

SEGUIMIENTO A DOS AÑOS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA MUJERES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, EN SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA

Ma. Asunción Lara*, Claudia Navarro**, Laura Navarrete***, Liliana Mondragón**, Norma Angélica Rubí**

SUMMARY

Depression is recognized worldwide as one of the main problems of mental health, and the Mexican Department of Health's Programme for Mental Health Action recognizes it as a key problem. This disorder occurs twice as often in women as it does in men, hence the need to seek treatment alternatives for this population as there is a lack of methodologically proven interventions that could be applied as part of public mental health programmes. The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention for women with depressive symptoms, after two years, in comparison to a four month follow-up, to found out whether: 1) there was a continued reduction of depression symptoms (CES-D) and an improvement in self-esteem (Coopersmith); 2) there were differences between the interventions—group and individual—; 3) the participants continued to feel that the intervention had had an influence on their lives and their problems and, 4) participants felt that the intervention should continue to be implemented in the same way or should be modified.

The study was carried out on a sub-sample of 39 women randomly selected from a total of 135 who had participated in the intervention and were evaluated after four months. The study was designed to compare a group condition (GC) with an Individual Minimum Condition (IMC), with pre- and post-treatment (15 days in the GC and one month in the IMC) and follow-up evaluations (4 month and 2 years in both of them). The GC consisted of six two-hour group sessions, organized around the educational material entitled *Is it difficult to be a woman? A Guide to Depression*, while the IMC consisted of an individual orientation session on the use of this educational material.

A Multiple Analysis of Variance (MANOVA) was carried out to evaluate the effectiveness of the model on depressive symptoms (CES-D). No significant differences were found between the GC and IMC, although differences were found over time. In this respect, subsequent analyses show that depression symptoms

significantly increased between the four-month and two-year follow-up although the latter did not exceed pre-treatment evaluation levels. The MANOVA for self-esteem showed similar results: a lack of difference between the interventions yet differences within the groups. In this case, subsequent analyses showed a slight reduction in self-esteem at two years, although the latter continued to be significantly higher than at the pre-treatment stage. The evaluation of the intervention itself showed that a similar percentage to the latter (80%, 63%) continued to feel that the intervention had *had a great influence on their lives and problems*. The reasons they gave for this were that they understood their problems and were able to cope with them better, their mood had improved, they had changed their way of thinking and knew themselves better and were more accepting of themselves. Ninety per cent felt that the intervention should continue to be implemented in the same way. Among the reasons they gave were: the freedom to express themselves (in GC & IMC), the group interaction (GC), the work of the facilitator (GC) and the orientator (IMC) and the fact that the guide helped them with their problems (IMC).

Although the study concludes that both interventions proved effective in reducing depressive symptoms in the short term and improving self-esteem in the short and long term and regarding the participants' satisfaction, there are certain methodological limitations as to the lack of a control group, the rejection of the interview by some women and the size of the sub-sample, that are discussed.

Key words: Psycho-educational intervention, depression, women, prevention.

RESUMEN

La depresión es reconocida mundialmente como uno de los trastornos más importantes de salud mental y el Programa de Acción

* Jefa del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

** Investigadora del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

*** Alumna de Servicio Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido primera versión: 16 de octubre de 2002. Recibido segunda versión: 26 de marzo de 2003. Aceptado: 3 de abril de 2003.

Salud Mental de la SSA la considera un problema prioritario. Dicho trastorno es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, de ahí que exista una mayor necesidad de buscar alternativas para atender a esta población, ya que no se cuenta con intervenciones metodológicamente probadas que puedan formar parte de los programas de salud mental pública. El objetivo del trabajo fue evaluar la efectividad a dos años, con respecto a los 4 meses iniciales, de una intervención psico-educativa realizada en mujeres con síntomas de depresión. Se valoraron los siguientes aspectos: 1) Si la reducción de los síntomas de depresión (CES-D) y la mejoría en la autoestima (Coopersmith) se mantuvieron; 2) Si hubo diferencias entre las intervenciones —grupales e individual mínima—; 3) Si las participantes siguieron considerando que la intervención tuvo influencia en su vida y en sus problemas, y 4) si la intervención debería seguir impartirse de la misma manera o modificarse.

El estudio se llevó a cabo en una submuestra de 39 mujeres seleccionadas al azar del total de 135 que participaron en la intervención y que fueron evaluadas a los cuatro meses. El diseño del estudio fue comparativo entre una condición Grupal (IG) y una Individual Mínima (IIM), con evaluaciones: pre, post-tratamiento (a los quince días en la IG y al mes en la IIM) y con seguimiento (a 4 meses y a 2 años). La IG consistió en seis sesiones de grupo de dos horas, organizadas alrededor del material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión* y la IIM consistió en una sesión de orientación individual sobre el uso de dicho material educativo.

El Análisis de Varianza Múltiple (MANOVA) para evaluar la efectividad del modelo en los síntomas de depresión (CES-D), no mostró diferencias significativas entre las intervenciones (IG e IIM), pero sí a lo largo del tiempo. En este sentido, los análisis posteriores mostraron que los síntomas de depresión se incrementaron significativamente del seguimiento a cuatro meses al seguimiento a dos años, pero no alcanzaron un nivel mayor al encontrado en la evaluación pre-tratamiento. El MANOVA para la autoestima, mostró resultados similares: ausencia de diferencias entre las intervenciones y diferencias al interior de los grupos. Los análisis posteriores, en este caso, señalaron una ligera disminución de la autoestima a los dos años, aunque ésta siguió siendo significativamente mayor que la encontrada en el pre-tratamiento. En cuanto a la evaluación de la intervención misma, un porcentaje similar (80% y 63%) siguió considerando que la intervención tuvo *gran influencia en su vida y en sus problemas*, a los dos años. Las razones que dieron para esta afirmación fueron: que entienden y enfrentan mejor sus problemas, que mejoró su estado de ánimo, que hubo cambios en su forma de pensar y que pudieron conocerse y aceptarse mejor. Noventa por ciento consideró que la intervención debería seguirse realizando de la misma manera. Entre las razones para ello mencionaron: la libertad que tuvieron para expresarse (en IG e IIM), la interacción del grupo (IG), el trabajo de la facilitadora (IG) y de la orientadora (IIM) y que éste fue una guía que les ayudó a resolver sus problemas (IIM).

