

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

“Intervención psicoterapéutica en madres con sintomatología depresiva postparto.

Efecto en calidad vincular y funciones cognitivas”

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

BRISA ISABEL SALCEDO SAAVEDRA

Directora de Tesis:

Mtra. Iliana Murguía Álvarez-Rubio

Codirectora de Tesis

Dra. Bruma Palacios Hernández

Comité Revisor

- Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda
- Dr. Luis Pérez Álvarez
- Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Junio, 2021



Cuernavaca Mor., a 24 de Mayo de 2021
FPSIC/SPOSG/MAEST/2021/261
ASUNTO: Votos Aprobatorios

**DR. GABRIEL DORANTES ARGANDAR
COORDINADOR ACADÉMICO
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E**

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **“Intervención psicoterapéutica en madres con sintomatología depresiva postparto, Efecto en calidad vincular y funciones cognitivas”** trabajo que presenta la C. **“Brisa Isabel Salcedo Saavedra”**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO	X		
DRA. BRUMA PALACIOS HERNÁNDEZ	X		
DRA. ELIZABETH AVELEYRA OJEDA	X		
MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL	X		
DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ	X		

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo



Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2021-05-24 19:29:52 | Firmante
nAPm8KYRlIN/5vUaqU5iczp6xR8+*6fVwQk238YCTIQwjzG COVbCMVVO110JQWb2Zn5gn 13glNZWwENJ4X5eMYh9J4TVrH71EtpmC2LX7M3ENJHGBjneXHP17d36hgjpB9pa CgvTSq3VuuJHLHDslDw4LxW4LbVHEEnip6/u2CuHxvXqH+JXs0cBn7mx51q/eH0IPRK9x4QRZZohGfnSPO7FyqrmP2MGk641GqAwMm8rof8nFdeH0b5Z0P4XzDIPuZYg2GNBz OIMR5e3zBT7HBSRDJxV7OonFIAKXkQC7rXDG/halUjS8tgkCs17R0ohcXV/NeaOpcH4xGdbysw==

ILIANA MURGUIA ALVAREZ RUBIO | Fecha:2021-05-24 22:48:27 | Firmante
hrTE9y2bi2PYZvBc8yl4yN5vSr0r8XijEaVpv0QemPKhSFVt9jxFOhXYTrt5vU/gx20T5vGuTQRNUL+OARQLDrVM0Poz3iYXAZiAlv4IMQ7g7Zhv+*zqTxPs9DnFcr65auDvkc8V TIh+m7nKYpROEdYnFFbIO6DpRNEpQ/ma1e/tcTih0Sj+Qo80BnSQ9FsfobeV7vED9QoPyxXu3muF70afqCm+0sJr1DaxF5npG+08D451r77+*wY8F01pVoCKqY9F+a0Srn/6Xt+a BGdsFYVY3b+W1d5xhJjVvV/x32clrvB+M0fDezO/UK4WCAFBtmYWhbT3o1W01nw==

BRUMA PALACIOS HERNANDEZ | Fecha:2021-05-25 09:09:08 | Firmante
hpUUAhJ2eWzZnjaUFAZvA0VdEBxYZBel1cMIL2z02cCpy/wYQ7cNrmH7lC8yY2Aa0ELiLAgH6nEqhwh+PjY2rd8N/CcZB8vaXmUibLsbSyf93UCfXiaAiUgNZGiuyFmZvB9U1Mw NoZqffOwym82qSmRaJU6z5nO6naDCC61a4zwc1JrE56mVA7MGY0io7qoJz1Tp/dX294+aOHTIQwMzgxNAT1dY59AkAOInZVE8ho/6fb41UNsbKN34KuNeEuplmEZCjffQDzNbx c7SjSUQlnd+vFH/QOThUC54QQAzcLdR1251slUEEbBukpmpgn9SvDDOTYaNBebQvCoW550cQ==

ELIZABETH AVELEYRA OJEDA | Fecha:2021-05-27 12:34:04 | Firmante
pszIV9G1AxN2oxQrXqs1ykOumjs4afDW/GAUoFdhWMSbCDqFaKy1gr7CoMJhTwTQQUXveL6Rih/CoX7h+QyKPOCoMV8Ldu1g9C/YnbtTnzfzPmkqPoD9X+qWCU64qTovYISlu Y7Ullfz9Yuyqcnu3q5qXW73NoAmFnxVgBwm34qAG5J3CqYu8EDXNHbulcfmZiABtnRQUZk5fLXns5CLQryKE5MzAMxAmk3k1vixhwc9x24wtnAfoZQDbMgFtVgBaLmc1On yaSm5qx3iH6vGbmUsL+gyY/ClV2NE06KvNTj/sTOuoT2X13Os4em3/48pthhvSA7rlytBnBQ==

LUZ XIMENA RAMIREZ BASSAIL | Fecha:2021-05-27 13:49:17 | Firmante
43KFLA6SuVfyZn74ghdu2dvw+mvRm1d94li1F4Xt6QyJOrMf36nKqCvCbiYLS7XqqVwsxYJShHOKseKfib9cnn3N6ya7QGpzkLkYTC9I28xhGA0145B32FSjHfp+88X7OtkFwAy 2MokUYZ8XqOuidf7cu+*t1oRjD1H2TmyJBQzb9D6r4wa6oBmwxqlJcl8iRPOLUzY4yNoGGJiprPoeP4lwJyQlMo7za4Y7ydTO7N+aoOvQPY5G5irDIDXtYMSDRYSeAPdJyAGe TyG+wUjZYVHTQYff0c1FTIjhxR+*8FPMCLD6M0hYJGREukn8D1ODYUgEzpbBMI1C3g==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



7JIKz0

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/zpOxHTGfll6ztxVvH14Gs7OdpB6J8Dgix>



Una universidad de excelencia

RECTORÍA
2017-2023

Esta tesis está dedicada a todas esas mujeres que se sienten sin salida en la maternidad y que la pandemia las ha hecho sentir aún más atrapadas.

“Lo más enriquecedor fue el no sentirte sola y pensar que eres la única mamá que está pasando por esto de LA MATERNIDAD que nadie te enseña a como ser mamá, y esto aplica con 1,2,4,9 hijos por que cada maternidad, cada hijo es distinto y cómo lo vives en el tiempo es diferente”

---PT014,

22/04/2020

Comentario de una madre participante de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por haberme permitido cometer todos los aciertos y desatinos necesarios para poder estar hoy en donde estoy, no cabe duda de que sus tiempos son perfectos.

A mi mami hermosa, **Irmitta**, que me acompaño en esta aventura desde el comienzo, apoyándome en cada momento, en cada desvelo, en cada crisis y en cada satisfacción. Gracias por ser la mejor mami de todas, gracias por impulsarme siempre a ir más allá de los límites y más que nada gracias por ser quien tú eres: mi mejor amiga, mi hermana, mi guía, mi fortaleza, mi cómplice. Te admiro y Te amo 196415 hoy, mañana y siempre.

A mi futuro esposo, **Michael**, desde el momento en que te conocí mi vida cambio por completo. Gracias por apoyarme incondicionalmente, por impulsarme a nunca darme por vencida y gracias por caminar a mi lado en todo momento. Du bist mein Lieblingsmensch und mit dir möchte ich die beste Version von mir sein. Ich liebe dich mein Schicksalsbärchen. Für uns werde ich unsere Träume wahr machen.. M&B für immer und ewig.

A la Facultad de Psicología de la UAEM, mi alma Mater que me ha formado para ser una mejor profesionista y persona.

A mi directora de tesis, la Mtra. Iliana Murguía Álvarez-Rubio y codirectora la Dra. Bruma Palacios-Hernández, porque sin su guía, paciencia, apoyo y comprensión esta tesis no habría sido lo mismo.

A mi Comité Revisor, por su tiempo, sus observaciones y sus comentarios que retroalimentar y enriquecieron a esta tesis y a su vez a mi como persona y profesionista.

A mis colaboradores Mafer, Mario y Jordi, gracias por todo el tiempo, apoyo y dedicación que pusieron en el proyecto, son grandes psicólogos y grandes personas, nunca se detengan y luchen por sus metas y sueños.

A mis compañeros y amigos de psicoterapia, mis pajarillos multicolor: Jacky, Roy y Muro, gracias por compartir conmigo el estrés, las alegrías, las crisis y los festejos, sin ustedes la maestría no habría sido igual, los quiero.

Y sobre todo a todas y cada una de las madres que participaron en este proyecto. Gracias por la confianza que depositaron en nosotros y en el proyecto, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

DEDICATORIA

Este trabajo, un logro más de tantas metas en mi carrera profesional que me quedan por cumplir, quiero dedicarlo con todo mi amor y orgullo a **MI FAMILIA, mi mamá Irma y mis abuelitos Ernesto e Irma**. Quienes desde pequeña han estado a mi lado sin importar nada, ustedes son mi orgullo y mi inspiración, gracias por enseñarme a ser una mujer independiente y capaz, ustedes son mi pequeña gran familia de 4 y estemos dónde estemos siempre los llevo en mi corazón.

Mamá, esta tesis es tan tuya como mía, aquí están los resultados de nuestro trabajo, y digo nuestro porque desde que tengo memoria tú has sido quien siempre ha estado a mi lado, tú me enseñaste el maravilloso mundo de la psicología y cada día me sigues enseñando más y más de ella y de la vida en general. Tú eres mi ejemplo a seguir, mi mayor orgullo y mi psicóloga favorita; sin importar la distancia, siempre estaremos juntas. TE AMO 196415, nunca lo olvides.

Michael, mein Leben, meine Liebe, ich widme dir, meiner neuen Familie, diese These. Seit wir uns kennengelernt haben, hast du mich in jeder Phase des Aufbaus dieser Arbeit unterstützt und jetzt, da sie endlich fertig ist, ist sie auch ein Symbol für das neue Leben, das wir als eine neue Familie beginnen werden. Neue Herausforderungen und neue Abenteuer erwarten uns gemeinsam, dies ist nur der Anfang des Restes unseres Lebens. ICH LIEBE DICH FÜR IMMER UND EWIG.

Contenido

Resumen	1
1. Introducción	2
2. Justificación	3
3. Planteamiento del problema	8
Pregunta de investigación	10
4. MARCO TEÓRICO	11
Capítulo I: DEPRESIÓN: SINTOMATOLOGÍA Y SU IMPACTO PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL	11
Depresión: Concepto y clasificación	11
Aparición en el posparto.	13
Etiología y Factores de riesgo	15
Síntomas depresivos y el cerebro materno en el Posparto.	16
Capítulo II: LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.	17
Definición de las Funciones Cognitivas	17
Sintomatología depresiva y funciones cognitivas	18
Cambios cognitivos durante el posparto	23
Funciones cognitivas en la maternidad	25
Funciones cognitivas y depresión perinatal	27
Capítulo III: LA CALIDAD VINCULAR EN MADRES CON SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	29
Vínculo Materno-Infantil.	29
Proceso de vinculación madre-infante	29
Alteración del vínculo materno-infantil y sintomatología depresiva	31
Factores de riesgo	32
Criterios Diagnósticos	34
Neurobiología del Vínculo Madre-bebé	35
Sintomatología depresiva y calidad vincular	36
Capítulo IV: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	38
Comorbilidad entre depresión y ansiedad	38
Ansiedad perinatal	41

Depresión y ansiedad en contingencia COVID-19	43
Técnicas para el manejo de la ansiedad	45
Capítulo V: PSICOTERAPIA INTERPERSONAL GRUPAL	47
Psicoterapia grupal Breve en sintomatología depresiva y dificultades vinculares.....	47
Psicoterapia interpersonal para sintomatología depresiva	49
Psicoterapia grupal interpersonal en sintomatología depresiva en el posparto y la relación madre-bebé.	53
Intervenciones de Tele-psicología durante el COVID-19	53
5. OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN	55
Objetivos específicos:	55
Hipótesis	56
6. MÉTODO	57
Tipo, modelo o enfoque de intervención.	57
Participantes y Escenario	58
Instrumentos y Técnicas de recolección de datos.....	62
8. PROCEDIMIENTO	65
Primera etapa: contacto y evaluación psicológica.....	65
Segunda etapa: Implementación del programa de intervención breve.....	67
9. ANÁLISIS DE DATOS	70
10. ASPECTOS ÉTICOS.	73
11. RESULTADOS	74
12. DISCUSIÓN	120
13. CONCLUSIONES.....	140
REFERENCIAS	145
ANEXOS	151

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	13
Tabla 2.....	14
Tabla 3.....	16
Tabla 4.....	19
Tabla 5.....	33
Tabla 6.....	34
Tabla 7.....	61
Tabla 8.....	70
Tabla 9.....	71
Tabla 10.....	101
Tabla 11.....	103
Tabla 12.....	106
Tabla 13.....	116
Tabla 14.....	118
Tabla 15.....	119

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.....	59
Gráfica 2.....	102
Gráfica 3.....	104
Gráfica 4.....	107
Gráfica 5.....	109
Gráfica 6.....	111
Gráfica 7.....	113

Resumen.

Este es un estudio transversal, con una muestra por conveniencia con evaluación pre y post intervención. El grupo experimental fue integrado por 4 mujeres de 18-40 años a las cuales se les aplicó una entrevista semiestructurada y posteriormente los instrumentos MABS, PBQ, Inventario de depresión de Beck y Escala de depresión posnatal Edimburgo, así como la prueba neuropsicológica Neuropsi: atención y memoria. Las madres iniciaron el proceso terapéutico grupal en modalidad presencial sin embargo se tuvo que continuar de manera virtual debido al inicio de la contingencia generada por la pandemia del COVID-19.

Los resultados indicaron que las participantes mostraron mejoría con respecto a la sintomatología depresiva, así como en la calidad del vínculo con sus bebés, sin evaluación post intervención de la evaluación neuropsicológica derivado de la contingencia sanitaria.

Los resultados indicaron que las participantes mostraron mejoría con respecto a la sintomatología depresiva, así como en la calidad del vínculo con sus bebés, sin embargo, debido a las adaptaciones derivadas de la contingencia la aplicación de la evaluación neuropsicológica se vio entorpecida por lo que los resultados no pudieron ser contundentes.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, vinculo madre bebé, psicoterapia breve grupal de corte interpersonal

1. Introducción

La sintomatología depresiva en el posparto es uno de los padecimientos de la salud mental con mayor prevalencia en las mujeres en etapa perinatal a nivel mundial (World Health Organization, 2016), sin embargo, también es una realidad que es uno de los padecimientos que pasa mayormente desapercibido debido a que se les adjudica a los cambios hormonales de las mujeres o a que simplemente es su rol y no deben sentirse mal en ningún momento.

En la literatura se plantean diferentes teorías en donde se encuentra que la sintomatología depresiva en madres va más allá de un proceso neurobiológico, siendo una consecuencia de diferentes factores sociales y culturales (Robles, 2012), que se encuentran arraigados en nuestra sociedad ejerciendo en la figura femenina una presión silenciosa que la puede llevar a los límites de su estabilidad tanto emocional como mental .

Es precisamente debido a esto que como propuesta de Tesis de Maestría se planteó esta intervención, en la cual mediante la terapia grupal interpersonal se buscó mejorar la sintomatología depresiva y el vínculo madre-bebé en las madres que además de estar en posparto también se vieron afectadas por la pandemia. Esto se realizó mediante 12 sesiones en un grupo de 4 madres en donde la intervención psicoterapéutica permitió reducir la sintomatología depresiva de las madres y a su vez demostró tener un efecto positivo al favorecer el vínculo madre-bebé de las participantes en el grupo.

2. Justificación

La interacción de una madre y su bebé durante el primer año después del nacimiento es nodal para determinar el vínculo madre-bebé el cual es de suma importancia ya que tiene influencia sobre las condiciones para el desarrollo psicosocial del bebé (Palacios-Hernandez, 2016), y de igual manera apoya en establecer pautas para relacionarse con los demás, su rol dentro de su círculo social, su familia, así como las personas externas. Contrario a lo que se cree de que la mujer posee este instinto maternal de manera innata, la aparición o ausencia del vínculo madre-bebé es el factor desencadenante de una serie de procesos psicológicos determinantes en la salud mental tanto de la madre como del recién nacido (Brockington, 2004).

De acuerdo con Palacios-Hernández (2016) la alteración del vínculo materno infantil puede definirse como: *una alteración en la respuesta emocional materna hacia el bebé presente en la interacción temprana entre ambos posterior al parto y durante el primer año del posparto*. Dicha alteración podría generar repercusiones desfavorables en el bienestar psicosocial del bebé y de la madre en segundo plano, cuyas consecuencias incluyen afectaciones en la adaptación y la regulación emocional, dificultades en la regulación del estrés (Waxler, Thelen, y Muzik, 2011), afectaciones en cuanto a su desarrollo cognitivo y del lenguaje (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, y Cooper, 1996), problemas en la adaptación social (David, 2011), el desarrollo funcional y biológico cerebral (Schore, 2001).

De igual manera esto puede condicionar la manera en la que se relacionará con los demás y podría esto mismo favorecer al desarrollo de psicopatología en la niñez y/o la adolescencia (Skovgaard et al., 2008).

