caminar con nuestra pareja, madre, hermanos o amigas.

- **El apoyo práctico:** es contar con alguien cuando tenemos alguna necesidad práctica o material. Ejemplos de este apoyo es que nos presten dinero si lo necesitamos, que nos cuiden a los niños o nos acompañen a una consulta con el médico.
- **El apoyo informacional:** es la información y orientación que nos brindan cuando no sabemos algo o no entendemos lo que nos pasa a nosotros o a un ser querido. Ejemplos de este apoyo son que nos informen sobre donde pedir atención médica o psicológica, que nos expliquen como hacer un trámite o como llegar a algún lugar que no conocemos.

3- ¿De dónde proviene el apoyo social?



El apoyo social puede provenir de **diferentes fuentes:** de mis familiares y personas cercanas a mí, de los amigos, vecinos y compañeros de trabajo y por último de las personas e instituciones que se encuentran en la comunidad como por ejemplo del centro de salud o centros de desarrollo.

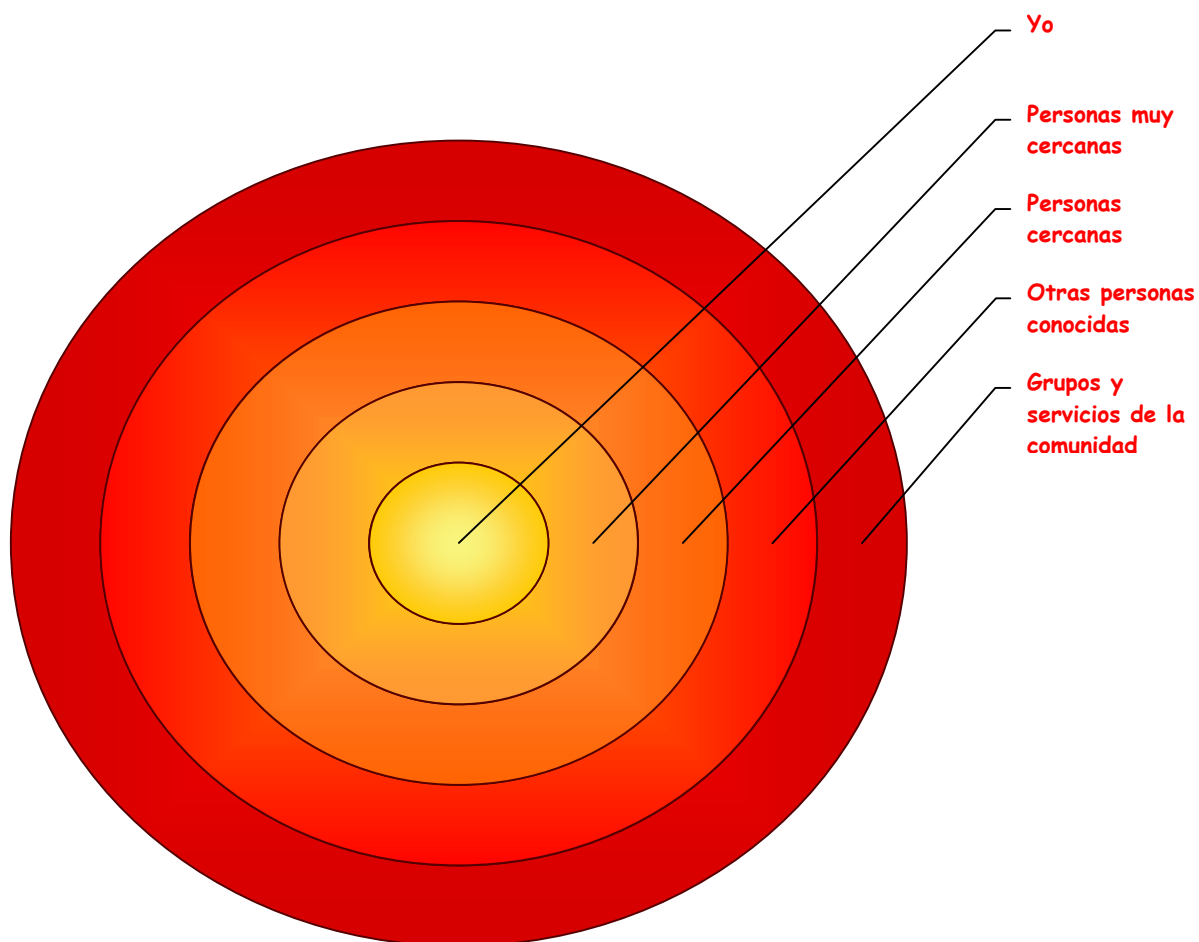
Muchas veces, contamos con muchos y diferentes apoyos pero no los reconocemos ni aprovechamos.