Si bien se concluye que ambas intervenciones son efectivas para reducir los síntomas de depresión a corto plazo, mejorar la autoestima a corto y largo plazo y respecto a la satisfacción de las participantes, se discuten algunas limitaciones metodológicas como la ausencia de un grupo control, el rechazo a la entrevista por parte de algunas participantes y el tamaño de la submuestra.

Palabras clave: Intervención psicoeducativa, depresión, mujeres, prevención.

ANTECEDENTES

La depresión es reconocida mundialmente como uno de los problemas más importantes de salud mental (24). En México, el Programa de Acción Salud Mental de la Secretaría de Salud (SSA) (21) la considera como un problema prioritario. La prevalencia de este trastorno es similar a la que han documentado otros países (20): la prevalencia de por vida es de 10% en las mujeres y de 5.2% en los hombres (3), en tanto que la prevalencia actual es de 4.1% en las primeras y de 1.6% en los segundos (2). Un dato que se ha obtenido reiteradamente es que las mujeres la padecen dos veces más que los hombres (1, 5, 20), de ahí que haya una mayor necesidad de buscar alternativas para atender a esta población.

En la actualidad, se cuenta con tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para la depresión. No obstante, en la mayoría de los países en desarrollo, dada su baja inversión en salud mental, es utópico pensar que estos medios se hallen disponibles para la población que depende de los servicios públicos. Por tanto, es necesario contar con intervenciones de prevención y de tratamiento breves y metodológicamente probadas, que permitan responder de manera eficaz y eficiente a este problema. Esta reflexión ha llevado al diseño y evaluación de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión. Entre los estudios más relevantes realizados con este propósito se encuentran el de Muñoz y Ying (19), hecho en una población hispana y el de Vega y colaboradores (25, 26) dirigido a mujeres pobres de origen mexicano; ambos en los Estados Unidos.

El estudio tuvo varias fases, de las cuales, aquí sólo se documenta la de seguimiento a dos años, en una submuestra de la muestra original.

Durante la primera fase se desarrolló y evaluó el material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión* (10, 11)*, a partir de estudios previos sobre la salud mental de las mujeres (7, 8). Durante la segunda, se estudió la factibilidad de una intervención preventiva psicoeducativa grupal, estructurada alrededor de dicho material educativo. La población objetivo fue de mujeres con síntomas de depresión, en quienes se buscaba reducir dichos síntomas. Con ello, se pretendía prevenir el riesgo de una posible depresión futura. Los resultados mostraron que la intervención tuvo el efecto deseado en cuanto a la reducción de los síntomas, pese a que 80% (N = 76) de las participantes mostró al inicio elevada sintomatología depresiva, dato que sugería un posible diagnóstico de depresión (12). Debido a su elevado

*LARA MA, ACEVEDO M, BERENZON S: La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. Trabajo no publicado.

número, a las pocas opciones de ayuda profesional con la que cuentan y a que muchas no deseaban tomar medicamentos, se decidió estudiar también la eficacia de la intervención, en este grupo, durante la tercera fase del estudio. De tal manera, la intervención tendría un papel preventivo en unas participantes y de intervención temprana, en otras, según las definiciones de Mrazek y Haggery (18).

En esta fase se propuso un diseño experimental comparativo, entre una intervención de grupo y una individual mínima, con evaluaciones pre, post-tratamiento (a los quince días en la IG y un mes en la IIM) y un seguimiento a los cuatro meses. En cuanto a los resultados, el análisis de varianza mostró una reducción significativa de los síntomas de depresión en las evaluaciones posteriores, sin que se observaran diferencias entre las condiciones grupal e individual. También se observaron cambios significativos en otras variables, como síntomas somáticos de ansiedad y respecto a la autoestima, que se incluyeron para poder contar con más datos sobre la validez interna del estudio (16). Por otra parte, no se encontraron diferencias entre quienes presentaron un diagnóstico de depresión y quienes sólo tenían síntomas moderados o graves. En lo que se refiere a la evaluación de las participantes respecto a la intervención, alrededor de 60% consideró que ésta tuvo *gran influencia en su vida y en sus problemas*, misma que fue mayor en la intervención de grupo. Los motivos para esta respuesta fueron: que lograron entender y enfrentar mejor sus problemas, que mejoró su estado de ánimo, que hubo cambios en su manera de pensar y que pudieron conocerse y aceptarse mejor (15). Un análisis cualitativo del proceso de la intervención de grupo a partir de audiograbaciones, mostró que ésta se realizó con toda fidelidad de acuerdo con lo programado (Lara*).

Posteriormente, se presentó la oportunidad de llevar a cabo el seguimiento de una submuestra de la población (que no se había contemplado desde un inicio) y, aunque se sabe que el efecto de las intervenciones breves se desvanece a lo largo del tiempo (18), se consideró que los datos podrían contribuir a una mejor comprensión de los efectos de la intervención. Los aspectos que se estudiaron fueron: 1) si a los dos años prevalecían la reducción de los síntomas de depresión y la mejoría en la autoestima con relación a la evaluación a cuatro meses y cuál era su grado en cuanto al nivel pre-intervención; ** 2) si había diferencias entre las intervenciones; 3) si las

participantes siguieron empleando las estrategias de autoayuda; 4) se evaluó el grado de influencia que las participantes atribuyen a la intervención, en comparación con la atribuida en la medición anterior; 5) se evaluó la utilización de servicios de salud mental en este periodo, y 6) aunque la intervención no se proponía influir en los casos de depresión mayor, se estudió el efecto en ésta, a dos años.