Para que se desarrolle una alteración en el vínculo madre-bebé existen ciertos factores de riesgo tanto de la madre, como del bebé, del embarazo, parto, posparto, así como del contexto social. Con respecto a los factores de riesgo correspondientes a la madre podemos encontrar los siguientes: el haber tenido experiencias negativas con sus propios padres, el factor edad en el cual se concibió al bebé, un nivel educacional bajo, un nivel socioeconómico bajo, si el embarazo fue deseado o no, así como si fue bien recibido al momento de nacer o no y por último la presencia de algún trastorno mental en la madre en el momento del embarazo así como en algún momento de su vida (Della Vedova, Ducceschi, Cesana, y Imbasciati, 2011).

Ahora que se abordó la importancia de la vinculación de la madre con su bebé y, como esto afecta su salud mental en caso de existir una alteración, se va a abordar este tema desde su aspecto neurobiológico en dónde es importante destacar que los centros involucrados en esta función afectiva también están relacionados con conductas sociales y emocionales por lo que las estructuras corticales y límbicas tienen un gran peso en su ejecución (Siegel, 2006).

Por lo cual su afectación se correlacionaría con la disminución en las capacidades de la madre para relacionarse de manera adecuada con su bebé, lo que a su vez repercutirá en su capacidad de regular los estados emocionales del mismo. En la madre se alterarían centros como la ínsula, la corteza orbitofrontal y prefrontal, que le dificultarían la percepción de las expresiones afectivas de su bebé y a su vez podrían generar alteraciones en las funciones cognitivas de la madre. Estas funciones están a cargo del poder aprender y recordar, organizar, planear y resolver problemas, así como de la capacidad de emplear el

lenguaje o el poder reaccionar a diferentes estímulos provenientes del medio en donde se encuentre, entre otras funciones (Stuss, 2002).

Si se toma en cuenta la situación actual de nuestro país, las mujeres se encuentran expuestas a varios de estos factores de riesgo previamente descritos, por lo tanto se puede asumir que la alteración del vínculo madre-bebé sería un tema previamente estudiado y descrito en nuestra población, lo cual no es así.

En la actualidad la gran mayoría de las madres que habitan en nuestro país se encuentran atrapadas en una concepción de la sociedad en la que por el simple hecho de ser madres su “*instinto*” las guiará en la crianza de sus hijos, esto mismo genera que en algunos casos ellas mismas normalicen sus padecimientos tanto físicos como psicológicos estigmatizando su propia salud mental.

Según Castro en un estudio realizado en 2015 uno de los padecimientos más frecuentes en las madres mexicanas es la depresión posparto (DPP) la cual es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en madres en países en vías de desarrollo debido a la alta cifra de factores de riesgo a los cuales se ven expuestas (World Health Organization, 2013), sin embargo, en nuestro país los niveles de detección y atención en los servicios de salud de primer nivel de atención es bajo debido a la escasez de capacitación del personal en temas de salud mental.

La OMS en el año 2008 publicó un reporte de los acuerdos llegados en su reunión en Ginebra (Suiza) en dónde detalla que la mejor herramienta que pueden implementar los países en vías de desarrollo como el nuestro, es la integración de programas de atención de salud mental en los servicios perinatales en los cuales se busque la promoción de la

sensibilización y capacitación del personal médico para una detección temprana de los padecimientos en cuestión de salud mental, a los cuales se les sumaría la intervención oportuna en los casos necesarios mediante terapia ya sea individual o grupal así como grupos de apoyo en los cuales se buscará brindar toda la información y apoyo necesario a las pacientes.

En el año 2014 se elaboró en nuestro país la guía “Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención” donde se estipulan recomendaciones para atender las principales problemáticas de salud mental en la etapa perinatal, sin embargo, fue hasta 2016 que dicho proyecto se implementó también a las consultas de revisión materna la identificación de síntomas de trastornos de la salud mental, sin embargo, dicha norma no especifica la forma en la cual deben de ser empleados para un diagnóstico oportuno.

Teniendo en cuenta estos efectos perjudiciales y la escasez de protocolos eficaces para la atención y detección de madres con alteración del vínculo madre-bebé, así como con trastornos perinatales tan frecuentes como es la sintomatología depresiva en el posparto se hace notar la urgencia de la implementación de un programa de intervención psicoterapéutica para el bienestar emocional de las madres enfocado en mejorar la respuesta emocional materna hacia el bebé mediante el afrontamiento de conflictos anteriores que debido a la maternidad hayan resurgido.

En este sentido la intervención psicoterapéutica grupal de corte interpersonal busca ligar la historia de vida y relación vincular de la madre con la relación que se está generando

con su bebé y mediante el uso de estrategias como el reconocimiento de sus emociones, pensamientos y conductas para incrementar la sensibilidad y la función reflexiva materna.

Debido a que durante la realización de dicha intervención comenzó la emergencia sanitaria por COVID-19 en la cual se requirió de confinamiento en casa, este programa psicoterapéutico se tuvo que adaptar a modalidad virtual para poder continuar la intervención psicológica a las madres participantes ya que la misma pandemia representaría un factor de riesgo más para su salud mental. Se comenzó a observar que incrementados los factores de riesgo en la salud mental por la pandemia; se incrementaron los síntomas de ansiedad que según Rodríguez en el 2020 esto estaría relacionado con sentimientos propios de la cuarentena tales como miedo e incertidumbre extremos que en algunos casos debido al miedo y percepciones distorsionadas de riesgo se pueden presentar comportamientos sociales negativos los cuales pueden desencadenar en problemas de salud mental.

3. Planteamiento del problema

De acuerdo con la OMS (2013) a nivel mundial se considera que existe una prevalencia del 13% de las mujeres con depresión posparto, esto en países con altos ingresos, mientras que en países con ingresos bajos o medios la prevalencia llega a ser del 20% por lo cual se estima que mujeres embarazadas o con hijos son más propensas a padecer depresión en esta etapa que en cualquier otra de su vida. (World Health Organization, 2013).

De acuerdo con un foro consultivo de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCyTU) en 2017 el 17% de las personas en nuestro país presenta un trastorno mental, como es la ansiedad, depresión o fobias; el trastorno con mayor prevalencia en la población solamente detrás del consumo de alcohol (7.6%) es la depresión (7.2%) con una mayor incidencia en las mujeres.

En el caso específico de nuestro país se realizó un estudio para analizar los datos de 7,187 mujeres adultas obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012, en dónde se encontró que la sintomatología depresiva entre mujeres con un hijo menor de 5 años tiene una incidencia del 19.9% lo que equivale a 2 millones de mujeres de nuestro país (Castro, 2015). Esto mismo ha provocado que cerca de 4.6 millones de niños y niñas vivan con madres que presentan depresión moderada o grave, lo que no les permite cuidar de sus hijos de la mejor manera y esto puede desencadenar en ellos desnutrición, interrupción precoz de la lactancia, así como problemas mentales y emocionales derivados de la alteración del vínculo madre-bebé (Castro, 2015).

Este mismo estudio reveló la distribución de la depresión posparto en los estados de nuestro país dentro de los cuales la Ciudad de México, Guerrero e Hidalgo tienen una

prevalencia de menos del 15% mientras que en otros estados como Zacatecas, Durango, Colima y Morelos, entre otros la prevalencia es del 20% o más. (Castro, 2015).

Roca menciona que la depresión está altamente correlacionada con la disminución de las funciones cognitivas tales como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, en donde éstas son una parte clave en el estudio de la depresión (Roca, 2016). Debido a esto podemos asumir que las mujeres con depresión posparto presentarán disminución en sus funciones cognitivas afectando su desempeño como madres.

En este sentido se estima que cerca de 4.6 millones de niños a nivel mundial viven con madres deprimidas lo cual se ve reflejado en su manera de cuidar de ellos, lo cual los vuelve más propensos a presentar problemas en su salud tanto física (desnutrición, interrupción de la lactancia, etc.) como mental y emocional derivadas de la afectación del vínculo materno-infantil (World Health Organization, 2009).

En este mismo sentido el estudio realizado por de Castro (2014) mostró que las tasas de detección de sintomatología depresiva son del 17.1% y de atención del 15.2% debido a la falta de capacitación y protocolos desarrollados para la detección oportuna de sintomatología en desórdenes mentales en mujeres embarazadas en los tres niveles de atención médica, sin tomar en cuenta las mujeres que no cuentan con afiliación a los servicios de salud pública.

Además de presentarse los porcentajes anteriores sobre la prevalencia de casos en sintomatología depresiva en México este año se debe contemplar que con la aparición del nuevo coronavirus (COVID-19) el mundo entero tuvo que guardar cuarentena para poder contener su propagación por lo que se ha sobrevenido una crisis sanitaria en tema de la salud mental debido al aislamiento social, restricción de movilidad y reducción del contacto físico

(Muñoz-fernández, Molina-valdespino, Ochoa-palacios, Sánchez, y Esquivel-acevedo, 2020). Es conocido que en eventos críticos como desastres, emergencias humanitarias y crisis epidemiológicas se ha encontrado que al menos un 80% de las personas presentan en algún momento un aumento de angustia, miedo, pánico o incluso terror (SALUD, 2020)

Ante este panorama, podemos considerar de gran importancia el poder desarrollar proyectos de intervención que nos permitan tratar de manera correcta la sintomatología depresiva en el posparto y la posible sintomatología ansiosa causada por la pandemia a fin de que los indicadores se vean disminuidos y esto beneficié el vínculo de las madres con sus hijos además de buscar tener una repercusión en su desempeño en funciones cognitivas.

Pregunta de investigación

¿Qué efecto tendrá una psicoterapia grupal desde el modelo interpersonal breve en madres con sintomatología depresiva en el posparto con respecto a su vinculación madre-bebé, así como en su desempeño en funciones cognitivas?

4. MARCO TEÓRICO

Capítulo I: DEPRESIÓN: SINTOMATOLOGÍA Y SU IMPACTO PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL.

Depresión: Concepto y clasificación

La depresión es un trastorno mental que afecta a millones de personas en el planeta, el cual se manifiesta por la presencia de tristeza, desinterés o falta de placer, sentimientos de culpa, trastornos de sueño, alimenticios, fatiga y dificultades en la concentración (OMS, 1992). De acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM 5 se hace una clasificación de las diferentes manifestaciones de este trastorno, las cuales son el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association , 2014).

Síntomas para tomar en cuenta para el diagnóstico de depresión de acuerdo con el CIE10

A. Debe existir la presencia de al menos dos o tres síntomas siguientes

- 1.- Humor depresivo hasta un grado claramente anormal, presente la mayor parte del día y casi todos los días. (Persistente al menos dos semanas)
- 2.- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrute en actividades normalmente placenteras.
- 3.- Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

B. Además, debe presentarse uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro.

- 1.- Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
 - 2.- Sentimientos no razonables de autorreproche o culpa excesiva.
 - 3.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
 - 4.- Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse.
 - 5.- Cambio en la actividad psicomotriz, agitación o enlentecimiento.
 - 6.- Cualquier tipo de alteración del sueño
 - 7.- Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
- (OMS, 1992)

El **episodio depresivo moderado** se caracteriza por encontrarse presentes cuatro o más de los síntomas anteriormente mencionados y es muy probable que el paciente presente dificultades para realizar sus actividades diarias. Deben cumplirse los criterios generales de un episodio depresivo mencionados anteriormente, además de la presencia de al menos dos de los tres síntomas descritos en la sección A y finalmente deben presentarse síntomas adicionales de la sección B para obtener un total de al menos 6 síntomas (OMS, 1992).

El **episodio depresivo grave** sin síntomas psicóticos es aquel en el que varios síntomas descritos anteriormente se encuentran muy marcados y afectan sobremanera al paciente, las ideas de autodesprecio, culpa y pérdida de la autoestima son recurrentes, también es común las ideaciones o actos suicidas (OMS, 1992). Se deben cumplir los síntomas generales del episodio depresivo, además de cumplir con tres o más criterios de la sección A y la presencia de síntomas adicionales de la sección B para obtener un total de al menos ocho, no deben presentarse alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo (OMS, 1992). La calidad de vida de las personas se ve directamente afectada en la presencia de una enfermedad mental,

éstas afectan tanto el pronóstico como la sobrevida de pacientes con enfermedades crónicas, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Satin, 2009).

Aparición en el posparto.

La sintomatología depresiva en el posparto dependiendo de sus características se puede llamar Depresión posparto (DPP) es una subcategoría de la depresión que se presenta en algunas mujeres después de dar a luz, en esta etapa la mujer presenta trastornos temporales del humor o melancolía, dependiendo de la duración de estos síntomas se les dará una clasificación diferente, Disforia Posparto (Tabla 1), Depresión Posparto (Tabla 2) (Burt y Hendrick,2007).

Tabla 1

<i>Disforia Posparto (Maternity Blues)</i>	
Inicio	Entre los primeros 2 a 4 días
Duración	No más de 2 semanas
Síntomas	Irritabilidad
	Llanto fácil
	Rasgos Hipocondriacos
	Insomnio
	Fatiga
	Pérdida del apetito
	Falta de concentración
Factores de Riesgo	Dolor de cabeza Antecedentes de depresión
Tratamiento	Antecedentes de trastorno disfórico premenstrual Educación
	Apoyo
	Tranquilizar

Fuente: Clasificación de los trastornos psiquiátricos puerperales. Tomado y adaptado de (Navas Orozco, 2013).

Tabla 2

<i>Depresión posparto</i>	
Inicio	Entre 2-4 semanas posteriores al parto.
Duración	Más de 2 semanas
Síntomas	Similar a un cuadro depresivo severo, rasgos del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros periodos de su vida.
Factores de Riesgo	Antecedentes de depresión mayor Redes de apoyo disfuncionales.
Tratamiento	Acontecimientos estresantes durante el embarazo. Reducción de estresantes. Psicoterapia individual y/o de grupo. Fármacos antidepresivos. Terapia electroconvulsiva (TEC). Hospitalización.

Fuente: Clasificación de los trastornos psiquiátricos puerperales. Tomado y adaptado de (Navas Orozco, 2013).

De acuerdo con la clasificación del DSM-5 la depresión posparto no cuenta con una clasificación específica, únicamente se especifica como un subtipo dentro de los trastornos depresivos graves como un indicador de inicio de la sintomatología de la siguiente manera:

“Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.” (American Psychiatric Association , 2014)

De igual manera hace mención de que en alrededor del 3% y 6% de las mujeres que llegan a presentar depresión posparto, la sintomatología suele comenzar a presentarse durante el embarazo o en las semanas previas al parto; donde el *maternity blues* es un factor de riesgo para desarrollar dicho trastorno. Otra de las especificaciones que hace el DSM-5 en este rubro es que dichos episodios de depresión pueden o no presentar características psicóticas que pudieran poner en riesgo tanto la vida de la madre como del infante.

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima edición (CIE-10) únicamente lo cataloga con la nomenclatura “*F53.0: Trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio, no clasificados en otras categorías*” en donde menciona que dicha categoría únicamente se incluye a trastornos con un comienzo hasta dentro de las seis semanas posteriores al parto y que no cumplan con los criterios con otra clasificación específica. Además de estas indicaciones menciona también que la existencia de estos padecimientos en la clasificación es derivada de la gran incidencia de los padecimientos en específico en los países en vías de desarrollo y así poder recoger la información suficiente para generar diagnósticos adecuados y así mismo menciona la subclasificación “*F53.1*” para trastornos severos tales como la psicosis puerperal (OMS, 1992).

Etiología y Factores de riesgo

Los factores implicados en la aparición de la sintomatología depresiva en el posparto se pueden clasificar en dos categorías, psicosociales y biológicos según Boyce (2013), y según Grado (2016) también factores psicológicos. En la tabla 3 se puede observar la clasificación de estos diferentes factores.

Tabla 3

<i>Factores Psicosociales</i>	<i>Factores Biológicos</i>	<i>Factores Psicológicos</i>
Eventos vitales estresantes durante el embarazo (fallecimientos, falta de empleo, migración, etc.)	Los cambios en su organismo por el embarazo tales como el aumento de estrógenos y progesterona, cambios a nivel cardiovascular entre otros (Figueroa et al..., 2006).	Antecedentes de depresión o ansiedad durante el embarazo.
Percepción de bajos niveles de apoyo social.	Descenso en los niveles hormonales hace suponer que este “reajuste” está vinculado a la disminución con los cambios en el estado de ánimo (Henshaw, 2003).	Se ha considerado que el embarazo es un periodo de maduración y de regresión en la vida de la mujer que la hace evocar conflictos infantiles no resueltos.
Mala relación con la pareja (Boyce, 2013).	Se ha encontrado que las mujeres con trastornos del sueño suelen ser más susceptibles a los síntomas depresivos. (Corwin y Pajer, 2008).	Modelo de madre conflictivo (Meléndez et al., 2017).
	<i>Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal</i> que se encuentra asociado a los niveles de glucocorticoides que a su vez se asocian al estado anímico en el puerperio (Corwin y Pajer, 2008).	Se mencionó que las mujeres que presentan actitudes negativas con respecto a la maternidad están mayormente predispuestas a la depresión posparto (Meléndez et al., 2017).

Fuente: Elaboración propia, (2020)

Síntomas depresivos y el cerebro materno en el Posparto.

En un artículo de Pawluski (2017) de la revista Trends in Neurosciences titulado “*The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression*” se describen las principales diferencias en la actividad neuronal de mujeres con sintomatología depresiva en el posparto y mujeres que presentan otro tipo de trastorno depresivo sin ser madres.

De acuerdo con el estudio realizado por el autor se encontró que el tratamiento para mujeres con depresión posparto es el mismo que para pacientes con trastorno depresivo mayor lo cual debido a la lactancia en las mujeres podría no ayudar al correcto tratamiento (Pawluski, Lonstein, y Fleming, 2017).