Ejercicio 2. Identificar mis fuentes de apoyo

El siguiente ejercicio te servirá para identificar **quiénes son las personas con las que cuentas** y qué puedes hacer para **mejorar los apoyos que requieres** en cada situación.

También si descubres que no cuentas con éste, es el primer paso para **construir y buscar el apoyo** que te ayudará a mejorar tu autoestima y estado de ánimo.

Quiénes forman parte de red y como me brindan apoyo



¿Quiénes son mis fuentes de apoyo

De acuerdo con este círculo, a continuación escribe el nombre de las personas que conoces e indica la relación que tienes con ellas.

gentes más cercanas a mí: familiares y amigos con quienes comparto mis sentimientos y pensamientos más profundos:-----

Familiares y amigos cercanos: gente con la que puedo hablar aunque posiblemente no de todo:-----

Amigas: gente con la que me gusta salir y me divierto aunque no comparta mis sentimientos más profundos:-----

Conocidos y servicios de mi entorno: gente que conozco y saludo (vecinas), aunque no me llevo con ellas y servicios con los que cuento en mi entorno (guardería, dispensario, centro de salud, iglesia, etc.):-----

Ejercicio 3. ¿Quién puede darme apoyo y de qué tipo?

El siguiente cuadro incluye diferentes tipos de apoyos que las personas te brindan. Lee las preguntas de cada uno y piensa cuáles personas conoces en cada categoría y escribe sus nombres. Puedes incluir a la misma persona más de una vez.

<u>Apoyo Práctico</u>	<u>Apoyo informacional</u>
¿A quién le puedo pedir que me acompañe a una consulta médica, me preste algo que necesito, me ayude en el quehacer o a cuidar a los niños?	¿A quién le puedo preguntar en caso que me sienta mal, no entienda lo que me pasa o no sepa como hacer un trámite importante?
-----	-----
-----	-----
-----	-----

<p>-----</p> <p>-----</p>	<p>-----</p> <p>-----</p>
<p><u>Compañía</u></p> <p>¿Con quien puedo irme a caminar o ponerme a platicar?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p><u>Apoyo emocional</u></p> <p>¿A quién busco cuando necesito comprensión, ánimo o apoyo porque me siento triste o frustrada?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Recordatorio

“Cultivar el contacto con otras personas me ayuda a sentirme acompañada, valiosa e importante”

“Si busco apoyo social me ayudará a ya no sentirme sola y a afrontar mis problemas en forma positiva”

Tarea para la casa

1)- Termómetro del ánimo

Empezando el día de hoy y siguiendo el resto de la semana, anota si tienes contactos con otras personas, de qué tipo son éstos y cómo afectan tu estado de ánimo según las alternativas que aparecen en la tabla.

	Fecha							
E S T A D O D E Á N I M O	Muy Bueno							
	Bueno							
	Regular							
	Malo							
	Muy Malo							
	¿Hubo contactos con otras personas?	Si No Práctico	Si No Práctico	Si No Práctico	Si No Práctico	Si No Práctico	Si No Práctico	Si No Práctico
		Emocional	Emocional	Emocional	Emocional	Emocional	Emocional	Emocional
	Informacional	Informacional	Informacional	Informacional	Informacional	Informacional	Informacional	

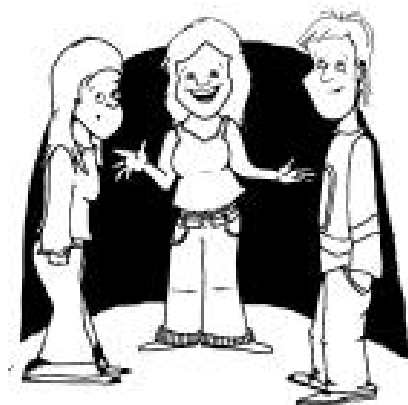
Anotaciones: -----

Sesión 2

¿Qué hacer para mejorar mi apoyo social?

Si a través de los ejercicios de la sesión anterior resulta que no cuentas con el apoyo social necesario y reconoces que contar con él te ayudaría a sentirte mejor; a continuación hablaremos sobre los tipos de comunicación y de cómo mejorando ésta puedes reforzar u obtener el apoyo social que necesitas.