METODOLOGÍA

Diseño. Como se ha mencionado, el diseño fue comparativo, entre una intervención de grupo (IG) y una individual mínima (IIM). Los escenarios fueron tres centros comunitarios de salud mental (CECOSAM) y un centro de salud de la SSA. Se llevaron a cabo evaluaciones pre, post-tratamiento —a los quince días en la IG y al mes en la IIM— y un seguimiento a los cuatro meses. De las 93 mujeres que completaron la intervención de grupo y de las 42 que recibieron intervención individual y que completaron sus evaluaciones posteriores, se seleccionó, al azar, una submuestra de veinte de cada condición (se anotó en papeletas un número por cada cuestionario y se sacaron cuarenta). Debido a que la intervención en grupo y la orientación individual se realizaron a lo largo de mucho tiempo, entre el fin de la intervención y el segundo seguimiento transcurrieron una media de 22.6 meses (DS = 7.3) y no exactamente dos años para todas. Se optó por este tamaño de la muestra debido a las limitaciones de tiempo y de recursos y tomando en cuenta un número que permitiera utilizar las pruebas estadísticas adecuadas. Cuando se tuvo que sustituir algún caso se seleccionó al número inmediato anterior; si éste ya había sido seleccionado, se eligió el inmediato posterior. Se sustituyeron once casos, seis debido a rechazo de la entrevista (15%) y cuatro por imposibilidad de contactar a la participante por cambio de domicilio o teléfono (10%). En otro caso más no se pudo contactar a la interesada ni fue posible aclarar las razones (2.5%). Tampoco hubo tiempo para sustituirla, por lo que la muestra quedó conformada por 39 sujetos.

Sujetos. Los criterios globales de elegibilidad de la muestra inicial fueron: edad, entre 20 y 45 años, escolaridad mínima de primaria y manifestar sintomatología depresiva moderada o grave (CES-D, siglas en inglés para Escala de Depresión del Centro

*LARA MA, NAVARRO C, ACEVEDO M, BERENZON S, MONDRAGÓN L, RUBI NA: Análisis cuantitativo del proceso de una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. Trabajo no publicado.

** En trabajos anteriores también se incluyen los resultados de síntomas somáticos y de ansiedad (16). Debido a que los resultados en estas variables son similares a los de síntomas de depresión, así como por motivo de espacio, en este trabajo se han omitido.

de Estudios Epidemiológicos) (22). Los criterios de exclusión fueron: presentar un diagnóstico de daño orgánico, de psicosis o de trastorno bipolar (SCID, siglas en inglés para Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R) (23); estar bajo algún otro tratamiento psicológico o psicofarmacológico en el momento del estudio; padecer enfermedad terminal; presentar adicción a sustancias, ideación suicida o haber tenido intentos previos de suicidio; mostrar indicios de incapacidad grave debida a la depresión, y hallarse embarazada (estas últimas con base en preguntas específicas).

Procedimiento. En el seguimiento a dos años se concertó la cita por teléfono para realizar la entrevista en casa de la participante o en uno de los centros de salud. Los motivos que se dieron para ello fueron: “saber cómo se encontraba a partir de la intervención y proporcionarle algunos materiales educativos nuevos”.

Características de la intervención. La intervención de grupo consistió en 6 sesiones semanales de 2 horas. Actuaron como facilitadoras, psicólogas con amplia experiencia. Se elaboró un manual con las especificaciones para conducir las sesiones con el fin de estandarizar su conducción (una versión corregida se publicó posteriormente) (13). En términos generales,

la estructura de la intervención consistió en: inducción y encuadre al inicio de la primera sesión; lecturas del material educativo seguidas de reflexiones y preguntas por parte de las participantes; respuestas y comentarios de la facilitadora y ejercicios de reflexión y terapéuticos para llevarse a cabo en las sesiones y en la casa. En el caso de la intervención individual se dio una orientación (20-30 minutos) al concluir la entrevista de evaluación pre-tratamiento. El objetivo fue motivar y facilitar la lectura del material educativo. Se explicó que éste estaba diseñado para “ayudar a la interesada a hacerle frente a algunos de sus problemas y a reconocer y manejar sus sentimientos de depresión”. Se revisó el contenido de dicho material, al tiempo que se le iba mostrando y explicando (13).

El modelo teórico en el que se fundamenta la intervención se presenta en la figura 1. Incluye tres componentes: el educativo, el psicológico y la intervención en sí: grupal e individual mínima. Se propone que estos componentes conducen, a través de cambios cognoscitivos, conductuales y emocionales, a la reducción de los síntomas de depresión. Un componente más, que atraviesa todos los anteriores, es el componente de género. Con éste se pretende destacar el papel del género femenino en la etiología de la depresión.*