En este sentido los autores mencionan que las madres que presentan sintomatología depresiva en el posparto son más propensas a tener dificultades en la creación de vínculos con sus hijos lo que podría desencadenar problemas para la salud de los niños a largo plazo por lo que estudiar desde la neurobiología la depresión posparto como tal es de primordial atención.

Capítulo II: LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.

Definición de las Funciones Cognitivas

Se le llama funciones cognitivas (FC) a los procesos de integración, modificación, codificación, almacenamiento y respuesta adaptativa a nuestro entorno (Portellano, 2005). De acuerdo a la enciclopedia de neuropsicología clínica publicada en 2018 se define a las funciones cognitivas como la forma general de llamar a las facultades mentales del ser humano, tales como la atención, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades viso-espaciales, memoria y habilidad motora (DeLuca y Caplan, 2018).

Las FC se pueden categorizar en 2 tipos de FC: las sociales y las no sociales, entendiéndose que las primeras están principalmente relacionadas a las reacciones emocionales, expresiones faciales y escenas sociales, mientras que las segundas estarían presentes en pruebas básicas de atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento

(Han, Young, y Kim, 2012). Las funciones cognitivas no se encuentran localizadas en una parte específica del cerebro, su localización es dinámica, dependen de varios sectores de procesamiento, por lo que un daño en alguno de los eslabones representaría algún tipo de trastorno (Luria, 1974).

Sintomatología depresiva y funciones cognitivas

La depresión presenta sintomatología que afecta en diferentes rubros del individuo y uno de los que suele verse mayormente involucrado son las funciones cognitivas, las cuales también se ven impactadas por la edad, características clínicas y demográficas, así como el tratamiento farmacológico que como veremos más adelante estos también tendrán un impacto importante en el funcionamiento cognitivo (Vives et al., 2015).

Actualmente de acuerdo con el DSM-5 en la depresión las afectaciones en los dominios cognitivos son una parte importante en el diagnóstico de dicho padecimiento (American Psychiatric Association , 2014).

De acuerdo con los diferentes hallazgos reportados en artículos desde el 2007 se ha podido reportar que la presencia de la depresión tiene diferentes afectaciones en las funciones cognitivas. Como menciona Castañeda et al. (2008) que realizó una investigación en jóvenes con depresión en donde se encontró una disfunción ejecutiva, así como afectaciones en la atención, memoria a corto plazo y de trabajo verbal. Por otro lugar Baune et al (2014) en su estudio en jóvenes adultos reporto haber encontrado déficits en funciones ejecutivas, memoria de trabajo, velocidad psicomotriz, fluidez verbal y memoria visual y en un estudio del año 2015 Vilgis et al. reportó disminución en la inhibición, flexibilidad cognitiva, atención selectiva, memoria de trabajo verbal, fluidez verbal en adultos con depresión.

A continuación, en la tabla 4 se describen los diferentes artículos sobre las alteraciones cognitivas y la sintomatología depresiva.

Tabla 4

Comparativa de estudios relacionados de las funciones cognitivas con la depresión.

Año	Autor	Estudios Incluidos	Características de la muestra.	Hallazgos
2007	Porter et al.	20	Depresión, edad, farmacoterapia.	La memoria y fluidez verbal se ve afectada, así como una afectación en la atención y FE.
2008	Castañeda et al.	9	F.C. en jóvenes con depresión	Se encuentra una disfunción ejecutiva, así como afectaciones en la atención, memoria a corto plazo y de trabajo verbal.
2009	McDermott et al.	69	Gravedad de la depresión.	Disminución en la Memoria y velocidad de procesamiento.
2010	McClintock et al.	35	Px depresión y sanos.	Se reportaron cambios significativos en las FE, atención y memoria.
2011	Hasselbach et al.	11	Px en remisión (500) y sanos (471)	En 9 de los 11 estudios el rendimiento en cognición global, atención, memoria y FE era menor en la población con sx. depresiva.
2012	Wagner et al.	15	Farmacología	Se asocia el tratamiento farmacológico con el bajo rendimiento en memoria de trabajo y aprendizaje verbal.
2012	Lee et al.	13	644 sujetos con Síntomas cognitivos en primeros episodios de TDM y 570 sanos.	Se reporta alteraciones en velocidad psicomotora, atención, memoria visual, aprendizaje, y FE.
2013	Bora et al.	27	895 sujetos deprimidos y 993 controles sanos.	La "Cognición global" se reportó significativamente alterada en los pacientes con TDM.
2013	Rock et al.	24	Comparación de FE, memoria y atención en px en remisión y sanos.	Déficits moderadamente significativos en FE y atención; leve mejoría en memoria.
2013	Snyder	113	Edad media, farmacología.	Se encontraron alteraciones en las Funciones Ejecutivas.
2014	Baune et al	7	Adolescentes deprimidos y jóvenes adultos (controles sanos)	Déficits en funciones ejecutivas, memoria de trabajo, velocidad psicomotriz, fluidez verbal y memoria visual.
2014	Trivedi et al.	12	Px. Deprimidos y sujetos sanos.	Alteraciones principalmente en atención, velocidad

2015	Vilgis et al..	Adultos deprimidos	psicomotora, FE y memoria de trabajo. Disminución en la inhibición, flexibilidad cognitiva, atención selectiva, memoria de trabajo verbal, fluidez verbal.
------	----------------	--------------------	---

Tabla tomada y adaptada de Vives et al., 2015

Como se puede observar las principales funciones cognitivas afectadas durante la depresión son: **la atención, las funciones ejecutivas y la memoria**. no obstante, estas funciones están integradas por diferentes subprocesos, los cuales participan de forma diferenciada.

En el caso de la atención, la cual representa la capacidad de concentrarse en una actividad específica, la atención es la encargada de realizar el proceso de selección de la información dentro del sistema nervioso, siendo un elemento fundamental para diversos procesos cognitivos(Lupiáñez, 2003). La atención se encarga de focalizar y atender un estímulo en específico dejando de lado otros factores. El ser humano es capaz de atender únicamente una pequeña parte de los estímulos del medio ambiente (Puente, 2003).

Podemos clasificar la atención en sostenida, alternante, selectiva y dividida:

- **Atención Sostenida:** Es la capacidad mediante la cual el foco atencional se puede mantener resistiendo la fatiga y las condiciones de distraibilidad.
- **Atención Alternante:** Se le conoce como la capacidad de cambiar de foco atencional de un estímulo a otro.
- **Atención Selectiva:** Es el nivel más alto de los procesos atencionales, se le conoce como la capacidad de selección de estímulos, así como la habilidad de focalizar y alternar entre estos estímulos.

- **Atención Dividida:** Es la capacidad de atender a más de un estímulo al mismo tiempo (Puente, 2003).

Con respecto a las funciones ejecutivas (FE) Anderson en 2008 menciona que las FE son consideradas como un “paraguas” que conglomerar diversos procesos superiores encargados de realizar diversas acciones con un objetivo, y que permite realizar respuestas adaptativas mediante diferentes elementos como: (i) anticipación y desarrollo de la atención, (ii) control de impulsos y autorregulación, (iii) flexibilidad mental y utilización de la realimentación, (iv) planificación y organización, (v) selección de forma efectiva de estrategias para resolver problemas y (vi) monitorización (Anderson, 2008).

No existe aún una definición concreta de las FE, algunas clasificaciones plantean diferentes perspectivas teóricas y todas proponen diferencias tanto en el número como en los procesos que conforman las funciones ejecutivas. Sin embargo, la mayoría de los autores tales como Anderson (2002), Lezak (1982) Stuss y Levine (2002) y Zelazo (2003) coinciden en ciertos componentes de las FE, los cuales son:

- **Memoria de trabajo.** Capacidad de mantener y manipular determinada información durante un corto tiempo, mientras otra acción o proceso cognitivo se está llevando a cabo con dicha información (Baddeley, 2002).
- **Inhibición.** Capacidad de reprimir una respuesta determinada para llevar a cabo otra diferente (Nigg, 2000).

- ***Flexibilidad mental.*** Se le llama de esta manera a la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas mediante la utilización de patrones de respuesta cambiantes, utilizando la inhibición para poder cambiar las estrategias (Robbins, 1998).
- ***Planeación.*** Se denomina de esta manera a la capacidad de identificar y organizar cierta secuencia de pasos para llevar a cabo una meta (Lezak M. , 2004).
- ***Abstracción:*** Se le denomina a la capacidad de analizar información implícita en el contenido presentado (Lezak M. , 2004).
- ***Procesamiento del riesgo-beneficio.*** De esta manera se le conoce a la capacidad de anticipar las consecuencias de las elecciones en base a la valoración del riesgo o beneficio (Bechara, 2000).

Por otro lado, en la memoria existen diferentes etapas, la primera es la fase de registro de la información que es cuando el sujeto recibe la información, después está la fase de almacenamiento de esta misma y finalmente esta la recuperación o evocación de la huella de la memoria, el tiempo que retenemos la información puede variar de segundos, días, meses o años (Ostrosky-Solís, F, Ardila, A, Jaime, RM ,1998).

Los modelos más actuales sugieren la existencia de tres tipos, memoria sensorial, memoria de corto plazo y memoria de largo plazo. La memoria sensorial es la que implica el reconocimiento inmediato de los estímulos, tiene una duración de milisegundos y la percibimos del mundo que nos rodea por medio del tacto, la visión, el olfato, la audición y el

gusto (Atkinson y Shiffrin, 1969). La memoria a corto plazo se define como un almacén de capacidad limitada que codifica básicamente la información de tipo lingüística. Este tipo de memoria es consciente y es un mínimo de información la que podemos retener por un tiempo sumamente corto. Se pueden retener aproximadamente seis o siete detalles que se olvidan en segundos a menos de que los utilicemos frecuentemente y los asociemos a algo que ayude a pasarlo a la memoria de largo plazo. Lo máximo que se puede almacenar información puede ser de horas a semanas (Atkinson y Shiffrin, 1968). La memoria de largo plazo tiene la capacidad de almacenar una cantidad ilimitada de información por periodos que pueden variar de minutos a décadas, codifica información dependiendo de su carga significativa principalmente (Shiffrin y Atkinson, 1968). La memoria de largo plazo puede dividirse en semántica, episódica y de procedimiento (Tulving, 1992).

Cambios cognitivos durante el posparto

Holdcroft (2005) en su estudio de los cambios cognitivos que se presentan durante el embarazo reportó que se encontraron diferencias en las áreas cerebrales que son responsables de la inteligencia social y la capacidad para entender los pensamientos e intenciones de los demás, esto se puede relacionar con la vinculación materna con su recién nacido (Holdcroft, 2005).

Un estudio en España analizó por medio de neuroimagen los cerebros de 25 madres primíparas antes y después del embarazo y una vez más después de 2 años de haber dado a luz. Se compararon las imágenes cerebrales de las madres antes y después del embarazo, así como con las que no han sido madres, se pudieron reportar diferentes cambios estructurales

muy marcados entre ambos grupos, posteriormente al comparar los resultados con un nuevo estudio dos años después se pudo encontrar que los cambios se mantenían hasta esa fecha (Vives et al., 2015).

Después, mediante un estudio de resonancia magnética se encontraron cambios en la materia gris, la cual en ciertas regiones se redujo de tamaño después del embarazo, a esto se le conoce como “*poda de materia gris*” o “*apoptosis*” la cual también se lleva a cabo en la niñez y adolescencia, es justo en este momento cuando las conexiones más importantes se refuerzan, así como las otras se dejan absorber por los macrófagos. Esto no implica que haya una pérdida de capacidad sino todo lo contrario, se vuelve más especializada.

Los investigadores también encontraron que algunas mujeres habían experimentado una mayor poda de materia gris que otras, y aquellas con más poda parecían tener un mejor vínculo con sus bebés, se encontró que estos cambios de materia gris durante el embarazo estaban relacionados de gran manera a la calidad del apego de la madre con su hijo (Hoekzema E., 2017). Además de que durante el embarazo en el cerebro de la madre se pudieron crear nuevas conexiones en algunas áreas específicas, por ejemplo, el hipocampo o el bulbo olfatorio, conexiones que en su momento facilitarían la transición en la conducta maternal después de parto.

Durante el parto se genera una especie de diálogo neuroquímico entre el cerebro de la madre y el cerebro del bebé; mediante las neurohormonas fetales donde se da la señal al cuerpo de comenzar la labor de parto (Vargas-Rueda, 2007); desde este momento es cuando la madre y el bebé comienzan a estar interconectados, Bowlby describió este *vínculo* como un instinto biológico y afirmó:

“Consideramos esencial para la salud mental, que el bebé y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce”(Kim et al., 2011)

Es de esta manera como él autor en efecto describe la relación que se llevará a cabo entre la madre y el bebé en donde la función básica es la de proveerle al recién nacido protección y supervivencia (Vargas-Rueda, 2007).

Actualmente esta teoría se ha podido confirmar mediante su sustrato neurobiológico en donde podemos correlacionar el desarrollo neuronal del lactante con dicha teoría del apego, además de con los cambios neuroendocrinos de la madre que permiten que se forme este vínculo y así el proceso del apego, si en dicho proceso se genera algún tipo de alteración esto puede repercutir con alteraciones neuroanatómicas que podrían propiciar en este ser humano patologías mentales (Vargas-Rueda, 2007).

Funciones cognitivas en la maternidad

Las modificaciones mencionadas anteriormente durante el puerperio se ven igualmente reflejados en el funcionamiento cognitivo de las madres durante el posparto. La llegada del bebé es únicamente el comienzo de una serie de cambios a largo plazo en la vida de la mujer, en su vida personal, trabajo, pareja y esto incluye también su funcionamiento cognitivo. En el posparto la mujer se ve envuelta en una serie de modificaciones tanto en las hormonas como anatómicamente ya que se presenta una reestructuración anatomofisiológica en diferentes estructuras relacionadas en la inducción del comportamiento materno (Workman, Barha, y Galea, 2012) modificaciones que se mantienen al menos por los

próximos 2 años posteriores al alumbramiento, y que de acuerdo a la literatura estos cambios se encuentran directamente relacionados a modificaciones en el funcionamiento cognitivo asociado principalmente a variaciones en la atención, memoria y funciones ejecutivas (Henry y Sherwin, 2012).

De acuerdo con la literatura se ha encontrado que un gran número de mujeres que se encuentran en el posparto reportan cambios en su funcionamiento cognitivo asociado al mencionado “*maternal brain*” (Kim et al., 2011). De acuerdo con un estudio realizado por Logan et al. las dificultades cognitivas que más han reportado las madres están relacionadas con una disminución en su atención, memoria y diferentes aspectos de las funciones ejecutivas (Logan, Hill, Jones, Holt-Lunstad, y Larson, 2014).

Específicamente en los déficits de memoria al menos 50% de las mujeres han reportado dificultades en cuanto a recordar cosas o incluso en el poder retener información, debido a esto Casey et al (Casey, Huntsdale, Angus, y Janes, 1999) en un estudio realizado en 111 mujeres en posparto concluyó que había una disminución en la capacidad de la memoria, principalmente la memoria de trabajo, lo cual se vería reflejado en olvidos durante el día, en su rutina o pequeños errores de mantenimiento, por lo tanto mencionan que la memoria y la atención se ven principalmente afectadas durante el embarazo y los primeros meses de posparto. De igual manera un estudio realizado por Messinis (2010) examinó las funciones cognitivas de madres en posparto con diagnóstico de depresión y se compararon con un grupo control (no en posparto ni deprimidas) encontrando que el primer grupo reportado un menor rendimiento en memoria de trabajo.

Con respecto a las deficiencias encontradas en la atención Buckwalter et al (2001) reportan que las mujeres en posparto presentaron una mayor dificultad en su desempeño en

la prueba Stroop sin embargo en un seguimiento hecho en mujeres a lo largo del embarazo se encontró que el momento con mayor dificultad fue en su tercer trimestre, sin embargo, en el momento de la última medición se reportó una mejora considerable en su puntuación correspondiente al grado de interferencia en la atención sostenida, además de que las mujeres estudiadas reportaban sentirse mejor en cuanto a su capacidad de atención dividida, concentración y recuerdo verbal en comparación a la medición del tercer trimestre de embarazo lo cual según reportan los autores podría deberse a una posible adaptación a su nueva exigencia cognitiva.

Funciones cognitivas y depresión perinatal

En el artículo publicado por Jodi L. Pawluski (2017) en la revista Trends in Neurosciences titulado “*The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression*” nos describe las principales diferencias en la actividad neuronal de mujeres con depresión posparto y mujeres que presentan otro tipo de trastorno depresivo sin ser madres.

En este sentido los autores mencionan que las madres que presentan depresión posparto son más propensas a tener dificultades en la creación de vínculos con sus hijos lo que podría desencadenar problemas para la salud de los niños a largo plazo por lo que estudiar desde la neurobiología la depresión posparto es de primordial atención.

De acuerdo con esto se propusieron entender la depresión posparto desde sus orígenes neurobiológicos y realizaron un estudio experimental en ratas donde utilizaron diferentes técnicas para emular en las ratas los síntomas de depresión posparto causados por los factores tanto biológicos como psicosociales, en este mismo sentido el cerebro de las ratas madre

comenzó a mostrar modificaciones en la plasticidad sináptica así como en la densidad de las proteínas sinápticas en las áreas prefrontales, en el núcleo accumbens, la amígdala y el hipocampo.