1- Tipos de comunicación



Las personas pueden comportarse con diferentes estilos de comunicación, de esta manera podemos diferenciar nuestra comunicación en tres tipos: *el asertivo, el pasivo y el agresivo.*

- **Comunicación asertiva:** nuestra comunicación es asertiva cuando expresamos nuestros sentimientos, necesidades y opiniones en una forma clara y directa respetando siempre los derechos de las demás personas. El objetivo de la comunicación asertiva es lograr una **comunicación** con los demás **clara, directa y no ofensiva** y así poder **expresar nuestras necesidades y deseos para que sean valorados por las personas de nuestro entorno.**

Ejemplos de comunicación asertiva

"Hoy me siento muy cansada, tú querido podrías ayudarme a preparar la cena mientras descanso y veo un poco de televisión"

"El lunes es mi primer día de trabajo y para mi sería muy importante que me acompañaras, así me sentiría más segura y apoyada "

- **Comunicación agresiva:** nuestro estilo de comunicación es agresivo cuando expresamos nuestros pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada y que viola los derechos de las otras personas. Esto puede ser en forma directa (agresiones verbales, insultos, amenazas, etc.) o indirecta (indiferencia hacia los demás, comentarios rencorosos, etc.).

Ejemplos de comunicación agresiva son:

"Como me siento muy cansada y tú eres un egoísta que nunca me ayudas, prefiero mirar televisión y no preparar la cena"

"El lunes es mi primer día de trabajo y tu deber es acompañarme para que me sienta más segura"

- **Comunicación pasiva:** nuestro estilo de comunicación es pasivo cuando no somos capaces o no nos creemos con el derecho de expresar nuestros propios sentimientos, pensamientos y opiniones y por consiguiente por permitir que los demás nos ignoren o no nos consideren. Este tipo de comunicación implica una falta de respeto hacia las propias necesidades, ya que se basa en la creencia de que nuestras opiniones no serán valoradas, o no son valiosas y que las de los demás son superiores y más dignas de consideración.

Ejemplos de comunicación pasiva son:

"Me siento muy cansada como para preparar la cena, aunque prefiero no pedir ayuda para no molestar"

"El lunes es mi primer día de trabajo y aunque se que para ti no es importante y estás muy ocupada, para mi sería un gran apoyo si me acompañaras"

Ejercicio 1.

Analiza en la siguiente tabla las diferentes maneras en las que te puedes comunicar con los demás. Reflexiona y responde las siguientes preguntas.

	Respetas los deseos de los otros	Respetas tus deseos
Pasivo	Sí	No
Agresivo	No	Sí
Asertivo	Sí	Sí

¿Cuál es tu tipo de comunicación?

¿Cómo afecta tu tipo de comunicación tu relación con los demás?

¿Qué puedes hacer para mejorar tu comunicación con los demás y obtener el apoyo que necesitas?

Ejercicio 2

A continuación se presentan tres posibles situaciones que te pueden ocurrir en tu vida diaria, imagina y escribe como sería tu reacción y estilo de comunicación para afrontarla, luego imagina otra respuesta con un estilo de comunicación más asertiva.

Situación	Mi conducta	Conducta asertiva
Quiero salir a caminar con una amiga, pero mi mamá me pidió que le ayude con el quehacer.	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----

Situación	Mi conducta	Conducta asertiva
Me molesta que en la casa escuchen televisión tan alto porque no me puedo concentrar en mis tareas	----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- -----

Situación	Mi conducta	Conducta asertiva
Quisiera tomar un curso de computación, aunque para ello debería pedir el apoyo de mi (esposo/madre/amiga) para que cuiden a los niños	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- -----

2- Pensamientos y sentimientos que nos impiden obtener apoyo social

A partir de los estilos de comunicación que vimos anteriormente y los ejercicios que se realizaron, podemos concluir que en buena medida la falta de **asertividad** y por lo tanto de **oportunidades para obtener apoyo social** provienen, como en el caso de algunos de los síntomas de la depresión, de pensamientos incorrectos y reacciones emocionales inadecuadas que impiden que podamos expresar nuestros sentimientos en forma positiva.

A continuación se presentan algunos de estos pensamientos incorrectos que obstaculizan una comunicación asertiva y sus contrapartidas más positivas y asertivas:

Pensamientos incorrectos que obstaculizan una comunicación asertiva:

Cuando pido algo nunca obtengo lo que necesito: muchas veces cuando pedimos algún tipo de apoyo, sentimos que la otra persona no quiere o no hace el esfuerzo necesario para ayudarnos, esto no siempre es así, ya puede suceder que no pedimos el apoyo en una forma adecuada y asertiva.

Formas positivas de expresar mis pensamientos:

- Pedir las cosas en forma directa y clara y no con disculpas o lamentaciones, por ejemplo: "Hoy en la tarde tengo mi clase de cocina, podrías de favor quedarte a cuidar a los niños?"
- Ser asertiva no significa que la gente siempre hará lo que yo quiero, sino que debo aprender a negociar.

Debo guardarme los sentimientos positivos para mí: las personas que no expresan sus sentimientos a su familia, pareja o amigos pueden perderse de la alegría de compartir y como consecuencia sentirse solas y aisladas.