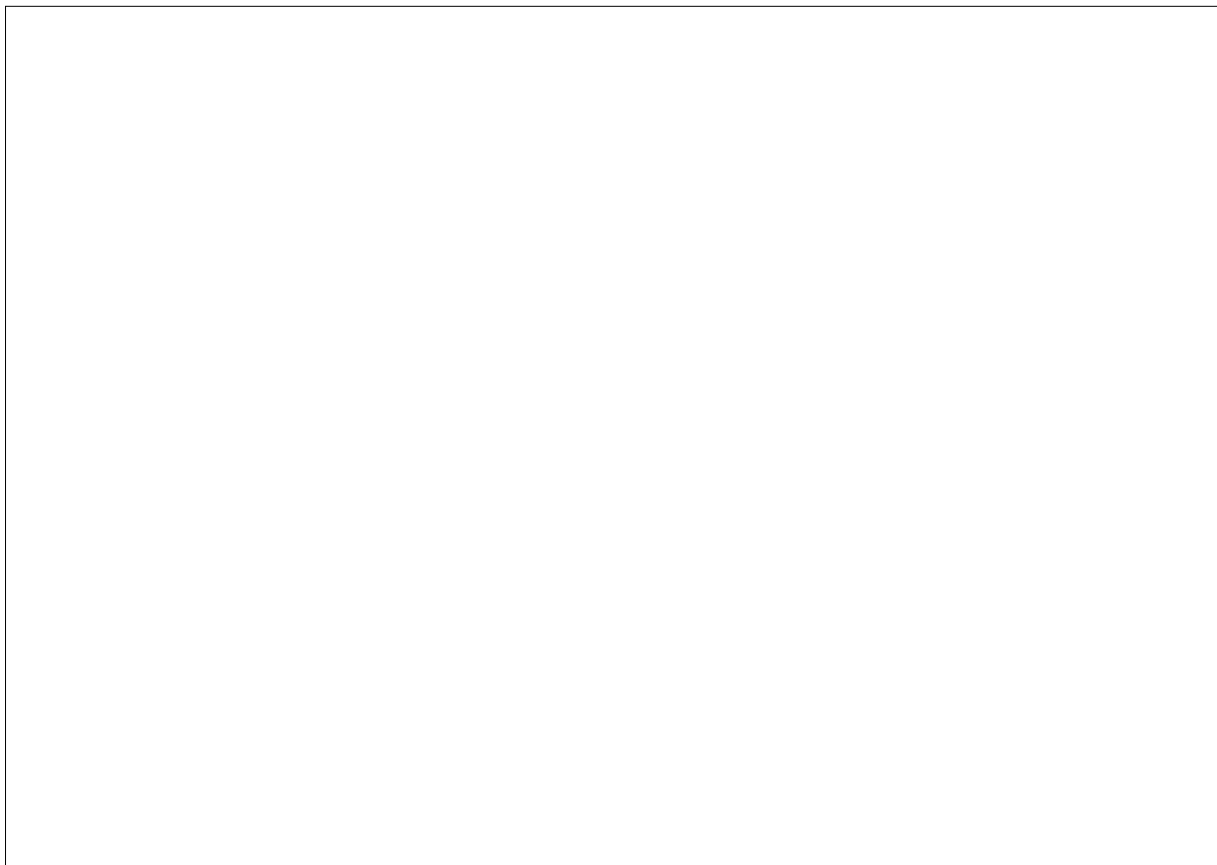


Fig. 1. Modelo conceptual.

Mediciones. La entrevista incluyó varias secciones. 1) *Síntomas de depresión*, evaluados con el CES-D. En este estudio se utilizó la forma usada por Medina Mora y cols. (17), de 3 opciones: 1 = nunca o casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = casi siempre o todo el tiempo. 2) *Autoestima*, evaluada con el Inventario de Autoestima de Coopersmith (4) utilizado anteriormente por Lara y colaboradores (9). 3) *Depresión clínica*. Se evaluó por medio del SCID (23). 4) *Conductas de autoayuda*. Se indagó si se pusieron en práctica las sugerencias hechas durante la intervención. 5) *Influencia de la intervención*. Se evaluó con la pregunta: ¿Tuvo alguna influencia sobre sus problemas o su forma de ver la vida, el hecho de que usted haya participado en el curso/orientación? Las opciones de respuesta fueron: *ninguna influencia, alguna influencia, gran influencia e influencia negativa*; se profundizó sobre las razones para la respuesta, con preguntas abiertas. 6) *Solicitud de ayuda especializada*. Se preguntó si a partir de la última evaluación había iniciado algún tratamiento psicológico o psiquiátrico.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra. La media de edad fue de 35.3 años (DS 6.5); la mayoría de las participantes estaba casada o vivía en unión libre, su escolaridad fue muy variada, la mayor parte tenía estudios de preparatoria o equivalentes (38.7%), y una minoría, sólo de primaria (16.2); de secundaria, 22.9% y profesional, 22.1%. Respecto a la ocupación, casi 65% realizaba alguna actividad económica, de este porcentaje, 54% trabaja de tiempo completo. Treinta y ocho por ciento era la proveedora principal del hogar. En cuanto al ingreso familiar, la media fue de 3,546.39 pesos mensuales** (DS 2285.25); 13.6% recibía menos de 1500.00 y 26% recibía arriba de 4000.00. Otros indicadores socioeconómicos mostraron que 5% tenía una vivienda con un solo cuarto (sin contar cocina y baño), 15% con dos, 19% con tres y 61% con cuatro o más.

Síntomas de depresión (CES-D). Para evaluar el modelo global se realizó un Análisis de Varianza Múltiple (MANOVA) que incluyó (N = 39) las cuatro mediciones y las dos condiciones -IG e IIM- (figura 2). Los resultados, de igual manera que en la muestra total (16), no mostraron diferencias significativas entre las condiciones (F = .142; P = 0.70) pero sí al interior de las mismas (F = 14.23; P = 0.000). Com-

paraciones posteriores (que incluyeron de manera conjunta a los grupos IG e IIM, en vista de que no se observaron diferencias entre ambos) mostraron una reducción significativa, entre la evaluación pre-tratamiento y pos-tratamiento (t = 6.72; P = 0.000) y entre el pre-tratamiento y el seguimiento a cuatro meses (t = 4.65; P = .000). En cuanto a la permanencia de los cambios a los dos años, se observó un incremento significativo de los síntomas entre los cuatro meses y los dos años (t = -2.446; P = 0.057) y, aunque la media en esta última medición fue ligeramente inferior a la de la pre-intervención, no resultó ser estadísticamente significativa (t = 2.335; P = 0.075). *Autoestima* (Coopersmith). En cuanto a esta escala (figura 2), el MANOVA tampoco mostró diferencias significativas entre las condiciones individual y grupal (F = .401; P = .531) pero sí al interior de los grupos (F = 11.76; P = .000). Comparaciones posteriores mostraron un aumento significativo entre la evaluación pre-tratamiento y pos-tratamiento (t = -3.15; P = .009) y entre pre-tratamiento y seguimiento a cuatro meses (t = -5.72; P = .000). A los dos años, se observó una leve disminución no significativa de este aspecto (t = 2.00; P = .156), pero su nivel continuó siendo significativamente mayor al observado en el pre-tratamiento (t = -3.55; P = .003).