En este sentido Pawluski (2017) realizó dos tipos de estudios con estrategias no invasivas en mujeres de hasta 18 meses después del parto con depresión posparto, depresión mayor sin hijos y mujeres no deprimidas igualmente recién paridas en reposo; mediante una resonancia magnética funcional (fMRI) en donde las mujeres que presentaban depresión posparto mostraron una conectividad significativamente más débil entre la amígdala, la corteza anterior, la corteza prefrontal lateral dorsal y el hipocampo si se comparan con las mujeres no deprimidas.

De igual manera Pawluski (2017) en el segundo estudio para observar los correlatos de la depresión posparto se basó primordialmente en cómo dicho trastorno altera la respuesta materna ante las necesidades de sus bebés en donde se les mostró a las madres tanto deprimidas como no deprimidas diferentes estímulos que evocaran una señal emocional y una no emocional tratando de relacionarlos con sus propios bebés y con no infantiles. Como es de esperarse las señales obtenidas mediante el fMRI con respecto a las señales relacionadas con la respuesta a sus bebés se muestra disminuida, la amígdala derecha muestra una disminución significativa ante señales negativas no infantiles con respecto a esto se puede retomar a Wonch et al., (2016) que menciona que las madres con depresión posparto muestran mejor respuesta generalizada en la amígdala en cuanto a fotos positivas para bebés y no bebés sin embargo muestran una disminución en su conectividad funcional entre la amígdala y la corteza insular derecha.

Capítulo III: LA CALIDAD VINCULAR EN MADRES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.

Vínculo Materno-Infantil.

La Dr. Miriam R. Spinner en el año 1978 definió el concepto de vínculo madre-bebé como el desarrollo de la relación recíproca entre la madre y su hijo. El vínculo madre-bebé es considerado uno de los procesos vitales que inicia en la infancia temprana y que continúa hasta los primeros años de vida, dicho proceso tiene una gran repercusión tanto para la madre como para su bebé y se ve relacionado con muchos factores (Spinner, 1978). De acuerdo con Brockington (2004) el proceso más importante a desarrollar después del parto es el de la relación de la madre con su bebé.

La manera en que se da la vinculación entre madre e hijo va a tener un efecto directo en el desarrollo de la personalidad y estabilidad emocional del bebé el cual en su momento podrá reproducirlo nuevamente con sus propios hijos (Spinner, 1978).

Proceso de vinculación madre-infante

Se entiende por vínculo madre-bebé a la relación que se genera entre el bebé y su madre centrándose principalmente en la reacción afectiva de la madre ante su hijo (Brockington, 2011) dicho vínculo suele evaluarse en el primer año de vida del bebé, mediante la observación, las actitudes y reacciones de la madre hacia su hijo.

De acuerdo con Condon y Corkindale (1998) se propusieron cuatro tipos de indicadores que ayudaran a entender cómo se da la vinculación, dicha propuesta sustenta que la relación de la madre con su hijo se ve estrechamente relacionada a la frecuencia e intensidad de las siguientes experiencias subjetivas:

- **Placer en la proximidad:** se le identifica como el deseo de interactuar con su bebé más que evitarlo.
- **Tolerancia:** El gusto y la habilidad de tolerar las conductas que en otras circunstancias serian irritantes o frustrantes.
- **Necesidad de gratificación y protección:** se le conoce como el deseo de poder identificar y abastecer las necesidades emocionales y físicas del bebé, poniéndolas incluso como prioridad antes que las propias.
- **Adquisición de conocimiento:** El deseo de poder comprender y a su vez aprender las competencias adquiridas de la experiencia, el querer entender lo que le sucede y por qué; Ainsworth's (1982) presentó el concepto de "sensibilidad materna" el cuál se refiere a la habilidad de la madre de ser empática con el bebé y poder interpretar sus movimientos, llantos, gestos, etc (Ainsworth, 1969).

Spinner en (1978) menciona que el vínculo madre-bebé es el resultado del desarrollo de una secuencia de interacciones que se llevan a cabo tanto en la madre como en el hijo. Para su hijo esta es una serie de pasos que se dan en su desarrollo, menciona que como primer paso el infante desarrolla su propio sentido de individuación en respuesta a sus necesidades básicas, hambre, frio, calor o lo que sus ojos perciben; en un segundo paso el infante desarrolla una sensibilidad social con la cual comienza a discriminar objetos animados y no animados; en un tercer paso el niño comienza a generar una respuesta a estímulos sociales y comienza a volverse familiar con personas en específico y finalmente en el cuarto paso el niño comienza a desarrollar expectativas de la figura cuidadora principal, mediante la

cotidianeidad que se lleven a cabo estas respuestas el bebé comienza a desarrollar la confianza en estas relaciones.

Para la madre, el proceso de la vinculación se basa principalmente en las experiencias subjetivas propuestas por Condon y Corkindale (1998) y cómo éstas se desarrollan de acuerdo con la interacción que la madre tendrá con su bebé y como este reacciona a ella de acuerdo con las fases anteriormente mencionadas; es un proceso bilateral.

La mujer durante el embarazo y en la lactancia tiene un intercambio de neurotransmisores con él bebe, tales como la oxitocina que promueven su tranquilidad así como su receptividad hacia las reacciones de su bebé (Widström, Nissen, y Björvell, 2015) sin embargo, esto no es lo único que fomenta el vínculo entre madre e hijo, sino que se necesitan de igual forma un conjunto de conductas y respuestas afectivas que no tienen relación con un instinto, no es algo innato, sino que son desarrolladas en base a la experiencia (Spinner, 1978).

En la actualidad existen gran cantidad de estudios que demuestran que los problemas de salud mental materna tienen un efecto directo en las cuatro experiencias que describen Condon y Corkindale respecto a la diada y que estos pueden generar dificultades en la vinculación.

Alteración del vínculo materno-infantil y sintomatología depresiva

Como se ha mencionado anteriormente el vínculo materno-infantil se origina de la interacción que crean la madre y el bebé desde el embarazo y este será determinante en el desarrollo psicosocial del bebé. Sin embargo, las alteraciones en este vínculo tienen

repercusiones en el infante tanto a nivel cognitivo, psicosocial y emocional (Brockington, 2011).

De acuerdo con Palacios-Hernández (2016) la alteración del vínculo materno infantil puede definirse textualmente cómo: *una alteración en la respuesta emocional materna hacia el bebé, presente en la interacción temprana entre ambos posterior al parto y durante el primer año del posparto*. Dicha alteración podría generar repercusiones desfavorables en el bienestar psicosocial del bebé principalmente, así como de la madre en segundo plano, de igual manera menciona que dichas consecuencias incluyen afectaciones en la adaptación y la regulación emocional, dificultades en la regulación del estrés, afectaciones en cuanto a su desarrollo cognitivo y del lenguaje, problemas en la adaptación social, el desarrollo funcional y biológico cerebral, además de condicionar la manera en la que se relacionará con los demás y podría esto mismo favorecer al desarrollo de psicopatologías en la niñez y/o la adolescencia.

La alteración en el vínculo madre-bebé no solamente tiene consecuencias en el bebé, de igual manera la madre puede presentar diferentes reacciones ante este evento, tales como la negligencia grave ante los cuidados que se propinan al bebé, el abuso tanto físico como psicológico el cuál puede transformarse en maltrato infantil (Brockington, 2011) y en algunos casos extremos podríamos hablar de infanticidio el cual está altamente relacionado con el suicidio materno (Debowska, Boduszek, y Dhingra, 2015).

Factores de riesgo

Para que se desarrolle una alteración en el vínculo materno-infantil existen ciertos factores de riesgo tanto de la madre, como del bebé, del embarazo, parto, posparto, así como

del contexto social; con respecto a los factores de riesgo correspondientes a la madre podemos encontrar los siguientes: el haber tenido experiencias negativas con sus propios padres ,el factor edad en el cual se concibió al bebé, un nivel educacional bajo, un nivel socioeconómico bajo, si el embarazo fue deseado o no, así como si fue bien recibido al momento de nacer o no y por último la presencia de algún trastorno mental en la madre en el momento del embarazo así como en algún momento de su vida.

Tabla 5

Factores de riesgo para trastornos en vínculo materno-infantil

Bebé	Condiciones médicas o físicas severas
	Anormalidades
	Prematuridad
	Bajo peso
	Temperamento difícil
	Orden de nacimiento
Ambiente Social	Sexo (niña) Bajo apoyo social
Embarazo, Parto y Posparto	Ausencia de apoyo de la pareja Eventos traumáticos/estresantes
	Tipo de parto
Madre	No lactancia materna Psicopatología materna
	Experiencias pasadas con propios padres
	Deprivación en la infancia
	Edad joven
	Bajo nivel de educación
	Bajo nivel socioeconómico
	Embarazo no deseado

Falta de apego afectivo al feto

Primiparidad

Fuente: Palacios Hernandez, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164–176.

Criterios Diagnósticos

De acuerdo con estudios revisados se ha descrito que las repercusiones de la alteración del vínculo materno-infantil pueden clasificarse en niveles dependiendo de sus características, estos niveles pueden ir desde el retraso, la ambivalencia o falta de respuesta afectiva por parte de la madre, rechazo materno e incluso ira y hostilidad expresos al recién nacido (Klier C., 2004).

Brockington, Aucamp y Fraser (2006) proponen una serie de criterios diagnósticos detallados que permiten identificar y diagnosticar un trastorno en el vínculo madre-bebé.

Tabla 6

Criterios para diagnosticar un desorden en el vínculo materno-infantil (Brockington, Aucamp y Fraser, 2006)

Tipo	Descripción	Criterios
Desorden Leve	-Retraso en el desarrollo -Ambivalencia -pérdida de la respuesta afectiva maternal hacia su bebé.	* Los criterios A hasta el D deben ser positivos: a. La madre expresa decepción sobre su respuesta emocional b. Los criterios para amenaza de rechazo o rechazo establecido no se cumplen. c. El desorden ha durado por lo menos una semana. d. Las emociones son percibidas por la madre como causas de estrés y han ocasionado que busque ayuda de su familia o de profesionales.
Desorden Severo (Rechazo del bebé)	-madres con carencia de una respuesta emocional -positiva -deseo por renunciar o deshacerse del mismo. Dos tipos: - Amenaza de Rechazo - Rechazo establecido cuya principal diferencia es la permanencia del deseo de deshacerse del bebé.	I. Amenaza de Rechazo a. El bebé no es deseado por la madre en el momento de la evaluación y el deseo materno se orienta hacia una transferencia <i>temporal</i> de su cuidado. b. Las madres carecen de una significativa aversión hacia el bebé y NO han experimentado un deseo para que el bebé “desaparezca”. II. Rechazo establecido Los criterios A, B o C son necesarios para el diagnóstico: a. La madre expresa desagrado, resentimiento u odio por su bebé.

**Diagnósticos
Adicionales**

diagnósticos complementarios de:
Ansiedad centrada en el infante y/o ira patológica.

- b. La madre expresa su deseo por deshacerse del cuidado de su bebé de forma permanente.
- c. La madre ha experimentado un deseo de que su bebé desaparezca–

I. Ansiedad centrada en el infante.

Identifica la presencia de ansiedad materna relacionada con el bebé.

Deben especificarse dos niveles: leve y severo.

- a. *Ansiedad Leve*: La madre refiere sentirse ansiosa cuando está sola con el infante.
- b. *Ansiedad severa*: La ansiedad reduce el contacto con el bebé.

II. Ira Patológica: 3 niveles– leve, moderada y severa.

a. Leve:

- La madre ha perdido su autocontrol verbal en al menos dos ocasiones.
- La madre no ha expresado su ira en otra forma.

Nota: La ira experimentada internamente y controlada con dificultad, no califica.

b. Ira moderada: *Además de calificar para criterios de ira patológica*

leve:

- La madre experimenta impulsos de hacerle daño al
- O han existido episodios de abuso, como sacudir violentamente la carriola del bebé. (discriminarse entre impulsos agresivos e impulsos por TOC como parte del desorden)

c. Ira Severa:

- Además de la pérdida de control verbal materno, o de los impulsos de hacerle daño al bebé (criterios a+b), al menos debe existir un episodio de claro abuso infantil.

Fuente: Tabla tomada y adaptada de Palacios Hernandez, 2016

Neurobiología del Vínculo Madre-bebé

Anteriormente se habló sobre la importancia de la vinculación de la madre con su bebé y como la teoría del apego tiene grandes repercusiones en cuanto a su desarrollo como futuro adulto; ahora vamos a abordarlo desde su aspecto neurobiológico en dónde es importante destacar que los centros involucrados o alterados en esta función afectiva también estas relacionados con conductas sociales y emocionales por lo que las estructuras corticales y límbicas tienen un gran peso en su ejecución (Siegel, 2006).

Por lo cual su afectación se correlacionaría con la disminución en las capacidades de la madre para relacionarse de manera adecuada con su bebé, lo que a su vez repercutirá en su capacidad de regular los estados emocionales del bebé. En la madre se alterarían centros como la ínsula, la corteza orbitofrontal y prefrontal, que le dificultarían la percepción de las expresiones afectivas de su bebé y en general de las personas por lo cual también su percepción de apoyo recibido se vería distorsionada (Giménez, 2009).

Actualmente ya existen algunos estudios en donde se ha investigado la relación entre la condición afectiva materna que se está viendo distorsionada con sus capacidades de interacción con el bebé; se ha encontrado que existe una correlación significativa entre mujeres con disforia posparto y la alteración del vínculo madre-bebé (Siegel, 2006).

Sintomatología depresiva y calidad vincular

La depresión materna es un padecimiento que no únicamente tiene consecuencias en la calidad de vida de la madre, sino que también sus afectaciones se ven reflejadas en las consecuencias adversas en el desarrollo del infante (Field, 2011). De acuerdo con investigaciones chilenas realizadas en madres diagnosticadas con depresión posparto se mostró que existe un incremento de presencia de problemas conductuales y emocionales en los hijos de estas madres (Fritsh, Montt, Solís, Daniel, y Rojas, 2007).

Respecto a la calidad del vínculo existente entre las madres deprimidas y sus bebés se encontró que existe mayor frecuencia en el llanto, afectos negativos con mayor frecuencia y evitación del contacto visual por parte de los niños (Boyd, Zayas, y McKee, 2006) además

de que se encontró baja frecuencia de afectos positivos y sincronía en sus madres (Svanberg, Mennet, y Spieker, 2010).

En diversos estudios se ha planteado que las madres con diagnóstico de depresión posparto suelen tener mayor dificultad para percibir e interpretar la manera de comunicarse de sus hijos por lo que esto se ve reflejado de manera negativa en el desarrollo de la comunicación y las habilidades socioemocionales del niño (Cohn, Matias, Tronick, Connell, y Lyons-Ruth, 1986).

Por otro lado se ha podido observar que las madres con diagnóstico de depresión o únicamente presencia de sintomatología generan altos niveles de confusión en sus bebés debido a que no existe una congruencia entre su lenguaje verbal y no verbal (Hwa-Froelich, Loveland Cook, y Flick, 2008). Aunado a esto podemos resaltar que estas dificultades en la madre para poder responder adecuadamente a la señales infantiles afectan negativamente la comunicación por lo cual la sincronía entre ambos es muy escasa, generando un ambiente de estrés y ansiedad para ambos (Cohn et al., 1986).

Retomando la teoría del apego de J. Bowlby la literatura nos ha mostrado que debido a la presencia de esta patología en la madre el patrón de apego que genera el bebé hacia ella se verá afectado negativamente, teniendo una mayor incidencia en apegos inseguros (Martins y Gaffan, 2000). Dentro de las fallas que presentan las madres deprimidas en la vinculación con sus bebés podemos encontrar dos grupos, en uno principalmente las madres tendrán reacciones hostiles y en el segundo las madres se mostraran principalmente evitativas, con pasividad y sin capacidad de respuesta ante las necesidades de sus hijos, patrones que se

asocian a la generación de patrones inseguros del apego en los bebés (Martins y Gaffan, 2000) sin embargo, de acuerdo con algunas investigaciones se ha encontrado que existen diferentes factores que podrían mediar y reducir los efectos negativos de la patología en los bebés, de los más importantes se encontró el contexto interaccional, las redes de apoyo que se encuentran cerca de la madre y por ende del bebé también (Quezada y Santelices, 2010).

Es aquí donde se destaca la importancia de la participación del padre en la triada, ya que el intercambio simultáneo con ambos padres puede ayudar a la resolución de los aspectos negativos de la interacción de la diada, favoreciendo de manera directa en la regulación emocional del bebé, así como en la reducción de la tensión y el estrés generado (Fivaz-Depeursinge y Favez, 2006). En algunos estudios se ha encontrado que la adecuada salud mental del padre, así como su participación en la crianza serían factores protectores para la salud mental del bebé y beneficiosos en la salud mental de la madre (Gere et al., 2013).

Capítulo IV: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Comorbilidad entre depresión y ansiedad

En el año 1970 el epidemiólogo Alvan Feinstein denominó por primera vez la comorbilidad en un artículo para el Journal of Chronic Diseases, en dónde se define la comorbilidad como la ocurrencia de más de una patología en la misma persona al mismo tiempo o uno después del otro. Con el paso del tiempo diversos autores se han dedicado a la redefinición del concepto comorbilidad el cual actualmente se utiliza en el ámbito de la salud.