Formas positivas de expresar sentimientos:

- Trata de construir intimidad y confianza con tus seres queridos por medio de la expresión de tus sentimientos,

- El ocultar a los demás nuestros sentimientos hace que nos desconectemos de nosotras mismas y por lo tanto que nos alejemos de los demás.

Debo caerle bien a todo el mundo: aunque es muy humano querer agradar a las personas, racionalmente es imposible caerle bien a todas las personas que conocemos.

Formas positivas de relacionarme con los demás:

- Es importante que le caigas bien a los demás por quien eres y como eres
- Es normal que a otras personas no les agrades, lo importante es no lastimar

Una persona que realmente me quiera debería saber lo que necesito: aunque en las relaciones cercanas las personas aprenden a interpretar las reacciones del otro, no por ello debo creer que saben leer mi mente y percibir siempre mis necesidades.

Formas positivas de comunicar mis pensamientos:

- Expresa tus deseos clara y abiertamente, las personas que te quieren sabrán escucharte
- Busca el momento adecuado para platicar y expresar tus sentimientos a las personas que te quieren

Ejercicio 3

De todos los pensamientos que mencionamos anteriormente piensa con cual te sientes más identificada y crees que es un obstáculo en tu vida y en tus relaciones con los demás. Recuerda alguna situación de comunicación en las que hayas pensado alguno de ellos y haya sido un obstáculo para comunicarte, descríbela y encuentra una forma más asertiva para afrontar esa situación.

Situación	Pensamiento obstáculo	Forma positiva de afrontarla
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

Ejercicio 4

Piensa en qué apoyo necesitas en este momento y qué sientes que mejoraría tu estado de ánimo y luego completa el siguiente cuadro.

Mi ejemplo

Pasos a seguir:	Mi ejemplo
1. ¿Qué es lo que necesito en este momento para mejorar mi estado de ánimo y mi calidad de vida?	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----
2. ¿Quién me puede ayudar?	----- ----- ----- ----- ----- -----
3. Escribe cómo pedirías lo que necesitas de una	----- -----

<p>forma clara y directa.</p>	<p>----- -----</p>
<p>4. Respeto cuando la otra persona no desee o no pueda hacer lo que pido. ¿Cómo se siente y qué hago?</p>	<p>----- ----- ----- ----- ----- -----</p>
<p>5. ¿Me abro a la negociación o me enojo y me retiro?</p>	<p>----- ----- ----- -----</p>
<p>6. Me preparo para llegar a un acuerdo mutuo (NEGOCIAR). ¿Qué puedo decir para llegar a un acuerdo?</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>

Recordatorio

**“Tener una conducta asertiva significa respetar y expresar mis deseos y necesidad respetando los deseos y necesidades de los demás,
Porque me quiero, tolero y valoro soy asertiva en mi comunicación con los demás”**

“Las relaciones personales se vuelven más auténticas y satisfactorias cuando logro establecer una comunicación asertiva con las demás personas”

Tarea para la casa

1) De la teoría a la práctica

Durante la semana lleva a cabo el ejemplo que trabajamos en la sesión (ejercicio N°4). Luego en tu libreta de notas escribe tus reflexiones sobre esta actividad siguiendo los siguientes puntos:

- Cómo me acerqué a esta persona y cómo me sentí haciéndolo
- Cómo me sentí si obtuve el apoyo deseado
- Qué me dejó de importante este apoyo y qué me enseñó esta actividad

Anexo 3. Guía Didáctica para la conducción del trabajo grupal Módulo de Apoyo Social.

GUÍA DIDÁCTICA PARA LA CONDUCCIÓN DEL TRABAJO EN GRUPO

MÓDULO DE APOYO SOCIAL

Introducción

Los contenidos de esta guía didáctica tienen por objetivo brindar a las facilitadoras de la intervención psicoeducativa "Es difícil ser mujer: una guía para la depresión" los lineamientos necesarios para la adecuada conducción del trabajo grupal durante las sesiones correspondientes al Módulo de Apoyo Social.

El Módulo de Apoyo Social se organiza en dos sesiones que se llevan a cabo en el marco de la intervención psicoeducativa mencionada en la modalidad de 6 sesiones. La aplicación del Módulo de Apoyo Social se realiza a lo largo del Capítulo 6 "Qué hacer", entre la sesión 4 y la 5 y cada una de las dos sesiones dura dos horas al igual que el resto de las sesiones de la intervención a la que este Módulo se incluye. Se desarrolla alrededor del material de lectura correspondiente al "Módulo de Apoyo Social" que aborda diferentes temas relacionados con la importancia de obtener apoyo social y como éste es un factor protector para el desarrollo de sintomatología depresiva en las mujeres.