Depresión mayor (DSM III-R). Como se puede observar en el Cuadro 1, se presentó una disminución de los casos de depresión (DSM-III-R) de una evaluación a otra. Al estudiar la significancia estadística de esta disminución, con la prueba de McNemar, se encontró que la reducción del número de casos en el seguimiento a dos años, en comparación con el seguimiento a cuatro meses, no fue significativa, pero en comparación con el número de casos de la evaluación pre-tratamiento, sí lo fue. Cabe señalar que en el primer seguimiento se presentaron dos casos nuevos y en el segundo otros dos.

Actividades de autoayuda. En la figura 3 se presenta la gráfica de la práctica de las actividades de autoayuda. Como puede observarse, muchas actividades se dejaron de practicar; tal es el caso de continuar leyendo el material educativo (15% en la IG y 5% en la IIM) y de realizar los ejercicios dirigidos al cambio cognitivo y conductual (10% en la IG y 21% en la IIM). En cuanto a otras actividades, como darse tiempo para ellas mismas (70% en la IG y 58% en la IIM) y escribir sobre sus problemas (20% en la IG y 32% en la IIM), aunque algunas de las participantes dejaron de realizarlas, un número considerable perseveró.***

* Una descripción más detallada de la intervención se puede encontrar en Lara (14).

**Aproximadamente \$359.50 US Dlls.

*** En las evaluaciones anteriores también se incluyó una pregunta sobre si "platicó con alguna persona sobre sus problemas" (15). Por un error mecanográfico ésta no se incluyó en este seguimiento.

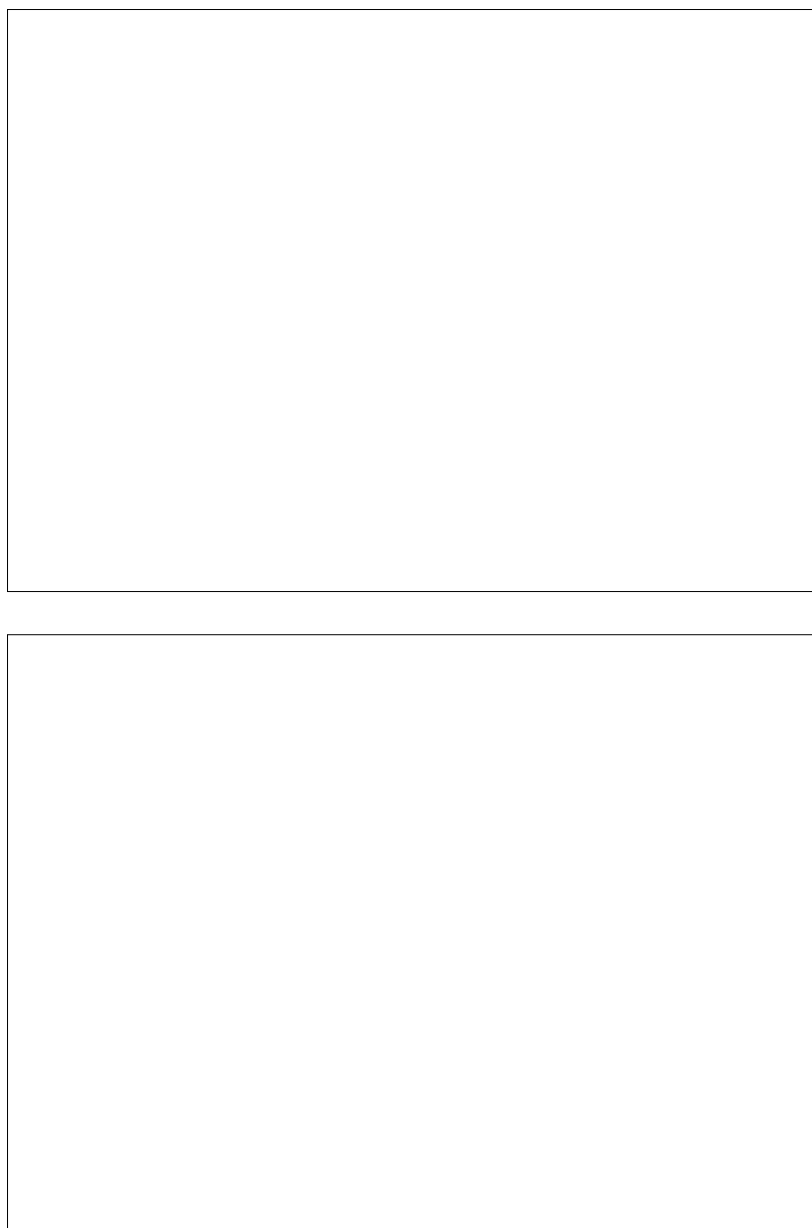


Fig. 2. Efectos de la intervención en síntomas de depresión y autoestima. (N=39)

Influencia de la intervención. En el cuadro 2 se presenta el grado de influencia que las participantes le atribuyeron a la intervención. Esta última varió poco de los cuatro meses a los dos años. Ochenta por ciento en un caso y 60% en otro, manifestó que tuvo *gran influencia en su vida y en sus problemas*. No se observó diferencia en el grado de influencia percibido entre

los cuatro meses y los dos años ($X^2 = 7.241$, $P = .124$) ni entre las condiciones -IG e IIM- a los dos años ($X^2 = 1.547$; $P = .461$).