De esta manera podemos decir que cómo se ha mencionado anteriormente la depresión es un trastorno emocional que afecta principalmente el funcionamiento cognitivo

y emocional-fisiológico de la persona en cuestión (Beck,1970) y que además se ve comúnmente relacionado con síntomas asociados a la ansiedad.

De acuerdo con la clasificación internacional de las enfermedades el CIE – 10 la ansiedad se encuentra clasificada con el F41.1 *Trastorno de ansiedad generalizada* la cual se caracteriza por su persistencia y que sus síntomas predominantes son variables como nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico.

De acuerdo con este manual, para el diagnóstico correcto de un trastorno de ansiedad se debe tomar en cuenta las siguientes aseveraciones:

- A. Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas alistados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

- **Síntomas autonómicos:**

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardiaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

- **Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:**

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. 7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Nauseas o malestar abdominal.

- **Síntomas relacionados con el estado mental:**

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
12. Miedo a morir.

- **Síntomas generales:**

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

- **Otros síntomas no específicos:**

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultad para concentrarse o de “mente en blanco”, a causa de la preocupación o de la ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0) trastorno de ansiedad fóbica (F40) trastorno obsesivo-compulsivo (F42) o trastorno hipocondriaco (F45.2)

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico.

Sin embargo, y como se ha descrito anteriormente, los síntomas de la ansiedad se pueden presentar acompañados de síntomas de otros trastornos mentales, el más común sería la depresión, es por eso por lo que se les denomina una comorbilidad.

La clasificación del CIE 10 incluye el cuadro F41.2 que se denomina *Trastorno mixto ansioso-depresivo* el cuál menciona que se debe utilizar cuando se presenten ambos tipos de síntomas pero que ninguno de ellos sea predominante por lo que no se justifica un diagnóstico por separado.

Ansiedad perinatal

La etapa perinatal en general no es una etapa fácil de enfrentar para todos los involucrados en ella, en especial para la madre que ve transformada su vida entera, tanto en un aspecto físico, emocional, social y psicológico (Maldonado-Durán, 2008).

En esta etapa la mujer puede experimentar ansiedad excesiva la cual le acarrearía dificultades psico-sociales que de igual manera afectarían a las personas a su alrededor como su compañero y su familia en general, además de que también generaría un impacto negativo en la relación madre-bebé (Maldonado-Durán, 2008). Existe evidencia de que los altos niveles de ansiedad en la etapa perinatal se pueden asociar con algunas alteraciones en el correcto desarrollo del neonato (O'Connor, Heron, y Glover, 2002).

De acuerdo con Glover en el 2011 se establece que lo que ocurra durante las 40 semanas de gestación va a ser determinante en gran medida para el desarrollo del infante, así mismo se ha comprobado que la salud psicológica de la madre influye en el desarrollo fetal y posterior al parto generando así repercusiones en el desarrollo del niño que se pueden

asociar a diferentes psicopatologías de inicio en la infancia así como trastornos de conducta y aprendizaje (Glover, O'Connor, y O'Donnell, 2010).

De esta manera podemos decir que cuando se presentan desordenes psico-patológicos en la madre, como es la ansiedad, estos tendrán un efecto colateral en el desarrollo infantil; es así como Piñol en el capítulo de “Psychiatric disorder in parents as a risk factor for children” Del libro “Prevention of mental disorder, alcohol and other drug use in children and adolescents” de Schaffer menciona que existen tres posibles explicaciones para que exista este impacto en el recién nacido: el primero es que sea un efecto directo en el niño ya que estuvo expuesto a desórdenes mentales de los padres, el segundo es el impacto indirecto del desorden ya sea por parentesco en las relaciones interpersonales y por último la presencia de adversidades comúnmente asociadas a problemas psiquiátricos(Aragonès, Lluís Piñol, y Labad, 2009).

De acuerdo a una investigación realizada por O'Connor en dónde se evaluaron madres con sintomatología ansiosa, así como depresiva tanto pre como posparto se encontró que los altos niveles de ansiedad y depresión estaban altamente correlacionados en la elevación en dos o tres veces el promedio en problemas emocionales y comportamentales en el niño de cuatro años de edad. McMahon encontró en un estudio comparativo de madres control con un grupo experimental de madres con indicadores de depresión y ansiedad materna que el temperamento de los bebés era mayormente percibido como un temperamento difícil, mientras mayor fuera el puntaje en indicadores de depresión y ansiedad mayor fue la percepción del temperamento difícil de los bebés (McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant, y Don, 2011).

Sobre la lactancia materna de las mujeres con ansiedad pre o posparto también se encontró que está se encuentra relacionada a diversas alteraciones neurológicas y psicológicas del bebé que pueden relacionarse a su alimentación, es así como podemos concluir que una mujer lactante que se encuentra insatisfecha con su posición social, su situación de pareja o emocionalmente inestables será más susceptible a presentar sintomatología tanto ansiosa como depresiva la cual se relaciona altamente con la irritabilidad, llanto y dificultades en la alimentación y sueño de los recién nacidos teniendo esto como consecuencia que los bebés sean propensos a presentar cólicos y malestares físicos, llegando así a la conclusión de que la sintomatología ansiosa afectará la calidad del vínculo madre-bebé y de igual manera obstaculizará la disposición psicológica para amamantar (Gorrita Pérez, Bárcenas Bellót, Gorrita Pérez, y Brito Herrera, 2014).

Depresión y ansiedad en contingencia COVID-19

El año 2020 será recordado como el año del comienzo de la pandemia y en el cual la humanidad se tuvo que confinar en sus casas para evitar la propagación del COVID-19 lo que ha causado un gran revuelo debido al impacto que esto tendrá tanto en la economía, la educación y más que nada en la salud mental de las personas debido a que más que el virus como tal los rumores se esparcen más rápido por el mundo y esto genera un grado considerable de miedo y preocupación que aunado al distanciamiento social generan que las personas tengan que vivir en incertidumbre, presiones económicas y el constante miedo a que si salgo podría enfermarlos (Rodríguez, 2020).

Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa y Benedek, (2020) mencionan que las primeras respuestas emocionales de las personas en cuarentena podrían ser miedo e incertidumbre extremos que en algunos casos debido al miedo y percepciones distorsionadas

de riesgo se pueden presentar comportamientos sociales negativos los cuales pueden desencadenar en problemas de salud mental como reacciones de angustia como el insomnio, la ira, pánico a la enfermedad además de que de igual manera se pueden presentar trastornos específicos como el estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones (Shigemura et al, 2020).

Existen diferentes factores estresores que podrían agravar la situación psicológica de la persona tales como:

- Pérdida de ingreso o de trabajo.
- Trabajo doméstico y de cuidados adicional.
- Violencia intrafamiliar.
- Abuso de sustancias.

Debido a los estudios realizados en la segunda semana de abril el Instituto de Investigación para el Desarrollo con Equidad (EQUIDE) realizó una encuesta a nivel nacional para estimar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la población mexicana de la cual se pudo observar que el 32.42% reportó síntomas severos de ansiedad la cual tienen una prevalencia del 19.6% en mujeres y un 12.8% en hombres, en cuanto a los resultados de la sintomatología depresiva se observó que el 27.26% reportó presentarlos de los cuales el 34.1% eran mujeres y el 21.9% varones (Gaitán-Rossi Pablo, 2020).

Se ha demostrado que el ser mujer, estar embarazada o tener hijos son factores que se relacionan a mayor estrés y por ende a la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa ya que se ha reportado que las mujeres suelen tener mayor miedo al contagio tanto personal como el de su familia además de ser más vulnerables a padecer diferentes factores de riesgo

tanto biológicos como sociales a presentar problemas en la salud mental (Muñoz-Fernández et al., 2020).

En un estudio realizado en junio de 2020 en 520 mujeres embarazadas y 380 que dieron a luz se reportó que las madres presentaron una prevalencia del 29% en sintomatología ansiosa y el 15% en sintomatología depresiva antes de la pandemia a comparación del reporte posterior a la pandemia donde se reportó un 72% de prevalencia en sintomatología ansiosa y un 41% en sintomatología depresiva(Davenport, Meyer, Meah, y Strynadka, 2020).

Técnicas para el manejo de la ansiedad

En cuanto al manejo de la ansiedad se han explorado diferentes técnicas de afrontamiento para los pacientes que presentan sus síntomas. Una de estas técnicas recibe el nombre de Mindfulness, la cual es originalmente una de las llamadas terapias de tercera generación en la terapia cognitivo conductual sin embargo esta técnica ha sido utilizada en diferentes ramas de la psicología debido de su efectividad y su versatilidad de uso (Vásquez-Dextre E., 2016).

El Mindfulness se puede conceptualizar de 3 maneras: como un constructo, como una práctica y como un proceso psicológico; como constructo su significado se centra en la experiencia del momento presente aceptándolo, como práctica le permite a la persona que lo lleva acabó admitir cada uno de sus pensamientos y emociones sean cuales sean sin juzgarlos, y como proceso psicológico propone enfocar la plena atención en lo que estemos haciendo o sintiendo para poder comprender nuestras reacciones y emociones (Moñivas A. García-Diex, 2012).

El Mindfulness se construye a partir de los siguientes componentes (Botella y Llull, 2014):

- Atención al momento presente.
- Dejar pasar.
- Apertura a la experiencia.
- Intención
- Aceptación.

A manera de complemento el Yoga puede ser utilizado ya que se le describe como un conjunto de técnicas de concentración que se utilizan para poder tener un mejor control físico y mental el cual nos proporciona técnicas para poder lograr un bienestar integral (Bello, 2016). De igual manera se ha demostrado que las prácticas de yoga tienen un efecto inductor de una respuesta psicofisiológica que contrarresta la respuesta relacionada al estrés, esta respuesta está relacionada a en una reducción general en el *arousal* somático y cognitivo con una alteración en el sistema nervioso autónomo (Ferreira-vorkapic y Rangé, 2010).

La efectividad del yoga también ha sido comprobado en su práctica en mujeres con sus bebés ya que menciona que mediante su práctica se obtienen beneficios físicos y emocionales en la mujer en posparto y de igual manera se ha reportado (sin datos contundentes) que la práctica del yoga con su bebé ayuda a la madre a mejorar su vínculo con él ya que ayuda a mejorar la comunicación de la madre con su bebé, ayuda a manejar el estrés que se puede generar a partir del temperamento del bebé además de ayudar en el sueño y la prevención de cólicos (Bello, 2013).

Y finalmente también es importante resaltar que el yoga ha reportado el decremento de la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas y en posparto lo cual podría estar relacionado a la disminución del cortisol a la que favorece (Delgado, 2013).

Capítulo V: PSICOTERAPIA INTERPERSONAL GRUPAL

Psicoterapia grupal Breve en sintomatología depresiva y dificultades vinculares

En torno a este tema se han realizado diferentes tipos de intervenciones dirigidas tanto a la sintomatología depresiva como a las dificultades vinculares, desde perspectivas cognitivo-conductuales, así como psicodinámicas teniendo estas sus pros y sus contras, de igual manera la temporalidad en la que se han llevado a cabo estas intervenciones tiene su importancia en los efectos que estas podrán tener, sea en el embarazo, posparto temprano o hasta los 2 años de posparto.

Debido a que la sintomatología depresiva es una de las características más comunes en la psicopatología perinatal se han desarrollado diferentes programas de intervención que buscan disminuir esta sintomatología en la madre y prevenir psicopatologías posteriores en el niño (Clatworthy, 2011). La importancia de estas intervenciones radica en el hecho de que de acuerdo a Barlow et al, (2010) la sintomatología depresiva o como tal la depresión posparto no decrece con el tiempo, sino todo lo contrario, incrementa; así mientras al 10% de las madres se les diagnostica depresión posparto a las 8 semanas de posparto este porcentaje se dispara al 22% a los 12 meses del posparto.

De esta forma diversas intervenciones se han realizado en diferentes países de 1996 a 2012 dividiéndose en 3 tipos, para reducir la depresión materna, para mejorar la calidad del vínculo materno-infantil y para reducir la depresión materna y favorecer el vínculo materno infantil (Olhaberry y Martínez, 2013)

En esta revisión sistemática se reporta que se encontraron 27 artículos en total: 18 artículos relacionados únicamente a la intervención en sintomatología depresiva y depresión, 4 relacionados a la mejora del vínculo materno-infantil y 5 artículos que involucran ambas variables; de esta revisión podemos observar que la cantidad de estudios de habla inglesa o española que se han realizado es muy escasa, y más aún si se retoma tanto la sintomatología depresiva y la calidad del vincular materno-infantil (Miranda y Olhaberry, 2017).

Dentro de los artículos encontrados únicamente uno retoma la intervención psicodinámica para abordar ambas variables. Este artículo publicado por Murray, Cooper, Wilson y Romaniuk en el año 2003 realiza una intervención longitudinal con 3 grupos de madres mediante diferentes modelos de intervención, cognitivo-conductual (TCC), consejería de apoyo y psicoterapia psicodinámica haciendo una evaluación antes de la intervención, inmediatamente después, pasados 18 meses y finalmente a los 5 años del nacimiento se volvió a evaluar, los resultados demostraron que la sintomatología depresiva se ve disminuida con cualquiera de las intervenciones sin embargo únicamente con la intervención psicodinámica se reduce la depresión clínica; en cuanto a la calidad del vínculo las 3 intervenciones mostraron diferencias significativas en la evaluación, sin embargo a largo plazo fue la consejería la intervención que demostró tener mayor impacto en sensibilidad materna (Murray, Cooper, Wilson, y Romaniuk, 2003).

De igual manera se realizó un estudio por Mulcahy, Reay, Wilkinson y Owen (2009), en donde se considera una intervención grupal desde un enfoque interpersonal, la cual esta principalmente enfocada en las relaciones interpersonales del paciente realizando una intervención de dos sesiones individuales, así como 8 sesiones grupales en donde se encontró

mejoras significativas tanto la sintomatología depresiva y el vínculo madre-bebé (R. E. Reay et al., 2012).

Durante este estudio realizado en Australia, se desarrolló un programa piloto basado en la intervención interpersonal modificado específicamente para esta población (Reay et al. 2006).

La intervención se basa en psicoterapia interpersonal, modificada para un entorno grupal (IPT-G). La IPT-G es una psicoterapia a corto plazo que se dirige específicamente a las relaciones interpersonales especialmente, las transiciones de roles sociales, conflictos y problemas de pérdida asociados con convertirse en padre (Deans, Reay, Australia, 2014, 2015).

Psicoterapia interpersonal para sintomatología depresiva

La psicoterapia Interpersonal (IPT) por sus siglas en inglés, fue desarrollada por Gerald I. Klerman en 1970 como una opción más breve y concisa para tratar la depresión mayor. Dicha psicoterapia demostró su eficacia al comprobarse en diversos estudios, así como su adaptabilidad al modelo médico, y pudiendo aplicarse de manera breve o de largo plazo, en formatos de grupo, pareja o individual (Reay et al., 2012)

La IPT es una modalidad que se pensó principalmente para el manejo de la depresión y en la cual sus principales características son:

- El trabajo del foco se centra en conflictos sociales o dificultades interpersonales actuales relacionados al síntoma.
- El terapeuta toma una postura activa, de apoyo, no- neutral.

- Sesiones semanales
- El tratamiento en fase aguda es breve (12-20 sesiones)
- Se basa en evidencias empíricas.
- Trabaja con un manual conciso y un programa concreto.

La IPT basa su método de trabajo en los problemas interpersonales del paciente. Su base teórica radica en la teoría interpersonal de Sullivan y si bien no tiene una derivación directa del psicoanálisis, del conductismo o la terapia cognitiva esta puede retomar elementos y técnicas que le favorezcan al paciente en sus habilidades interpersonales, así como su mejor desarrollo personal. De una manera técnica, la IPT se basa en realizar una conexión entre la sintomatología que se está presentando con su contexto psicosocial en donde se trabajará más en el aquí y el ahora mediante la exploración de las relaciones personales y como el manejo de estas se asocia a la presencia de síntomas depresivos (Grigoriadis, 2014).

En este mismo sentido en el año 2015 la OMS emitió un comunicado por el Comité de Desarrollo de Normas en donde mencionaban que los proveedores de servicios de salud mental deberían tomar de primera mano para el tratamiento de la depresión tratamiento tales como la Terapia conductual, Terapia cognitivo- conductual o la Terapia Interpersonal ya que este tipo de terapias demostraban su efectividad mediante evidencias científicas (World Health Organization, 2016).

De esta manera es como la OMS mediante el programa *mental health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG)* realizó la adaptación y publicación de un manual especializado en el tratamiento de la depresión mediante la terapia interpersonal en modalidad grupal, dicho manual se adaptó para un total de 8 sesiones y se presenta de una

manera practica para su ejecución y adaptación a cualquier ámbito y cualquier tipo de población (World Health Organization, 2016).

Psicoterapia grupal interpersonal en sintomatología depresiva en el posparto

En el año 1989 se validó la IPT por Elkin como una terapia eficiente para los pacientes con depresión mayor, así como por O'Hara en el año 2000 para pacientes con depresión posparto. En dicho estudio los investigadores de la universidad de Iowa encontraron cambios significativos en la sintomatología depresiva de las mujeres que habían participado en el grupo experimental a comparación al grupo control viéndose reflejado en los puntajes del inventario de depresión de Beck y la escala de depresión de Hamilton.