Las sesiones se estructuran de la siguiente manera: lectura del material de lectura, comentarios y reflexiones, ejercicios prácticos, recordatorios y tareas para el hogar.

Objetivos del Módulo de Apoyo Social

- **Brindar información** sobre los beneficios de contar con apoyo social en la vida emocional de las mujeres.
- **Brindar herramientas** que favorezcan la búsqueda y construcción tanto de relaciones cercanas de confianza como de redes de apoyo social.

- **Crear un espacio de intercambio** de experiencias en torno al tema del apoyo social y de las relaciones cercanas.
- **Motivar la puesta en marcha de las actividades** sugeridas en el material de lectura con el fin de incrementar los contactos sociales de las mujeres.

¿A qué personas se dirige?

Los contenidos de este módulo se dirigen a mujeres de 20 a 45 años que presenten diversos grados de síntomas de depresión y que estén llevando a cabo la intervención psicoeducativa "Es difícil ser mujer?: una guía sobre la depresión".

Aspectos importantes a tener en cuenta

- La depresión produce falta de motivación y por lo tanto una disminución significativa de las relaciones sociales
- Las mujeres con depresión tienen una gran necesidad de contar con relaciones de confianza que le brinden apoyo emocional y reconocimiento personal
- El Apoyo Social, en sus diferentes tipos, es un factor que protege a las mujeres del riesgo a sufrir depresión
- En función de ello, es de vital importancia lograr motivar a las mujeres en los contenidos y objetivos de este módulo, con el fin de lograr el reconocimiento de la importancia del apoyo social como una herramienta más en la modificación de su estado de ánimo.

Duración

- Dos sesiones semanales de dos horas cada una

Material

- Cada mujer debe contar con el material de lectura correspondiente al Módulo de Apoyo Social y la misma libreta de notas que se encuentre utilizando para el resto de las sesiones de la intervención.
- Es útil entregar a cada mujer una copia de los objetivos de estas dos sesiones:
 1. **Conocer cómo el apoyo social nos protege contra la depresión**
 2. **Reconocer nuestras necesidades de apoyo social**
 3. **Modificar nuestra comunicación para construir relaciones personales satisfactorias**
 4. **Sugerir la puesta en marcha de acciones que ayuden a buscar y reforzar el apoyo social**

Recordatorio

- Al igual que en el resto de la intervención se les reparte al final de las sesiones y tienen por objetivo recordar los aspectos importantes desarrollados durante la sesión y el punto sobre el que se sugiere trabajar durante la semana.

Tareas para el hogar

- Al final de cada una de las dos sesiones se sugieren tareas para el hogar, éstas son de gran importancia ya que permiten poner en práctica los temas desarrollados en cada sesión.
- Se revisan al inicio de la siguiente sesión favoreciendo entre las mujeres el intercambio de experiencias y reflexiones.
- Es importante alentar a las participantes a realizarlas, ya que el apoyo social es un aspecto que necesita ser motivado en su puesta en práctica para así obtener los objetivos deseados.

Sesión 1

Plan para la sesión

Actividades	Temas	Materiales	Tiempo aproximado (minutos)
1)- Presentación y entrega de los objetivos del Módulo de Apoyo Social		Rotafolio con los objetivos del módulo Copia de los objetivos del módulo	5
2)- Lectura 1	Mi estado de ánimo y el contacto con otras personas		10
3)- Preguntas y comentarios			10
4)- Ejercicio 1			15
5)- Lectura 2	¿Qué es el Apoyo Social y cómo ayuda en mi bienestar?		10
6)- Lectura 3	¿De dónde proviene el Apoyo Social?		10
7)- Ejercicio 2			15
8)- Ejercicio 3			20
9)- Actividades en casa y entrega de recordatorios			5
10)- Cierre de la sesión			

Sesión 2

Plan para la sesión

Actividades	Temas	Materiales	Tiempo aproximado (minutos)
1)- Lectura y comentarios sobre la tarea realizada en casa	Cómo mis contactos afectan mi estado de ánimo		15
2)- Lectura 1	¿Qué hacer para mejorar mi Apoyo Social? Tipos de comunicación		15
3)- Preguntas y comentarios			10
4)- Ejercicio 1			15
5)- Ejercicio 2			15
6)- Lectura 2	Pensamientos y sentimientos que nos impiden obtener Apoyo Social		15
7)- Ejercicio 3			10
8)- Ejercicio 4			10
9)- Actividades en casa y entrega de recordatorios			5
10)- Cierre de la sesión			