En el cuadro 3 se presentan las razones por las cuales las participantes consideraron que la intervención

Cuadro 1
Cambio en casos de depresión mayor (DSMIII-R)

		Caso f (%)	No-caso f (%)	Mc Nemar P
Pre-tratamiento	(a)	17 (43.6)	22 (56.4)	
Seguimiento 4 meses	(b)	10 (25.6)	29 (74.4)	c-b .754
Seguimiento 2 años	(c)	8 (20.5)	31 (79.5)	c-a .022

Cuadro 2
Grado de influencia atribuida a cada condición

	IG (n=20)		IIM (n=19)	
	4 meses f (%)	2 años f (%)	4 meses f (%)	2 años f (%)
Influencia negativa	--	--	--	--
Ninguna influencia	1 (5)	1 (5)	2 (10)	1 (5)
Alguna influencia	7 (35)	3 (15)	6 (32)	6 (32)
Gran influencia	12 (60)	16 (80)	11 (58)	12 (63)

Fig. 3. Práctica de actividades de autoayuda después de la intervención.

tuvo *alguna o gran influencia*. Los resultados de las dos intervenciones se presentan juntos debido a que hay un número muy reducido de respuestas en cada categoría y a que no se observaron grandes diferencias entre las condiciones existentes. Una excepción a esta última aseveración es la de la categoría *se conoce y acepta mejor*, cuyas cinco respuestas corresponden a la intervención de grupo. Por otro lado, se puede observar que no hay grandes diferencias entre los dos seguimientos, aunque las más significativas señalan que un mayor número de participantes informa que *enfrenta mejor sus problemas* y que *cambió su forma de pensar* y disminuye el número que señala que *entiende mejor sus problemas* y que *mejoró su estado de ánimo*. *Evaluación de la intervención.* Respecto a si la intervención debería continuarse de la misma manera o si debería cambiar, 90% respondió que debería mantenerse tal como estaba. Las razones que adujeron fueron: a) la libertad que daba para expresarse (27% en la IG; 6% en la IIM), b) la interacción que se dio en el grupo (IG: 22%); c) el trabajo de la facilitadora (IG: 50%) y de la orientadora (IIM: 76%) y d) el hecho de que fue una guía que les ayudó con sus problemas (IIM: 18%). De las cuatro mujeres que sugirieron que la intervención debería modificarse, tres objetaron que era corto el tiempo de la misma y una señaló que su visión de la mujer no coincide con la que maneja el grupo. La sugerencia más frecuente

fue que la intervención debería ser más prolongada (64%).

Solicitud de ayuda. Tres (7.7%) participantes solicitaron ayuda durante este periodo, debido a los problemas con sus hijos y a sus propios conflictos emocionales. Las principales razones para no haber solicitado ayuda fueron: que no consideraron tener un problema grave y que ese no era el momento.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue realizar el seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en una submuestra de la muestra original. El diseño de la

Cuadro 3
Razones por las que percibe que la intervención tuvo "alguna" o "gran" influencia

	Seguimiento 4 meses f (%)	Seguimiento 2 años f (%)
Mejoría en estado de ánimo	10 (27.8)	7 (18.9)
Enfrenta mejor sus problemas	5 (13.9)	10 (27.0)
Entiende mejor sus problemas	4 (11.1)	1 (2.7)
Cambio en forma de pensar	2 (5.6)	9 (24.3)
Se conoce y se acepta	8 (22.2)	5 (13.5)
Obtuvo información y conocimientos	2 (5.6)	3 (8.1)
Otros	5 (13.9)	2 (5.4)

investigación fue comparativo entre una intervención grupal (seis sesiones) y una intervención individual mínima (orientación más material educativo). Las receptoras de la intervención fueron mujeres con síntomas de depresión.

Las condiciones de las participantes en ambos grupos –IG e IIM– fueron muy similares en diversos aspectos: edad media de 35 años; en su mayoría casadas o en unión libre (66%); escolaridad muy variada que incluyó todos los niveles; ingreso medio de 3,546 pesos, y 39%, viviendas de entre una y tres habitaciones. Estos datos sugieren que provenían de niveles socioeconómicos medio bajo y bajo.

Los análisis de varianza de la submuestra de este estudio para pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a cuatro meses, fueron similares a los observados en la muestra total (16) en cuanto a que no mostraron diferencias respecto a la efectividad entre las intervenciones grupal e individual, en los síntomas depresivos ni en la autoestima y sí al interior de los grupos. En este sentido, se observó una disminución significativa de los síntomas depresivos y un incremento de la autoestima entre el periodo de evaluación pre-tratamiento y pos-tratamiento y entre el pre-tratamiento y el seguimiento a cuatro meses. La similitud de resultados entre la muestra original y la submuestra era de esperarse, en vista de que la segunda fue seleccionada al azar. Esto sugiere que dicha selección no se vio visiblemente afectada por los casos en los que, por rechazo a la entrevista, hubo que hacer sustituciones; de ahí que los resultados pueden generalizarse a la muestra original. En cuanto a la permanencia de los efectos a lo largo de dos años, que dio origen a este estudio, se observó que la reducción de los síntomas de la depresión alcanzada en las evaluaciones previas no se mantuvo a los dos años, pero su nivel no fue mayor que el de la pre-intervención. Por lo que a la autoestima se refiere, pese que hubo un ligero decremento a los dos años, se mantuvo a un nivel significativamente más alto que en la pre-intervención. La observación de Mrazek y Haggery (18) respecto a que el efecto de las intervenciones breves se desvanece a lo largo del tiempo, se ve confirmada en este estudio respecto a los síntomas de depresión. Esto también lo han comprobado Allart y Hosman* mediante otros programas psicoeducativos similares.