Cabe mencionar que la aplicación de la IPT en un dispositivo grupal pareciera presentar muchas ventajas en las pacientes con depresión posparto, ya que el participar en un grupo de tratamiento puede ayudar a reducir la presión social que existe sobre las mujeres en posparto; el simple hecho de compartir sus experiencias con otras mujeres que están pasando por lo mismo, su adaptación a la maternidad, las dificultades en sus redes de apoyo, y la experiencia de la sintomatología depresiva, todo esto puede tener efectos beneficiosos en la mujer ya que reduce los sentimientos de soledad.

En el año 2009 Mulcahy, Reay, Wilkinson, y Owen desarrollaron una intervención grupal de 8 semanas basada en una revisión de ensayos previos de IPT grupal. La intervención constó de 2 sesiones individuales, 8 sesiones de terapia grupal y una noche de parejas de 2 horas.

Se llevaron a cabo 2 sesiones previas a la terapia grupal para poder confirmar los síntomas y el diagnóstico con los puntajes obtenidos en las pruebas, posterior a esto se les

explico cómo sería el proceso de la terapia grupal y también se explicaron las expectativas ante la terapia, las cuales fueron el poder permanecer enfocado a sus asuntos interpersonales, la rapidez, mejorar el “aquí y ahora”, abstenerse de contactarse fuera de la sesión así como trabajar activamente en sus objetivos entre cada sesión.

El propósito de las sesiones iniciales (1-2) fue el reunir a las mujeres con temas en común y establecer el acercamiento colaborativo en la terapia de grupo. Los terapeutas establecieron una estructura para fomentar la autorrevelación apropiada y facilitar la comunicación efectiva. Durante los grupos intermedios (sesión 3–6) se abordó el enfoque interpersonal de cada miembro del grupo y se intentaron intervenciones utilizando técnicas específicas de IPT: se intentaron aclaraciones, facilitación del afecto, análisis de comunicación, capacitación en comunicación, juego de roles o lluvia de ideas.

El estudio prestó especial atención a resaltar la universalidad de las preocupaciones de las mujeres y alentar a las madres a aprender indirectamente a través de las experiencias de otros en el grupo. En las sesiones grupales 7–8, los terapeutas ayudaron a los miembros a consolidar su progreso en la resolución de las cuatro áreas problemáticas de IPT, planificar futuras contingencias y abordar específicamente el final de la terapia.

Durante el posparto las mujeres que presentan depresión suelen haber presentado dificultades en la transición a la que se enfrentan con la maternidad y por ende haber desarrollado dificultades en sus redes de apoyo.

Los resultados derivados de este estudio nos muestran que la intervención tuvo un alto impacto en las madres, así como en sus pares con respecto a las expectativas de las madres.

Psicoterapia grupal interpersonal en sintomatología depresiva en el posparto y la relación madre-bebé.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente con respecto a la efectividad del IPT en la depresión posparto. Carolyn Deans realizó una adaptación específica de este manual para que la intervención no únicamente tuviera como objetivo la disminución de la sintomatología depresiva, sino que de la misma manera pudiera tener un efecto positivo en la vinculación de la madre con el bebé (Deans et al., 2015).

Deans presentó esta adaptación del modelo sumando dos sesiones más y haciendo adaptaciones particulares en cada una de las sesiones para poder tener una mejor efectividad, dichas adaptaciones, se basan principalmente en la transición de los roles que están atravesando estas madres sin embargo se amplía el foco de la intervención a también mejorar la comunicación con el bebé y la comunicación con su grupo de apoyo. De la misma manera la adaptación cuenta con una sesión para parejas la cual igualmente está adaptada para trabajar no únicamente la sintomatología depresiva sino que también aborda temas de la vinculación con el bebé y como el soporte emocional que le brindan a la madre ayuda a que exista una mejor comunicación en la diada y de igual manera esto sea benéfico en la salud mental del padre (Deans et al., 2015).

Intervenciones de Tele-psicología durante el COVID-19

La Tele-psicología es la práctica psicológica empleando las diferentes tecnologías de la información y de la comunicación tales como los celulares, computadoras, videollamadas, correo electrónico, blogs y redes sociales, entre otras; la comunicación puede ser tanto verbal, con imágenes o en sincronía como es el caso de las videoconferencias y este método es

principalmente implementado para proporcionar un servicio psicológico e información a la distancia, ya sea corta o larga (Picot,1998)

La implementación de esta metodología trae consigo una serie de ventajas tanto para el profesional como para los pacientes ya que facilita la atención en lugares de difícil acceso o para personas con dificultades de desplazamiento, sin embargo, este tipo de aplicación también supone un reto en diferentes ámbitos, tanto tecnológico, jurídico o clínico que el profesional debe tener en cuenta (Urzúa, Vera-villaruel, Caqueo-urizar, y Polanco-carrasco, 2020).

En todo momento se debe de velar por el bienestar y confidencialidad del paciente/participante con el cual se esté trabajando, se debe tener en cuenta y el respaldo de un consentimiento informado en donde se detalle el método de trabajo, los riesgos que este conlleva además de los alcances y limitaciones que puede tener la intervención (Ramos, 2017)

También es importante mencionar que el entorno físico tanto del paciente como del profesional debe proporcionar las mismas condiciones de privacidad y contención que caracterizan a un entorno profesional estándar, además de que el profesional debe de asegurarse que la información que el paciente le brinda se encontrará debidamente resguardada y sin riesgo alguno (Ramos, 2017).

La Tele-psicología hoy por hoy es una herramienta que se usaba en casos específicos de difícil acceso al área de trabajo, sin embargo, en la actualidad este método de comunicación se ha visto incrementado en un 30% debido a la emergencia sanitaria que estamos atravesando en el país, como fue reportado en un estudio que se realizó en donde se

implementó una encuesta para conocer como el COVID-19 había impactado las diferentes fuentes de trabajo (Interamericana, Society, y Interamericana, 2020).

5. OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

Implementar y evaluar el efecto de una intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo interpersonal breve que disminuya la sintomatología depresiva en mujeres durante el posparto, así como evaluar el efecto en la calidad del vínculo madre-bebé y las funciones cognitivas maternas.

Objetivos específicos:

- ✓ Adaptar e implementar una intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo interpersonal breve propuesto para atender depresión diseñado por la OMS (2016) para su implementación en madres durante el periodo de posparto.
- ✓ Detectar niveles de sintomatología depresiva durante los primeros 18 meses de posparto en madres.
- ✓ Identificar la calidad del vínculo madre-bebé en madres durante los primeros 18 meses de posparto.
- ✓ Integrar perfiles cognitivos en madres durante los primeros 18 meses de posparto.
- ✓ Explorar la asociación existente entre la sintomatología depresiva en el posparto y la calidad del vínculo madre-bebé.
- ✓ Evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica grupal en madres durante el posparto en la sintomatología depresiva, la calidad del vínculo madre-bebé y las funciones cognitivas maternas.

- ✓ Explorar la asociación existente entre las funciones cognitivas (memoria, atención y funciones ejecutivas), la sintomatología depresiva en el posparto y la calidad del vínculo madre-bebé.

Hipótesis

Hi: La terapia grupal de la IPT breve disminuirá la sintomatología depresiva durante el posparto, teniendo un efecto positivo en la calidad del vínculo madre-bebé y las funciones cognitivas maternas.

Ho: La terapia grupal de la IPT breve no tendrá efecto alguno en la sintomatología depresiva durante el posparto, ni en la calidad del vínculo madre-bebé y las funciones cognitivas maternas.

6. MÉTODO

Tipo, modelo o enfoque de intervención.

Esta propuesta de intervención se estructuró como una intervención cuasi experimental según la clasificación de Hernández Sampieri (2010) con un único grupo experimental. Se incluyeron dos grupos de comparación adicionales, el primero fue integrado por un grupo de madres que no participaron en la intervención (Grupo de Comparación) y pudieron ser evaluadas antes de la intervención y posterior a ésta y un tercer grupo que sólo pudo ser evaluado antes de la intervención y abandonó el estudio.

Este fue un estudio transversal, con una muestra por conveniencia con evaluación pre y post intervención mediante la aplicación de los diferentes instrumentos de medición que se analizaron de manera cuantitativa, corroborando los puntajes con las relatorías de las sesiones.

El grupo experimental fue integrado por 4 mujeres de 18-40 años a las cuales se aplicó una entrevista semiestructurada y posteriormente los instrumentos Mother and Baby Scales (MABS), Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), Inventario de depresión de Beck y Escala de depresión posnatal Edimburgo, así como la prueba neuropsicológica Neuropsi: atención y memoria. Posteriormente se les aplicó una intervención de psicoterapia grupal de la IPT breve en donde se buscó ligar la historia de vida y relación vincular de la madre con la relación de esta con su bebé, en otras palabras, se trabajó el aquí y el ahora examinando

las relaciones personales de la madre actuales y buscando intervenir en la formación de síntomas.

Para el presente estudio se consideró analizar las siguientes variables:

Variable Dependiente: Vinculo materno-infantil, Desempeño en Funciones Cognitivas y Sintomatología depresiva en el posparto.

Variable Independiente: Programa de Intervención Psicoterapéutica Interpersonal Breve Grupal

Participantes y Escenario

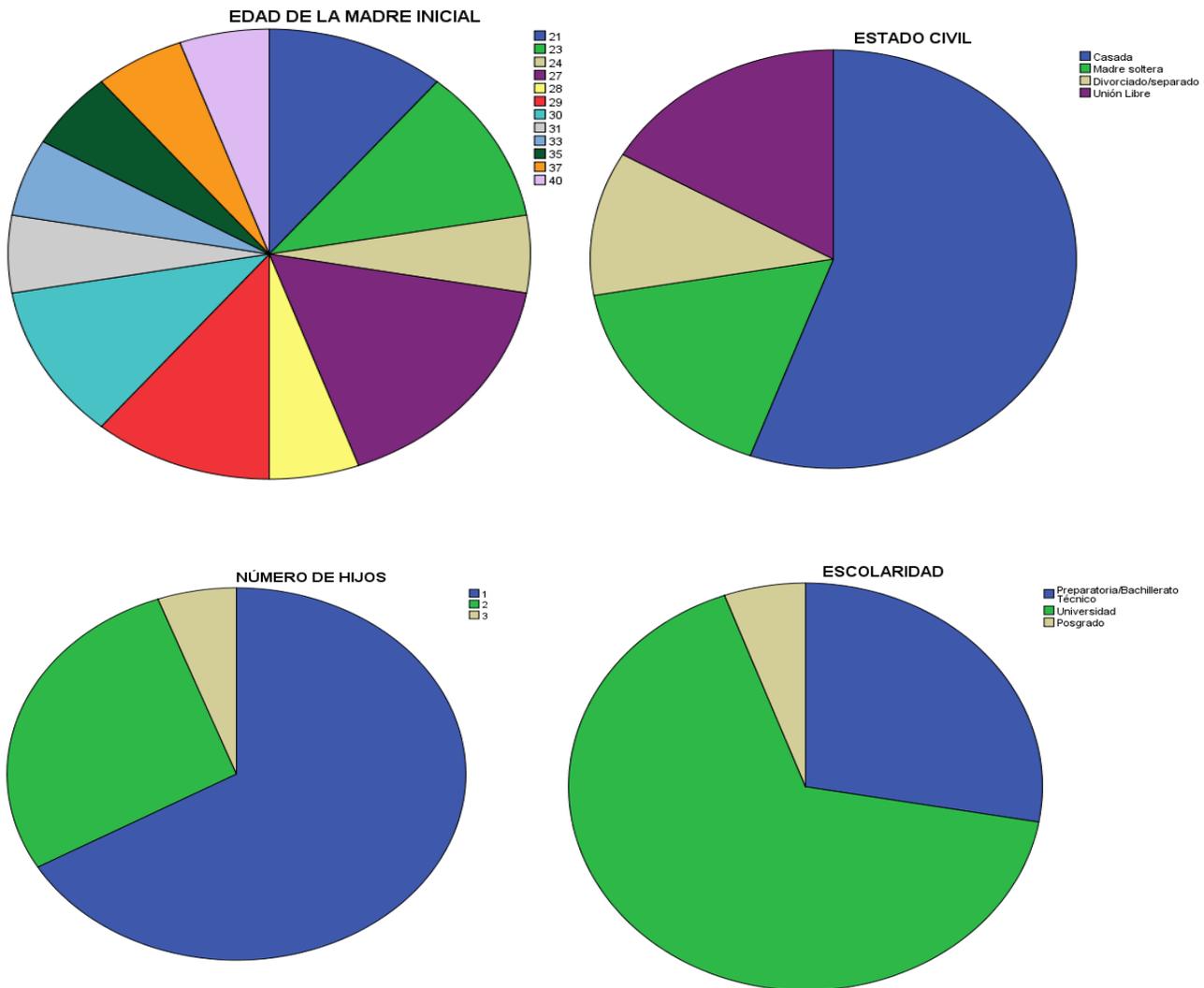
Fueron evaluadas un total de 18 madres del público en general y madres previamente valoradas en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi). Sin embargo, se reportaron los datos únicamente de 10 madres en donde 6 participantes se ubicaron en un grupo de comparación y las 4 restantes, sí cumplieron los criterios para participar en el grupo de intervención. De manera inicial las intervenciones se llevaron a cabo en las instalaciones del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) en un ambiente controlado, libre de ruido y de distracciones, la intervención se comenzó en la cámara de Gesell de dicha institución, posteriormente debido a la contingencia tuvo que ser trasladado a un formato virtual mediante videoconferencias grupales debido al inicio de la contingencia COVID-19 en México que requirió la suspensión de actividades presenciales no esenciales.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

En todas las madres que participaron en la evaluación se reportó un 66.7% (12) de madres con estudios universitarios, 27.8% (5) estudios de bachillerato y un 5.6% (1) con estudios de posgrado, las mamás se encontraban en un rango de edad entre los 21 años a los 40, se encontró que un 33.3% (6) de las mamás reportaron que la edad de su bebé era de 10 meses, así como un 55.6% (10) se encontraba casada, 16.7% (3) era madre soltera, 11.1% (2)

Gráfica 1

Descripción de la muestra



estaban separadas de su pareja y un 16.7% (3) se encontraban en unión libre. La población fue seleccionada con un muestreo por conveniencia, una técnica de muestreo no probabilístico.

► **Criterios de Inclusión:**

1. Mujeres de 18-40 años
2. De 1 mes a Máximo 18 meses de haber nacido el bebé y ser responsable de la crianza actual del bebé.
3. Presentar sintomatología depresiva.
4. No presentar trastornos neurológicos.
5. No presentar ningún tipo de trastornos del espectro psicótico previamente diagnosticada.
6. No estar en otro proceso psicológico o psicofarmacológico.
7. No presentar ideación o riesgo suicida al momento de la evaluación inicial.
8. Que sepan leer y escribir en español.
9. Aceptar y firmar el consentimiento informado.

► **Criterios de Exclusión:**

1. Madres adolescentes.
2. Madres con bebés mayores a 18 meses de nacidos.
3. Presentar trastornos neurológicos.
4. Presentar un diagnóstico previo de algún tipo de trastorno psicótico.

5. No haber firmado el consentimiento informado.
6. Hallarse al momento de la evaluación en otro proceso psicológico o psicofarmacológico.
7. Abandono de la intervención.

Tabla 7
Tabla descriptiva de las participantes

FOLIO	EDAD	EDAD	ESCOLARIDAD	Estado	EPDS	BDI	PBQ
		BEBÉ		Civil			
YS001	29 años	16 meses	Licenciatura	Separada	12	15	19
NA002	30 años	10 meses	Bachillerato	Unión libre	20	28	30
PF003	23 años	4 meses	Bachillerato	Unión libre	17	23	32
MG004	23 años	9 meses	Licenciatura	Unión libre	23	33	15
DC005	40 años	14 meses	Licenciatura	Separada	13	16	14
<u>* NY006</u>	24 años	8 meses	Licenciatura	Soltera	<u>13</u>	22	27
ML007	21 años	12 meses	Bachillerato	Casada	2	13	15
AG008	21 años	4 meses	Bachillerato	Casada	11	12	19
KC009	35 años	13 meses	Licenciatura	Casada	24	29	41
YG010	29 años	16 meses	Licenciatura	Casada	22	21	12
<u>*YG011</u>	37 años	10 meses	Licenciatura	Casada	<u>17</u>	24	7
MA012	27 años	15 meses	Licenciatura	Casada	26	43	27
<u>*IP013</u>	27 años	10 meses	Licenciatura	Casada	<u>11</u>	20	17
<u>*PT014</u>	33 años	10 meses	Posgrado	Casada	<u>8</u>	14	10
MI015	27 años	5 meses	Bachillerato	Soltera	5	12	7
SS016	31 años	10 meses	Licenciatura	Soltera	14	23	17
ET017	30 años	10 meses	Licenciatura	Casada	15	17	18
AP018	28 años	1 meses	Licenciatura	Casada	20	24	13

*Los folios que se encuentran subrayados son las mamás participantes en la intervención. Fuente: elaboración propia.

Instrumentos y Técnicas de recolección de datos.

Las pruebas siguientes se aplicaron de manera presencial e individual:

- **Entrevista Stafford de Salud Mental Materna**

Autor: Brockington et al, 2017.

Descripción: Es una entrevista de respuestas abiertas que está diseñada para ser utilizada con madres de distintas culturas, evalúa la salud mental materna y un apartado para el vínculo madre-bebé desde la concepción hasta el posparto. Las secciones utilizadas incluyeron el apartado de evaluación de antecedentes del embarazo, parto y posparto y la relación madre-hijo la cual esta última puede realizarse de forma independiente. La puntuación se otorga según lo relatado por la madre en las diferentes preguntas tomando en cuenta los diferentes factores de riesgo. De igual forma se agregarán preguntas de indagación sobre el funcionamiento cognitivo previo al embarazo.