Bibliografía

- Acuña L y Bruner C. (1999). Estructura Factorial del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Basham, y Sarason en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 16: 2, 267-279.
- Adams, E.T., Eggert L.L., Pike, K.C., Brooke, B.P. & Herting J.R. () Preventive Intervention Research for Depression and Suicidal Behavior Among At-Risk Youth. University of Washington, Seattle, USA.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon G. & Peters T.J. (2003) Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *THE LANCET*, (361), march 22, 995-1000.
- Barrón A. (1996) *Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Primera edición. Siglo Veintiuno de España Editores, SA.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1996) BDI-II Spanish Translation. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Ball, C., Moran, P. & Campbell, C. (1998) Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28, 39–50
- Broadhead, J., Abas A., Sakutukwa, G.K., Chigwanda, M., Garura, E. (2001) Social Support and life events as risk for depression among woman in an urban setting in Zimbabwe. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 115-122.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women*. London, Tavistock Publications.
- Brown G.W., Andrews B., Harris W.B., Adler, Z & Bridge L. (1986) Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Brown, G. W., Bifulco, A. & Harris, T. O. (1987) Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 152, 487-489.
- Brown G.W. & Morán P. (1994) Clinical and Psychosocial Origins of Chronic Depressive Episodes I: A Community Survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Brown G.W. & Morán P. (1994) Clinical and Psychosocial Origins of Chronic Depressive Episodes I: A Community Survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Brown G.W., Harris W.B. & Eales M.J. (1996). Social Factors and Comorbidity of Depressive and Anxiety Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168:30, 50-57.

- Cameron, N. *Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. Primera Reimpresión, 1986. Editorial Trillas. México.
- Campbell, D & Stanley J. (1995) *Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social*. Amorrortu Editores. Séptima Reimpresión.
- Caplan, G. (1974) *Support systems and community mental health*. Nueva York, Basic Books.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Rascón M.L., Villatoro, J., Martínez-Vélez, A. & Gómez, M. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población adulta en México. *Salud Mental*, 16 (3), 14-21.
- Caraveo-Anduaga J., Colmenares E. y Saldívar G. (1999). Estudio Clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, Vol.22 (2)7-17.
- Coopersmith, S. (1981) *The antecedent of self-esteem*. Palo Alto, C:A.: Consulting Psychologists Press.
- Crowe M. & Luty S. (2005) The process of change in interpersonal psychotherapy (IPT) for depression: a case study for the new IPT therapist. *Psychiatry*, 68(1), 43-54.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M.A. & Caraveo J. (1997) *Salud Mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica. México.
- Declaración de Helsinki de Asociación Médica Mundial. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos (2004). *Asamblea Médica general de la Asociación Médica Mundial*. Tokio. <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>
- Desjarlais, R., Eisenberg, L. Good, B. & Kleinman, A. (1995). *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York, Oxford University Press.
- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder*: 4 th (1994) Ed. American Psychiatric Association: (1994) Washington, D. C.
- Dowrick, C., Casay, P., Dalgard, O, Lehtinen, Vázquez-Barquero J.L., Wilkinson G. & the Odin Group (1998). Outcomes of Depression Internacional Network (ODIN). Background, methods and field trials. *British Journal of Psychiatry*, 172, 359-363.
- Dreith, D.L. (2001) The effects of social support and self-esteem on the development of depressive syntomatology in women nontraditional professional careers. *The Sciences and Engeneering*, 61, (7).
- Eaton, W.W. & Harrison G. (1996) Prevention Priorities, *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 141-143.

- Flaherty, J.A., Gaviria M.F., Black E.M., Altman M.S. & Mitchell T. (1983) The role of social Support in the Functioning of Patients With Unipolar Depression. *American Journal of Psychiatry*, 140:4, 473-475.
- Flaherty, J. A.; Gaviria, F. M.; Black, E. M.; Altman, E. & Mitchell, T. (1983). The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 140, 473-476.
- Gil Lacruz, M. (2000). *Salud y Fuentes de Apoyo Social. Análisis de una comunidad*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Siglo Veintiuno de España Editores.
- Gordon, R.E. & Gordon K.K (1981) *Systems of treatment for the mentally ill: filling the gaps*. New York: Grune & Stratton, 1981. De la Fuente, R., Medina-Mora, E. y Caraveo J. (1997) *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Gracia Fuster E. (1998) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Primera reimpresión. Editorial Paidós. España.
- Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2001.
- Jacobson, D.E. (1986) Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250-263.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkis, R. & Anderson, P. (2003) Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Juárez, F., Villatoro, J.A. & López, E.K. (2002) *Apuntes de Estadística Inferencial*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Jurado, S., Villegas, ME, Méndez L., Rodríguez F, Loperena, V & Varela R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kazdin, A.E. & Bass, D. (1989) Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kendler, S.K., Gardner, C.O, Prescott, C.A. (2002). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *American Journal of Psychiatry*, 159:7, 1133-1145.
- Kessler, R.C. (2002). *Epidemiology of depression*. Handbook of Depression. Edited by Gotlib I.H. & Hammen C.L. The Guilford Press. New York. London.
- Kessler, R.C., Berglund P., Demler, O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R, Ruch, A.J. The Epidemiology of major depressive disorders: results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (2003a) *JAMA*, Jun 18:289(23):3095-105.