Aun considerando que este resultado es previsible en este tipo de intervenciones, se puede formular la

hipótesis de que, incluso si la intervención continúa siendo breve, el prolongarla por unas cuantas sesiones para reforzar los aspectos psicológicos (en especial los cognitivo-conductales) orientados hacia los síntomas de depresión, podría mejorar sus efectos a largo plazo. Sin embargo, no puede olvidarse que los síntomas de la depresión también tienen relación con las condiciones de vida de las participantes, condiciones sobre las cuales es difícil incidir. Por otra parte, la mejoría en la autoestima se mantuvo, lo que indica que la intervención, pese a su brevedad, alcanza un mayor éxito en este aspecto. Debido a que en el presente trabajo no se estudió la influencia de los diversos componentes del modelo de intervención, no se cuenta con los elementos que permitan discutir por qué fueron mejores los resultados en el área de la autoestima.

Algunas explicaciones de por qué la IIM es igualmente efectiva que la IG, pese a que esta última es más prolongada (16), las podemos encontrar en la evaluación que hicieron las mismas participantes sobre la intervención, tal como se verá más adelante. No obstante, algo que debe considerarse, es la contribución adicional que tuvieron las evaluaciones, tanto la inicial como las subsecuentes, a la orientación proporcionada y al material educativo. A este respecto, se observó, que algunas participantes consideraron que la evaluación inicial era una oportunidad para hablar de problemas importantes para ellas, y que las evaluaciones posteriores les permitían recibir retroalimentación y les daban la oportunidad de ventilar sus dudas y dificultades. Tomando lo anterior en consideración, puede afirmarse que la intervención individual mínima se prolonga un poco más que una orientación de sólo 30 minutos. Otros factores que pudieron haber contribuido, son la pertinencia del material educativo y el acertado papel de las orientadoras, sin olvidar que toda intervención tiene como factor común el “levantar la moral” de los beneficiarios (6).

El efecto de la intervención sobre la depresión mayor (DSM-III-R), sin ser un objetivo específico del estudio, también fue evaluado. A los dos años, los resultados mostraron una reducción significativa del número de casos con respecto al nivel inicial; periodo en el cual se presentaron sólo cuatro casos nuevos. Si bien este dato es muy alentador, en ausencia de un grupo control es difícil conocer su verdadero significado. Más adelante este aspecto se discutirá más ampliamente.

En lo que se refiere a la evaluación de la intervención misma, pese a que la reducción de los síntomas de depresión no se mantuvo a los dos años, la mayoría de las participantes consideró que la intervención tuvo

* Trabajo presentado en: The Second World Conference The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental Disorders. The Commonwealth Conference and Events Centre. Royal Kensington and Chelsea. Inglaterra, 11-13 de septiembre, 2002.

gran influencia en su vida y en sus problemas, sin que se encontraran diferencias entre las condiciones –de grupo e individual– ni de tiempo –cuatro meses y dos años. Las razones que dieron las interesadas para explicar esta influencia –durante este periodo–, son similares a las que se mencionaron anteriormente (15). A los dos años, no obstante, variaron las respuestas en cada categoría: un número menor informó que *entendía mejor sus problemas*, posiblemente porque esta situación se dio con más frecuencia durante el primer contacto con el material educativo; también, fue menor el número de quienes consideran que *mejoró su estado de ánimo*, lo que concuerda con el incremento de los síntomas de depresión durante este periodo. Por otra parte, son más las que afirmaron que *enfrentaban mejor sus problemas* y que *cambió su forma de pensar*. Esto último es un efecto muy positivo de la intervención. En estudios posteriores será necesario investigar el peso que tienen estos elementos en la modificación de los síntomas de depresión.

La mayoría evaluó el contenido y el proceso de la intervención de manera muy positiva: en la intervención grupal las participantes apreciaron la libertad de expresarse, la interacción del grupo y el trabajo de la facilitadora; en la intervención individual mínima, el trabajo de la orientadora y la guía recibida. La sugerencia más frecuente fue que la intervención podría ser más prolongada, lo cual concuerda con lo que sugieren otros resultados, tal como se ha mencionado anteriormente.

Otros datos que vale la pena comentar, son: que fue el mayor porcentaje, de quienes en la intervención de grupo, mencionaron que se conocían y aceptaban mejor; esto le daría cierta ventaja a la intervención grupal sobre la individual. En otro ámbito, el de que más de la mitad de los participantes siguiera dándose tiempo a sí misma y de que cerca de una tercera parte recurriera a la escritura como medio para entender sus problemas, es un logro importante dentro de los objetivos de la intervención. También es positivo que algunas solicitaran ayuda formal durante este periodo, ya que un objetivo fue el de motivarlas a que lo hicieran si lo consideraban necesario.

Si bien se puede concluir que ambas intervenciones son efectivas para reducir los síntomas de depresión a corto plazo y para mejorar la autoestima a corto y a largo plazo, hay que tomar estos resultados con cautela en vista de que existen algunas limitaciones metodológicas. Las más importantes, además de las ya mencionadas anteriormente (16) son: la ausencia de un grupo control, el rechazo a la entrevista por parte de algunas mujeres y el tamaño de la submuestra.