- **NEUROPSI: ATENCION Y MEMORIA**

Autor: Ostrosky-Solis, F., Gómez-Pérez, M., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. y Pineda, D. (2007).

Descripción: Es una prueba neuropsicológica que evalúa un amplio espectro de funciones cognoscitivas en población de 16 a 84 años, las cuales incluyen: orientación, atención y concentración, memoria de trabajo, memoria verbal y visual, y funciones

ejecutivas y motoras. El Neuropsi Atención y Memoria cuenta con normas obtenidas en la población mexicana, considerando la edad y la escolaridad.

Las pruebas siguientes se aplicaron a manera de auto reporte y se realizaron de manera presencial durante la primera sesión de la intervención para poder establecer una línea base de la sintomatología a tratar.

- **EPDS (Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo), Cosme**

Autores: Cox, J.L., Holden, J.M. y Sagovsky, R. 1987, versión validada en población mexicana por Alvarado-Esquivel, Sifuentes-Álvarez, Salas-Martínez, Martínez García, 2006.

Descripción: La EPDS es una escala de autorreporte comprendida por diez preguntas que exploran la sintomatología depresiva dentro de los quince días antes de su aplicación. Cada pregunta se califica en un intervalo de 0 a 3 puntos dependiendo de la severidad que reporten, así como la duración. Este instrumento ha demostrado altos niveles de confiabilidad oscilando entre .70 y .73 del alfa de Cronbach. Se sugiere un punto de corte de ≥ 8 para identificar riesgo de depresión posparto a partir de las 4 semanas de posparto en la versión validada para población mexicana.

- **Inventario de Depresión de Beck BDI-2**

Autor: Aaron Beck, R.A. Steer y G.K. Brown con validez y confiabilidad en población mexicana por Jurado et al. (1998), quienes confirmaron que posee buena consistencia interna (alfa = .87).

Descripción: El BDI está conformado por 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de cero a tres indicando el nivel de severidad de la sintomatología.

Puntos de corte para el nivel de depresión: Mínima 0-9, Leve 10-16, Moderada 17-29 y Severa 30-63.

- **MABS (Mother and Baby Scales)**

Autor: Wolke y St. James-Roberts, 1987.

Descripción: Evalúa las reacciones emocionales negativas del neonato, así como las percepciones de los padres sobre cuán seguros se sienten en los cuidados de su hijo. La estructura de este instrumento permite la obtención de información de diversas áreas de la maternidad. Nos muestra la percepción sobre el comportamiento del recién nacido y una mayor presencia de la variable evaluada sobre los cuidados brindados al bebé percibido por la madre cuando se reporta mayor puntaje.

- **PBQ (Postpartum Bonding Questionnaire) (En proceso de validación Palacios-Hernández et al, 2018)**

Autor: I. F. Brockington, C. Fraser, D. Wilson, 2006. Versión Mexicana en proceso de validación (Palacios-Hernández et al, 2019).

Descripción: Este instrumento de auto reporte de tipo Likert está diseñado para la detección de trastornos de la relación madre-bebé, consta de 25 reactivos y se subdivide en diferentes escalas las cuales son: factor general, rechazo y enojo patológico, ansiedad centrada en el lactante, abuso incipiente. Un mayor puntaje indica mayores alteraciones del vínculo materno-infantil.

- **PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale) (En proceso de validación Palacios-Hernández et al, 2018)**

Autores: Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D. Versión Mexicana en proceso de validación (Palacios-Hernández et al, 2019)

Descripción: Identificar a las mujeres en riesgo de ansiedad problemática en el período perinatal. Escala tipo Likert con una confiabilidad de 0.96 y consta de 31 ítems. Se aplicó una versión adaptada a la población mexicana por Palacios-Hernández et al, en proceso de validación.

8. PROCEDIMIENTO

El procedimiento consistió en tres etapas que se describen a continuación:

Primera etapa: contacto y evaluación psicológica.

La identificación de participantes y su reclutamiento se realizó mediante una relación de mujeres con indicadores de sintomatología depresiva previamente evaluadas por el Laboratorio de Salud Mental Perinatal a cargo de la Dra. Bruma Palacios Hernández, PITC del CITPsi, a las cuales se les realizó una invitación (correo electrónico / teléfono) a participar en el proyecto de forma gratuita.

De igual manera se realizó una convocatoria abierta al público en general que se difundió en redes sociales, posters y volantes para que las madres interesadas pudieran tener una valoración de su situación. Cartel con el cual se llevó a cabo la captación de la muestra.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE QUERÉTARO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

¿TIENES UN BEBÉ DE 1 A 18 MESES DE EDAD?

¿TE SIENTES CANSADA, IRRITADA Y SIN GANAS DE NADA? ¡PODRÍA SER IMPORTANTE!

LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA UAEM TE INVITA A UN ESTUDIO SOBRE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MADRES.

BENEFICIOS:

- RECIBIR UNA EVALUACIÓN GRATUITA SOBRE SU ESTADO EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LA RELACIÓN CON SU BEBÉ.
- UNA SESIÓN DE EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO DE SU BEBÉ
- EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS DEPRESIVOS SE LES INVITARÁ A UN PROCESO DE PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE.

MUJERES DE 18-40 AÑOS.
QUE SEPAN LEER Y ESCRIBIR
NO ESTAR EN OTRO PROCESO PSICOLÓGICO O PSICOFARMACOLÓGICO
*GRUPO TERAPÉUTICO SIN COSTO.
**CUPO LIMITADO

INFORMES:
PSIC. BRISA SALCEDO *ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA UAEM
CEL: 7772658318 CORREO: BRISA.SALCEDOS@UAEM.EDU.MX

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE QUERÉTARO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

¿TIENES UN BEBÉ DE 1 A 18 MESES DE EDAD?

¿TE SIENTES CANSADA, IRRITADA Y SIN GANAS DE NADA? ¡PODRÍA SER IMPORTANTE!

LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA UAEM TE INVITA A UN ESTUDIO SOBRE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MADRES.

BENEFICIOS:

- RECIBIR UNA EVALUACIÓN GRATUITA SOBRE SU ESTADO EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LA RELACIÓN CON SU BEBÉ.
- UNA SESIÓN DE EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO DE SU BEBÉ
- EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS DEPRESIVOS SE LES INVITARÁ A UN PROCESO DE PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE.

MUJERES DE 18-40 AÑOS.
QUE SEPAN LEER Y ESCRIBIR
NO ESTAR EN OTRO PROCESO PSICOLÓGICO O PSICOFARMACOLÓGICO
*GRUPO TERAPÉUTICO SIN COSTO.
**CUPO LIMITADO

INFORMES:
PSIC. BRISA SALCEDO *ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA UAEM
CEL: 7772658318 CORREO: BRISA.SALCEDOS@UAEM.EDU.MX

A las mujeres interesadas que aceptaron y firmaron el consentimiento informado de participación al proyecto se les envió los cuestionarios de los instrumentos para después agendar la sesión de evaluación; posteriormente se les realizaron evaluaciones psicodiagnósticas individuales para esto se consideraron los siguientes tipos de instrumentos: Entrevista estructurada para la captación de información, pruebas psicométricas (instrumentos de evaluación materna) y en la sesión de devolución la prueba neuropsicológica.

Se realizó la Entrevista Stafford de vínculo materno infantil con las preguntas de Funciones Cognitivas y se le solicitó a la madre que asistiera a la entrevista con su bebé, de igual manera se les aplicó el Neuropsi: atención y memoria en la sesión de devolución.

Una vez conformado el grupo de intervención por las madres que cumplieron los criterios de inclusión, en la primera sesión se les realizó la replicación del MABS, PBQ, EPDS y BDI para la obtención de una evaluación de base previa a la intervención.

Con los datos obtenidos se les invitó a participar en el programa de intervención.

Segunda etapa: Implementación del programa de intervención breve.

Una vez obtenidos los resultados de las evaluaciones se implementó un programa de psicoterapéutico que se complementó con los temas previamente estipulados, cuyo objetivo primordial fue disminuir la sintomatología depresiva, y con esto mismo generar una mejora en el vínculo madre-bebe y las funciones cognitivas determinadas.

Se planeó realizar una intervención grupal mediante la terapia interpersonal breve centrada en explorar en la madre, cómo ha sido su experiencia desde la gestación hasta la actualidad, sus redes de apoyo, así como su propia percepción de su desempeño como madre y como esto se ha visto relacionado a la sintomatología depresiva. De manera inicial se planeó la intervención para aplicarse en 8 sesiones una vez por semana con una sesión dirigida a acompañantes siendo un total de 9 sesiones, las cuales tendrían una duración de un hora y media cada una.

Se planeó cada sesión con un tema en específico para dar pie a las madres que comiencen con sus aportaciones personales; haciendo intervenciones cuando fuese necesario de acuerdo con el discurso. Las sesiones se comenzaron a llevar a cabo en la cámara de Gesell del CITPsi siendo ésta un aula ventilada en la que se respetaba la privacidad de las participantes, cada sesión se grabó para cotejar con las relatorías. Se contó con una

coterapeuta la cual apoyó con las intervenciones, realizar la observación y retroalimentación de cada sesión y un observador para apoyar en el registro de la sesión.

Se realizó una sesión psicoeducativa con los acompañantes de las madres después de la tercera sesión con ellas, con la finalidad de brindarles la información necesaria para hacer frente a las adversidades por las que pasa e identificar estrategias de apoyo a la madre con sintomatología depresiva.

Se realizó la invitación a todas las mamás entrevistadas y que habían obtenido un puntaje mayor a 8 en el cuestionario EPDS debido a que ese es el punto de corte estipulado para determinar la presencia de sintomatología depresiva posparto. La cita se hizo para el miércoles 26 de febrero del 2020; de las 10 mamás invitadas únicamente se presentaron 6 madres a esta primera sesión sin embargo, 2 participantes no pudieron continuar cuando se hizo el cambio a modalidad en línea. Se realizaron 3 sesiones presenciales con las mamás y posteriormente se realizó la sesión psicoeducativa con los acompañantes de las madres. Posterior a esta reunión que fue el miércoles 11 de marzo del 2020 mismo día en el cual la OMS cataloga el COVID-19 como una pandemia, la secretaría de salud en nuestro país anunció la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia, el 16 de marzo del mismo año, en la cual se suspendieron todas las actividades no esenciales entre las cuales se ordenó el cierre de todas las instituciones educativas y el salir de casa únicamente a las actividades necesarias, por lo que se realizaron adaptaciones al proyecto para poder continuar el trabajo con las madres durante la emergencia sanitaria de manera virtual.

Se realizaron adaptaciones a las sesiones programadas, por lo que de 9 sesiones se alargó a 12 sesiones para brindar mayor apoyo emocional a las madres durante la contingencia. Se agregó una sesión extra el miércoles siguiente al decreto, la cual fue dedicada a la contención emocional de las madres con respecto a la contingencia; de igual manera se agregaron dos sesiones más para el manejo de los síntomas de ansiedad, una sesión se trabajó Mindfulness la cual fue dirigida por la Psicóloga Anel de León y la otra fue una sesión de yoga perinatal en la cual recibimos el apoyo de la instructora Daniela Mazón. Dichas sesiones se integraron al programa después de que se realizara una segunda medición para evaluar el trabajo presencial en donde se aplicaron nuevamente los instrumentos iniciales (BDI, EPDS, PBQ Y MABS) sin embargo, debido a la aparición de síntomas de ansiedad por la contingencia sanitaria en esta ocasión se agregó un instrumento de medición de la ansiedad (PASS), el cual nos indicó que se habían incrementado los indicadores de ansiedad debido a esto con la finalidad de complementar el programa y estabilizar lo más posible a las mamás se decidió agregar estas 2 sesiones extras.

La intervención se basó en una psicoterapia grupal con 12 sesiones implementadas con las madres, donde las primeras cuatro sesiones fueron realizadas de forma presencial, con 3 de ellas dirigidas a las madres y una a un acompañante elegido por ellas, y posteriormente de la sesión 5 hasta las 12, fueron realizadas por videoconferencia, debido a la contingencia sanitaria por el COVID-19 que obligó al cierre de las instalaciones del Centro donde se realizaba la intervención. El desglose de la intervención, en donde se expone el propósito de la sesión, su desarrollo, las técnicas implementadas y finalmente un breve análisis de lo observado se presenta en la sección de resultados.

9. ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos fueron capturados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 23.00.

La muestra se dividió en 3 grupos, un grupo experimental, grupo control y un grupo evaluado sólo al inicio en un total de 18 participantes los cuales se organizaron de la siguiente manera:

Tabla 8

Agrupaciones de la muestra

Grupo	Nombre	Momento	N
0	Grupo Control	Sin intervención	6
1	Grupo Experimental	Intervención	4
2	Grupo evaluado sólo al inicio	Reclutamiento inicial	8
TOTAL			18

Fuente: Elaboración propia.

1.- Para el análisis de las variables sociodemográficas

- Se realizó un análisis descriptivo.

2.- Para analizar el cambio derivado en las variables de depresión, ansiedad, calidad de vínculo y funciones cognitivas antes y después de una intervención psicoterapéutica grupal (Grupo Experimental) se hizo el análisis en diferentes tiempos:

Tiempo 1: Pre-Intervención.

Tiempo 2: Basal.

Tiempo 3: Al finalizar modo presencial.

Tiempo 5: Seguimiento a 1 mes.

Tiempo 4: Al finalizar la intervención.

Tabla 9

Tiempos de medición y pruebas aplicadas en cada medición.

Tiempos de medición	No.	Grupo experimental (GE) N=4	Grupo Control (GC) N=6
MEDICION 1	1	BDI, EPDS, PBQ PASS Neuropsi	BDI, EPDS, PBQ PASS MABS Neuropsi
BASAL	2	BDI, EPDS, PBQ MABS	
Al finalizar formato presencial. Previo a CAMBIO A MODALIDAD EN LINEA	3	BDI, EPDS, PBQ PASS MABS	
FINAL	4	BDI, EPDS, PBQ MABS PASS Neuropsi	BDI, EPDS, PBQ MABS PASS
SEGUIMIENTO 1 MES	5	BDI, EPDS, PBQ MABS PASS	

*Filas Sombreadas amarillo: Periodo de contingencia sanitaria por COVID-19

Los análisis realizados fueron los siguientes:

- ***Análisis BDI, EPDS, PBQ. (Comparación tiempos 1, 2, 3, 4 y 5) Prueba Friedman***
- ***Análisis PASS: (Comparación tiempos 1, 3, 4, y 5) Prueba Friedman***

- **Análisis Neuropsi (Comparación tiempo 1 y 4) Prueba de Wilcoxon**
- **Análisis MABS (Comparación tiempos 2, 3, 4 y 5). Prueba Friedman**

Se realizó un tipo de prueba: No paramétrica de variable dependiente cuantitativa, n=4.

3.- Para medir la diferencia entre grupos independientes (Grupo experimental y Grupo control) en cuanto a las variables (BDI, EPDS, PBQ, PASS, NeuroPsi) en Tiempo 1; y variables (BPD, EPDS, PBQ, MABS, PASS) en Tiempo 4.

- **Para la comparación de grupos independientes se empleó una prueba U de Mann-Withney.**

Se utilizó una prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes y analizar si hay una diferencia en la magnitud de la variable que estamos estudiando.

- **Análisis 3a.**

3.a.1. Se buscó comparar los resultados del Grupo Experimental con los del Grupo Control (BDI, EPDS, PBQ; PASS, Neuropsi, MABS) en el Tiempo 1.

3.a.2. Se compararon los resultados del Grupo Experimental con el Grupo Control en las variables (BPD, EPDS, PBQ, MABS, PASS) en Tiempo 4.

- **Análisis 2.b.**

Se compararon los resultados de Grupo Control en Tiempo 1 y Tiempo 4: (Para evaluar el cambio Sin intervención).

La prueba de Wilcoxon se utiliza para comparar un grupo antes y después, es decir, muestras relacionadas.

10. ASPECTOS ÉTICOS.

Conforme a la declaración de Helsinki (Manzini, 2000) se menciona que es deber del investigador proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano con el que se trabaja, así como hacer previo a la intervención una comparación cuidadosa de los riesgos y beneficios previsibles para los participantes.

Para realizar esta intervención se atendieron los lineamientos éticos de la American Psychological Association de la norma sobre “Investigación y Publicación” y sobre “Terapia” (APA, 2010) así como las medidas pertinentes para poder llevar a cabo la intervención en tele-psicología. De igual manera se contó con la consideración, apoyo y aprobación del Comité de Ética del Centro Transdisciplinar de Psicología (CITPsi) de la UAEM con número de registro institucional 221019-25 (Anexo 1).

Al comenzar la intervención los participantes recibieron un consentimiento informado (Anexo 2 y 3) el cuál contenía:

- Introducción/Objetivos.
- Acuerdos
- Beneficios
- Confidencialidad del proyecto.
- Participación Voluntaria/Retiro.
- Riesgos /Compensaciones.
- Aviso de Privacidad
- Protección de Datos Personales

11. RESULTADOS

Objetivo 1. Adaptar e implementar una intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo interpersonal breve propuesto para atender depresión diseñado por la OMS (2016) para su implementación en madres durante el periodo de posparto.