- Kessler, R. C. (2003b) Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Klerman GL & Weissman M.M (1985) Psychiatric Epidemiology and Clinical Psychiatry. *Am J Psychiatry*, Sep , 142 (9), 1123-4.
- Lara, M. A. (1991). Masculinidad-Feminidad y Salud Mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 14, 12-18.
- Lara, M. A., Acevedo, M., López, E.K. & Fernández, M. (1993). La salud emocional y tensiones asociadas a los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Mental*, 16, 13-22.
- Lara, M. A., Fernández, M., Acevedo M. & López, E. K. (1996a). Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación del género. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42, 329-340.
- Lara, M. A., Medina-Mora, M. E., Salgado de Snyder, V. N., Acevedo, M., Díaz-Pérez, M. J. & Villatoro, J. (1996b). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*, 19, 42-49.
- Lara, M. A., Acevedo, M., Luna, S., Weckmann, C., Villarreal, A. L. & Pego, C. (1997). *¿Es difícil ser mujer?. Una guía sobre depresión*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa, Editorial Pax.
- Lara M.A.. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer (1999) *Salud Mental*, Vol. 22, Número Especial, 121-127.
- Lara, M. A., Acevedo, M., Luna, M. S. (2001) *Guía didáctica para el trabajo del material educativo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. México: Editorial Pax.
- Lara, M. A. (2002) *Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención*. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lara, M. A., Navarro, C. Rubí, N. A. & Mondragón, L. (2003a) Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 35-43.
- Lara, M. A., Navarro, C., Rubí, N. A. & Mondragón, L. (2003b) Two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. Compliance and programme assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 43-57.
- Lara, M.A.; Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L, Rubí, NA (2003c). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión. *Salud Mental*, 26, 27-36

- Lara M.A, Navarro, C., Navarrete, L., (2004). Influencia de sucesos vitales y el apoyo social en una Intervención Psicoeducativa para Mujeres con Depresión. *Salud Pública de México*, vol.4, septiembre-octubre, 378-387.
- Lara, M:A., Luna, M.S. y Acevedo, M. Mujeres y depresión (2006) *Manual para Conducir un Programa de Intervención Psicoeducativa. ¿Es difícil ser mujer? una guía sobre depresión*. Editorial Pax México. Instituto Nacional de Psiquiatría. Fundación Gonzalo Río Arronte, I.A.P. México, D.F. En prensa.
- Lara M.A. y Hubard M.T. “Salud Mental de mamás y bebés” Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Material en revisión)
- López- Cabanas, M. & Chacón F. (1999). *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. España: primera reimpression. Editorial Síntesis, S.A.
- McGrath, E., Keita, G., Strickland, B. & Russo, N. (1990). *Women and depression. Risk factors and treatment issues*. Final report of the American Psychological Association’s National Task Force on Women and Depression.
- Medina-Mora, M.E, Tapia R., Mariño M.A., Juárez F., Villatoro, J., Caraveo J., Gómez, M. (1992) Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. Mental disorders in a mexican urban population, results of nacional study, *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3, 48-55
- Medina-Mora M.E., Berenzon S., López L, Caballer & González (1997) El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Suplemento de la Revista Salud Mental*, 20, 30-38.
- Medina-Mora M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, Fleiz, C., et al. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. & Berglund (2007) Psychiatric disorders in México: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190, 521-528.
- Melartin, T.K., Rytälä, H.J., Leskelä, U.S., Lesteä-Mielonen, P.S., Sokero, T., & Isometsä, P.S. (2004). Severity and Comorbidity Predict Episode Duration and Recurrence of DSM-IV Major Depressive Disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 68, 810-819.
- Mendel, J (1989) *La Depresión*. Ediciones Herder. Barcelona.
- Miranda J., Chung JY, Green B.L, Krupnick J., Siddique, J., Revicki D.A. & Belin T. (2003). Treating depression in predominantly low-income young minority womwn: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2, 57-65.