En cuanto al primer aspecto, aunque hubo razones de peso para no incluirlo (16) y se buscó suplir las

carencias con un grupo comparativo y por medio de evaluaciones antes y después –buscando que los sujetos fueran sus propios controles– no deja de ser una limitación ya que no se puede precisar cuál hubiera sido el curso *natural* de las variables estudiadas. Sin embargo, hay otros datos a favor de la validez interna, por ejemplo, que el grado de mejoría esté relacionado con la intensidad de la intervención y con el efecto en otras variables relacionadas con la depresión, entre éstas la ansiedad, la somatización y la autoestima (14, 16). El rechazo a la entrevista de 15% de la muestra es también una limitación importante, aunque como se pudo observar, parece que no tuvo un efecto mayor. En las evaluaciones previas algunas participantes rechazaron la entrevista por motivos de trabajo, por no considerarla de utilidad o porque sus parejas se oponían; aún así no se puede excluir la posibilidad de que algunas no la hayan aceptado porque no vieron resultados satisfactorios. Finalmente, el tamaño de la muestra es ciertamente muy pequeño, lo que influye, sobre todo, en que los análisis tengan poca fuerza para rechazar la hipótesis nula.

Es importante subrayar que evaluar intervenciones, ya sea de prevención o de tratamiento, es metodológicamente muy complicado y más cuando se lleva a cabo en escenarios naturales. Como Ilgen (1986) señala, las ventajas de los estudios que se hacen en ambientes naturales, se pagan con la pérdida de control metodológico (6). Pese a estas limitaciones los datos del estudio proporcionan elementos importantes sobre la efectividad y eficiencia de esta propuesta, en sus dos modalidades, lo que la hace merecedora de futuras investigaciones.

Agradecimientos

Este proyecto fue parcialmente financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Proyecto 26026-H. Agradecemos la colaboración de los Centros Comunitarios de Salud Mental Iztapalapa, Zacatenco y Cuauhtémoc y al Centro de Salud José Castro Villagrana de la SSA y a las psicólogas Maricarmen Acevedo y Socorro Luna.

REFERENCIAS

1. BEBBINGTON P: The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *Intern Rev Psychiatry*, 8:295-332, 1996.
2. BERENZON S, MEDINA-MORA ME, LOPEZ EK, GONZALEZ J: Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Rev Mexicana Psicología*, 15(2):177-185, 1998.
3. CARAVEO J, COLMENARES E, SALDIVAR G: Estudio epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22(2):7-17, 1999.
4. COOPERSMITH S: *The Antecedents of Self-esteem*. Consulting Psychologists' Press. Palo Alto, 1981.

5. DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A: *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford University Press, Nueva York, 1995.
6. KLEIN DF: (1997, September 22). Control groups in pharmacotherapy and psychotherapy evaluations. *Treatment, I*(Article 1). Retrieved from World Wide Web: http://journals.apa.org/prevention/volume1/97_al.html
7. LARA MA: Masculinidad-feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 14(1):12-18, 1991.
8. LARA MA, ACEVEDO M, LOPEZ EK, FERNANDEZ M: La salud emocional y tensiones asociadas a los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Mental*, 16(2): 13-22, 1993a.
9. LARA MA, VERDUZCO MA, ACEVEDO M, CORTES J: Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Rev Latinoamericana Psicología*, 25:(2)247-255, 1993b.
10. LARA MA, ACEVEDO M, LUNA S, WECKMANN C, VILLARREAL AL, PEGO C: *¿Es Difícil ser Mujer? Una Guía sobre Depresión*. Editorial Pax, México, 1997.
11. LARA MA, ACEVEDO M, LOPEZ EK: La investigación aplicada a la educación para la salud. El caso de la depresión en las mujeres. *Psicología y Salud. Nueva Epoca*, 12, julio-diciembre: 55-66, 1998.
12. LARA MA, MONDRAGON L, RUBI NA: Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. *Salud Mental*, 22(4):41-48, 1999.
13. LARA MA, ACEVEDO M, LUNA MS: Guía didáctica para el trabajo del material educativo. *¿Es Difícil ser Mujer? Una Guía sobre Depresión*. Ed. Pax, México, 2001.
14. LARA MA: *Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención*. Tesis de doctorado en ciencias. Facultad de Medicina, UNAM, 2002.
15. LARA MA, NAVARRO C, RUBI NA, MONDRAGON L: Two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. Compliance and programme assessment. *Intern J Social Psychiatry*, 49(1):43-57, 2003.
16. LARA MA, NAVARRO C, RUBI NA, MONDRAGON L: Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *Am J Orthopsychiatry*, 73(1):35-43, 2003.
17. MEDINA-MORA ME, TAPIA R, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3:48-55, México, 1992.
18. MRAZEK PJ, HAGGERY RJ: *Reducing Risks for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press, Washington, 1994.
19. MUÑOZ RF, YING Y: *The Prevention of Depression. Research and Practice*. Johns Hopkins University Press. Hemisphere Publishing, Baltimore, Londres/Washington, 1993.
20. PICCINELLI M, GOMEZ HF: *Gender Differences in the Epidemiology of Affective Disorders and Schizophrenia*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization, Ginebra, 1997.
21. PROGRAMA DE ACCION: *Salud Mental. Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Secretaría de Salud, 2001.
22. RADLOFF L: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1:385-401, 1977.
23. SPITZER RL, WILLIAMS JBW, GIBBON M: *Guía del Usuario para La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID)*. Departamento de Psiquiatría, Investigaciones Biomédicas de la Universidad de Columbia, Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York. American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1988.
24. *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO, 2001.
25. VEGA WA, MURPHY J: Proyecto Bienestar: An example of a community-based intervention. En: Westport CT. *Culture and the Restructuring of Community Mental Health: Contributions in Psychology*. Series No. 16. Greenwood Press, 103-122, 1990.
26. VEGA WA, VALLE R, KOLODY B, HOUGH R: The hispanic social network prevention intervention study: A community-based randomised trial. En: Muñoz RF: *Depression Prevention: Research Directions*. Hemisphere Publishing, 217-231, Washington, 1987.