

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

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

Summary

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

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

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

In the first trail, only three women out of 36 pre-assessed attended the session. Therefore, the intervention was not carried out. This experience suggested important changes in the following trails. In the four-session trail, 20 women were preassessed; from 65 to 85 % attended the sessions. Results showed a reduction in all measurements. Changes in the percentage of cases in the post-evaluation (n=18) and follow up (n=14) from the total number of subjects at pre-assessment were as follows: from 75 % to 25 % to 35 % in the MHQ5; from 80 % to 45 % to 45 % in the CES-D, and from 35 % to 25 % to 20 % in somatic symptoms. In the one session trail, 30 women were assessed and attended the session, and only 19 were post-assessed. No follow up was carried out as the aims of the pilot study were reached. Changes were observed in the MHQ5 from 53 % to 20 %. In the CES-D, from 77 % to 33 %; and in somatic symptoms from 43 % to 13 %. Knowledge on depression was not modified as a result of the intervention. In both trails, self-help strategies (reading the book on their

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

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

Key words: Depression, woman, prevention, treatment.

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

sola sesión, se evaluaron inicialmente 30 mujeres, de las cuales todas asistieron a la sesión y sólo 19 a la post-evaluación. No se llevó a cabo el seguimiento debido al desarrollo del proyecto. En el MHQ5 se observó un cambio de 53 % a 20 %; en el CES-D de 77 % a 33 %, y en la escala de somatización de 43 % a 13 %. En cuanto a la adquisición de conocimientos sobre la depresión no se observaron modificaciones en ninguna de las dos intervenciones. En cuanto a las estrategias de autoayuda, un porcentaje de entre 47 % y 94 % llevó a cabo alguna de ellas (leyeron el libro por su cuenta, destinaron algún tiempo para ellas mismas, platicaron con alguien sobre sus problemas, escribieron sobre sus problemas, e hicieron los ejercicios sugeridos en el libro).

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

Palabras clave: Depresión, mujeres, prevención, tratamiento.

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

*** Por ejemplo: The Defeat Depression Campaign, en Inglaterra (Priest, 1994) y el Depression awareness, recognition, and treatment. Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. 1993.

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

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

Sujetos

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

Procedimiento

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

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

Diseño

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

Instrumentos de medición

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

Resultados

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

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

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

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

*** MHQ5: Mental Health Questionnaire (MHQ5), descrito originalmente por Ware, Johnston y Davies-Avery (1979) en Berwick y cols. (1991). Detecta trastornos que incluyen depresión mayor, trastornos afectivos generales y trastornos de ansiedad. El MHQ5 se deriva del MH118 que a su vez se deriva del MHI de 38 reactivos; es una forma corta de 5 reactivos, que evalúa la presencia de síntomas durante el último mes con base en una escala de Likert de 6 puntos. Permite detectar a la mayoría de las personas con un trastorno según el DSM, con una tasa baja de falsos positivos.

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

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

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

CUADRO 1
Primer ensayo. Características
sociodemográficas y psicológicas

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

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

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

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

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

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

CUADRO 2
Segundo ensayo. Características
sociodemográficas y psicológicas

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

CUADRO 3
Segundo ensayo. Cambios en la sintomatología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUADRO 4
Tercer ensayo. Características
sociodemográficas y psicológicas

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

CUADRO 5
Tercer ensayo. Cambios en la sintomatología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En resumen, con este estudio se obtuvo experiencia

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

Agradecimientos

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

REFERENCIAS

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

RESPUESTAS DE LA SECCION AVANCES EN LA PSIQUIATRIA Autoevaluación

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