- Monroe, S.M. & Hadjiyannakis, K. *The Social Environment and Depression. Focusing on Severe Life Stress.* En *Handbook of Depression.* Edited by Gotlib I.H. & Hammen C.L. The Guilford Press. New York. London.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research.* Washington, D.C: National Academy Press.
- Muñoz, R. F. & Ying, Y. (1993). *The prevention of depression. Research and practice.* Baltimore and London./Washington, D.C.: Johns Hopkins University Press, Hemisphere Publishing.
- Muñoz, F.R., Le, H.N, Ghosh Ippen Ch., Diaz, M.A., Guido G., Urizar G.G., et al. (2007) Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the “Mamás y bebés/Mothers and Babies Course” *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Harvard university Press. World Health Organization and The World Bank.
- Ogrodniczuck, J.S., Joyce A.S., Piper, W.E. (2003) Changes in perceived social support after group therapy for complicated grief. *J Nerv Ment Dis*, 191, 524-30.
- Paikel, E.S. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl.418), 61-66.
- Pedroza F., Galán S., Martínez K., Oropeza R. y Ayala H. (2002) Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 1, 73-84.
- Penley, J.A., Nwosu, A. & Wiebe J.S. (2003) Psychometric Properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a Medical Sample. *Psychological Assessment*, 15, 569-577.
- Peregrina del Río M. & Beltrán, F.C. (1999) La investigación experimental en psicología. Fundamentos científicos y técnicas. Ediciones Aljibe. Málaga, España.
- Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud. México. Primera Edición, 2001.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol Measurement*, 1, 385-401.
- Robles-García, R., Flores E., Jurado S., Páez, F. (2002) Estudio de la efectividad del entrenamiento asertivo para reducir sintomatología depresiva y ansiosa. *Psiquiatría*, Vol. 18 (3) 176-179.
- Romanov, K., Varjonen, J., Kaprio, J. & Koskenvuo (2003) Life events and depressiveness- the effect of adjustment for psychosocial factors, somatic health and genetic liability. *Acta Psychiatr Scand*, 107, 25-33.

- Salgado de Snyder V.N (1992) El efecto del apoyo social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposa de emigrantes a los Estados Unidos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*,
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983) Assessing Social Support: the Social Support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schwartz, R.S. (2005) Psychotherapy and Social Support: Unsettling Questions. *Harv Rev Psychiatry*, 13, 272-279.
- Seligman, M.E.P., Schulman, P., Derubeis, R.J. & Hollon, S.D. (1999). The Prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2, Article 8.
- Smith A.L. & Weissman M.M. (1991) *Diagnóstico de la Depresión*. Editado por Feighner J.P. y Boyer W.F. Chischester: John Wiley & Sons.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R.V., Beekman, A.T.F., Ormel J. & Nolen W.A. (2004) Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 81, 231-240.
- Spotts E.L., Neiderhiser, J.M., Ganiban, J., Reiss, D., Lichtenstein, P., Hansson, K., Cederblad, M. & Pedersen, N., (2004) Accounting for depressive symptoms in women: a twin study of associations with interpersonal relationships. *Journal of affective Disorder*, 82: 101-111.
- Thase M.E, Jindal R. & Howland R.H. (2002) *Biological Aspect of Depression*. En *Handbook of Depression*. Edited by Gotlib I.H. & Hammen C.L. The Guilford Press. New York. London.
- Torres M., Hernández E. & Ortega H. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14: 1-6.1991.
- Triola, M.F. (2004) *Estadística*. Editorial Pearson Educación. Novena Edición. México.
- Viniegra-Velázquez, L. (2006) Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitas como paradigma. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44, 47-59.
- Wade T.D. & Kendler, K.S. (2000a) Absence of interactions between social support and stressful life events in the prediction of major depression and depressive symptomatology in women. *Psychological Medicine*, vol. 30, 956-974.
- Wade, T.D. & Kendler, K.S (2000b) The relationship between social support and major depression. Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.188. (5), 251-258.
- Weissman M.M, Leaf P.J, Bruce M.L & Florio (1998) The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Am Journal Psychiatry*, 7, 815-9.

- Weinfurt, K.P. (2000) Multivariate Análisis of Variance. En *Reading and Understanding Multivariate Statistics*, edit. by Grimm L.G. & Yarnold, P.R. American Psychological Association. Washington, DC.
- Wetzler S., van Praag H.M & Katz M.M. (1991) *Diagnóstico de la Depresión*. Feighner J.P. y Boyer W.F. [Editores] Chischester: John Wiley & Sons.
- Wildes, J.E., Harkness, K.L. & Simons A.D. (2002) Life events, numbers of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of woman. *Depression and anxiety*, 16:104-113.
- Zlotnick C., Shea M.T., Pilkonis P.A., Elkin I. & Ryan C. (1996) Gender, Type of Treatment, Dysfunctional Attitudes, Social Support, Life Events, and Depressive Symptoms Over Naturalistic Follow-Up. *American Journal Psychiatry*, 153:8, 1021-1027.