Sesión 1

26/02/2020

Objetivo: Presentación y abordaje informativo de la sx de la depresión.

Desarrollo de la sesión: Presentación de los terapeutas y de las participantes. Se comienzan a abordar temas relacionados a la depresión, síntomas, conductas y como esto ha impactado en sus vidas y como madres. Durante la presentación la mayoría de las mamás coincidieron en que estaban en el grupo por 'la búsqueda de ayuda', para poder 'expresarse', para hablar sobre la maternidad real vs la maternidad que te han planteado. Se presentaron 5 mamás.

Se realizó el establecimiento del encuadre, forma de trabajar, horarios, tolerancias, se les especifica que las sesiones serán grabadas en la cámara de Gesell y se les proporciona el consentimiento informado. Se trabajó el rapport para poder mejorar el espacio terapéutico y así buscar disminuir las resistencias presentes en el nuevo grupo terapéutico.

Análisis de la sesión.

En un primer momento las madres se mostraban a la expectativa de lo que iba a tratar, pero el hecho de que estuvieran presente la mayoría de los bebés funciono como un agente externo que las ayudo a poder interactuar incluso antes del inicio de la sesión como tal, poco a poco pudieron irse identificando unas con otras y a su vez comenzaban a comparar si un bebé ya caminaba y el otro no, si un bebé era más tranquilo y el otro muy activo, esto empezó a generar tanto identificación como una reacción comparativa por parte de ellas. Se pudo observar a diferentes madres, en esta sesión que identificaremos de la siguiente manera: NY006, YG011, IP013, PT014, SS016.

Cuando las madres se comenzaron a expresar sus preocupaciones y dificultades que presentan tales como la idealización de la maternidad contra la realidad, además de que expresan que en diversas ocasiones no se sienten comprendidas como madres, que les cuesta trabajo expresar sus emociones con respecto a su maternidad. La participante SS016 expresó que se siente cansada de aparentar que todo está bien y que busca encontrar comprensión y no sentirse más atrapada de lo que ya está. La participante YG011 expresó su agradecimiento por estos espacios para poder expresar como se siente ya que en algunas ocasiones con 3 hijos se siente realmente sobrepasada y expresa mediante broma “*si quien no te dice que un día me aloco y aviento a la niña por allá*” a los cual todas se ríen. Posteriormente en la presentación de NY006 se observa a una madre más ausente del grupo, menciona que quiere “hacer mejor mi trabajo y vine a aprender” esta madre en especial durante la primera sesión muestra cierta indiferencia a momentos y en otros sí se mostraba atenta.

Las participantes ante la pregunta “¿Cómo está siendo el posparto para ustedes?” se mostraron participativas, comenzó participando IP013 quien expresó que se sentía mejor en este posparto que con su primer bebé, expresó tener miedo de volver a sentirse sola como en su primer parto y que por eso para esta ocasión se había preparado y que si en algún momento pensó en “apenas vas saliendo de una y ya vas otra vez”. Posteriormente en la participación de SS016 expresó haberse sentido fatal en su embarazo ya que se separó de su pareja, pero que ahora disfruta estar con su hija en donde se siente apoyada por su otra hija, su mamá y su hermana a lo que las demás participantes reaccionaron con una asentimiento ante la búsqueda de apoyo y se abrió el tema para poder expresar que el posparto ha sido realmente un reto y que cada día van aprendiendo cosas nuevas a lo que NY006 reaccionó que para ella estaba siendo muy difícil porque a pesar de tener los conocimientos de enfermería y cuidados de recién nacidos para ella le representaba un verdadero reto, se sentía estancada pero tuvo que hacerse a la idea de que ya no podría seguir con sus planes de vida como los tenía y que ahora debía seguir adelante no solo por ella sino también por sus bebé. Después de esta intervención YG011 expresó sentirse con mucha culpa ya que para ella estaba siendo muy difícil ser madre de 3 hijos, que sentía no poder darse abasto con cada uno y que además la diferencia de edad hacia aún más difícil el poder encontrar un punto medio. La participante PT014 comenzó su participación mencionando que para ella el tener un hijo “fue un cambio muy radical que no estaba dentro de sus planes”

y mencionó tener muchos problemas con su pareja porque no tiene trabajo, en este momento rompe en llanto mencionando que se siente sobrepasada por las tareas correspondientes al bebé y a la casa además de sentirse muy juzgada por no dar lactancia materna y que la gente la juzga por no hacerlo. Seguido a este comentario el nivel de tensión dentro del grupo se relajó y las madres comenzaron a expresar sus molestias por la poca participación de sus parejas además de no sentirse comprendidas ni valoradas como madres en todos los sacrificios y esfuerzos que realizan cada día.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. El grupo manifestó sus sentimientos encontrados ante la maternidad.
2. La experiencia de PT014 generó un ambiente de empatía y catarsis ante la falta de comprensión ante su situación actual.
3. La preocupación de cumplir con los estándares establecidos de una “buena madre” se expresó con sus experiencias y frustraciones.
4. La comunicación deteriorada con sus parejas es factor de conflicto y distanciamiento.
5. Ideas de aborto/ adopción.

Sesión 2

29/02/2020

Objetivo: Explorar los cambios percibidos desde el embarazo, parto y posparto y cómo se ha hecho frente a ellos. Explorar sus redes de apoyo, su percepción personal, sus frustraciones, miedos y expectativas en comparación a la realidad.

Desarrollo de la sesión: Se exploraron cómo fueron las experiencias personales de cada una con respecto a estos al embarazo, parto y posparto. Se identificaron cómo se relacionan estos a la sintomatología depresiva asociada al posparto y a su vez cómo lo relacionan con el apoyo que reciben por parte de su familia, pareja, amigos. Las madres expresaron sus frustraciones y enojos por no sentirse comprendidas y por no poder tener tiempo para su realización personal. Se presentaron únicamente 3 de las 6 mamás iniciales.

Análisis de la sesión:

Las integrantes del grupo que asistieron se mostraron un tanto ansiosas al notar la ausencia de algunas compañeras sin embargo esto se fue diluyendo conforme fueron participando y fuimos retomando los puntos vistos en la primera sesión que ayudaron a mejorar la identificación de unas con otras mediante la escucha activa.

Durante esta segunda sesión la dinámica pudo ser más personal ya que fue con menos madres, principalmente las madres expresaron sus emociones antes el cambio de rol que están experimentando y sobre todo tuvieron la libertad de expresar sus vivencias en el parto. YG011 relató como durante su parto se sentía sola y que hizo todo lo posible por contener a su bebé hasta que llegara su esposo, se expresa con una sonrisa pero con preocupación explicando que su esposo se iba de viaje al día siguiente y realmente le preocupaba que su hija naciera y que su padre no estuviera: “no se si me escuchó o si ella sentía mi angustia pero una noche antes decidió llegar” seguido de esto SS016 comentó que a ella le hubiera gustado que su parto hubiera sido así de rápido ya que el de ella duró casi un día entero y se sintió muy angustiada.

Posterior a esta intervención YG011 menciona que su esposo fue el que escogió el nombre de su hija, a lo que SS016 reacciona “¡mi expareja hizo lo mismo! ¡Pero a mí ni me preguntó nada! Yo quería ponerle dos nombres porque combinaban, pero él me dijo que no, que el segundo nombre nadie lo utiliza” la participante expresó su frustración mientras se acomodaba en su lugar.

Posterior a esto las madres expusieron cómo les generó molestia como las cosas cambiaron tan rápido y que las personas a su alrededor se sentían con derecho de opinar sobre como deberían alimentarlos, cómo deberían dejarlos llorar o no e incluso también cómo la pareja juega un papel importante en esta actitud ya que SS016 menciona que constantemente la nulificaba y le decía que le hiciera caso a su mamá (de él) para que la señora limpiara a la bebé con un huevo y que así la niña dejara de llorar tanto; este tipo de afirmaciones generaron incomodidad en el grupo que entre risas y comentarios manifestaron su incomodidad a que personas ajenas a ellas y sus parejas emitieran juicio sobre lo que es mejor para su bebé. Además, SS016 mencionó que se sentía realmente presionada de no poder regresar a trabajar o de tener tiempo para las tareas del hogar ya que teniendo a la bebé es imposible poder dejarla sola.

Se aborda el tema de las relaciones interpersonales, que pudieran identificar las relaciones más significativas en su círculo y porque, a lo que YG011 comenzó mencionando que una de las personas más significativas para ella es su esposo, que la apoya aunque no tanto como ella quisiera ya que su esposo trabaja en ciudad de México, de igual manera mencionó que le gustaría “mejorar como mamá, poder entender que no soy perfecta y que mis hijos y esposo comprendan que hago lo mejor que puedo además de que me he dedicado a ser mamá y me he olvidado de mí”.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Creencias, mitos y realidades de la maternidad.
2. Percepción del apoyo por parte de terceros.
3. Apoyo emocional a la madre más que al recién nacido.
4. Las madres exteriorizaron el haberse olvidado de sí mismas por ser madres.

Sesión 3

04/03/2020

Objetivo: Se exploró sobre la percepción de las madres con respecto a sus bebés, su temperamento, características, las expectativas de ellas con respecto a la realidad, así como los problemas que esto representa con respecto a la sintomatología depresiva.

Desarrollo de la sesión: Se dieron a conocer las expectativas de las madres con respecto a sus bebés y cómo están enfrentando las problemáticas del día a día con ellos. Se abordó el cómo los bebés se pueden ver afectados por la sintomatología depresiva asociada al posparto. Las mamás hablaron sobre sus propias percepciones de sus bebés y sobre cómo con la maternidad, la carga de trabajo y las altas expectativas sobre el ser una “buena madre” se sentían solas y poco comprendidas. Se comenzó a desarrollar un ambiente de comprensión mutua entre ellas en donde se llegó a escuchar “¡creí que era la única! Ahora me siento más tranquila” A esta sesión asistieron 5 de las 6 mamás iniciales.

Análisis de la sesión: Las resistencias del grupo van desapareciendo poco a poco conforme se van abordando los temas de la maternidad. Las mamás llegan a tener momentos de catarsis sobre las cosas que

las incomodan o que las hacen sentir vulnerables. Cuando hablamos sobre las expectativas propias de sus bebés se percibe un ambiente de resistencia en donde una de ellas se aventura a hablar sobre sus deseos de dar en adopción a su bebé durante el embarazo y esto genera un despliegue total de las emociones por parte de todas en donde comienzan a reconocer lo que ellas esperaban y a su vez las cualidades del bebé que tienen en brazos.

Debido a la ausencia de diferentes mamás en esta sesión se recapituló un poco con las madres a lo cual ellas se mostraron participativas y ellas mismas retomaron algunos temas de la sesión previa retomando temas como la falta de apoyo y el tener la comunicación con su pareja cortada además de agregar que se sintieron bien de poder encontrar un grupo de madres donde pueden hablar libremente de cómo se sienten.

El ambiente grupal se muestra más relajado en donde llegan las madres y comienzan a platicar entre ellas de cómo estuvieron y de sus bebés. SS016 comienza la sesión teniendo una catarsis hablando de la mala relación que tiene con su expareja a lo que menciona que “la bebé no es solo leche y pañales, necesita mucho más” menciona sentirse muy enojada y triste en donde se hace la intervención de vertical hacia ella de ¿Qué te enoja? En donde ella rompe en llanto diciendo que su expareja no se muestra comprometido en la relación con su hija y menciona “No quiero un embarazo ni otra hija yo sola, el me prometió que no sería así y a los 15 días ya era así, me dejó sola en esto y no es justo, me mintió” además de que menciona sentirse presionada de que la gente le diga que la niña necesita a su papá.

Todo el tiempo me estoy preguntando si lo que estoy haciendo está bien o no por que dejo de pensar en mí y lo que siento para que la bebé este bien y pase tiempo con su papá; mientras la mamá sigue hablando la bebé comienza a ponerse cada vez más inquieta y comienza a llorar. Se manejan silencios y entonces NY006 expone su punto de vista en donde ella se alejaría completamente de la pareja y posteriormente IP013 le cuenta su experiencia viviendo como hija de padres separados en donde para ella su padre es prácticamente un extraño en donde al menos la expareja de SS016 visita una vez a la semana a su hija, el padre de ella no y menciona “quizá si él hubiera hecho eso mi vida sería muy diferente ahora”.

Después de una pausa de silencio se le pregunta a SS016: ¿Qué significo tu bebé para ti? A lo que ella trata de evadir, pero finalmente responde “Cuando estaba embarazada significó mucha angustia,

sacrificio, dolor emocional, abandono y violencia. Ahora es todo lo contrario, ahora ella es fuerza, mucho amor y la veo como una oportunidad de crecer para mí, buscar la manera de salir adelante.” De igual forma menciona “fue un cambio muy drástico, de muy mal a muy bien, pero la situación con su papá, su abandono es algo que me duele mucho, no me gusta”.

Después de la intervención de la coterapeuta se logró aterrizar a la participante sobre su situación actual, sobre cómo la falta de expresión de sus emociones, de sus enojos y tristeza por el abandono de su pareja se estaban viendo reflejadas en sus acciones tanto con su hija como con sus familiares.

La catarsis realizada por la participante SS016 generó en el grupo comentarios de empatía y de comparación de sus casos, NY006 después de mostrarse ausente en la mayoría del tiempo de la sesión finalmente se abrió diciendo que se sentía identificada con su testimonio ya que no estaba en sus planes y que sentía mucha angustia por si debería abortarlo o no o si lo daría en adopción o no a lo que mencionó que hoy se alegraba de no haberlo hecho porque a pesar de que no todo es fácil finalmente está aprendiendo a entender a su bebé.

En general las madres expresaron cómo se sintieron en el momento de enterarse de que iban a ser mamás y 3 de las 5 madres presentes coincidieron en que el aborto pasó por sus mentes pero que cuando llegaron los bebés la idea desapareció, sin embargo las dificultades durante el posparto las hacen sentir que el temperamento de sus bebés en general era más inquieto de lo normal o en el caso de SS016 su hija es demasiado tranquila, incluso NY006 menciona que en el momento que vio a su bebé si sintió bonito pero que no se sentía cercana a él y que incluso aún le costaba trabajo pero que poco a poco lo intentaba.

Las madres expresaron el sentimiento de angustia y frustración al tener que renunciar a muchas cosas por tener al bebé, desde el trabajo, estudios, individualidad incluso comenzaron a realizar intervenciones entre ellas mismas sobre sus propios roles de madre y como mujer.

Poco a poco se hacen más cercanas unas con otras, coincidiendo con temas difíciles y temas alegres, incluso entre ellas se reconocen sus propios logros y se realizan observaciones de sus fallas. Se comenzó a abordar el tema de las mujeres que fueron antes y las mujeres que son ahora.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Historia familiar y cómo inconscientemente determina actitudes actuales.
2. Complicaciones en el parto y partos difíciles.
3. Relación complicada de pareja.
4. Sentimientos de soledad, culpa, tristeza, frustración y miedo.

Sesión 4 Acompañantes

11/03/2020

Objetivo: La sesión con acompañantes se diseñó de manera psicoeducativa con el objetivo de brindar herramientas para dar soporte y actuar de manera asertiva con las mamás que se encuentran sobrepasadas en el posparto y presentan síntomas depresivos.

Desarrollo de la sesión: La sesión con los acompañantes fue dirigida principalmente en un contexto psicoeducativo en donde se buscó brindar la información necesaria a los acompañantes de las mamás los cuales fueron principalmente parejas y las propias abuelas, lo cual hizo que la sesión se viera enriquecida desde el punto de vista de cada uno. Cada uno comparte su experiencia de cómo vivieron el embarazo, parto y hasta ahora el actual posparto de las mamás. Se llegan a conclusiones de cómo enfrentar los diferentes conflictos y de cómo también ellos como acompañantes son una parte importante de cómo las madres están percibiendo el posparto. Asistieron 5 acompañantes correspondientes a 4 de las mamás asistentes.

Análisis de la sesión: En esta sesión se percibió un ambiente de expectativa con lo que se iba abordar. Conforme la sesión fue avanzando hubo diferentes participaciones en donde se fue generando un ambiente de confianza en donde se permitieron el expresar sus sentimientos hacia sus bebés, así como sus vivencias propias con las mamás. De igual manera se expresaron sus sentimientos ante el nacimiento de los bebés y todos los cambios y preocupaciones que esto traía consigo, se realizaron clarificaciones en este mismo proceso en donde mediante la escucha activa.

Se realizó una presentación en PowerPoint en la cual se les expuso la perspectiva de la madre, del proceso por el que están pasando y el papel que los acompañantes juegan en él. Cabe resaltar que asistió el esposo de PT014, la mamá de IP013, el esposo de YG011, la mamá y la expareja de SS016 los cuales en un principio se mostraban a la expectativa de que iba a tratar la reunión, muchos de ellos pensaban que sería una sesión psicológica como tal por lo que se les explicó que únicamente sería una sesión psicoeducativa.

Al preguntarles a los asistentes si en algún momento les habían preguntado a las mamás cómo se sentían siendo madres los esposos se quedaron callados y las madres de las mamás dijeron que sí; fue realmente enriquecedor el tener la experiencia de las mamás mismas en el grupo ya que pudieron hablar de su vivencia y sus perspectivas para que los demás asistentes pudieran entender un poco más las posturas de madres e igualmente de manera inversa el que los padres pudieran expresar sus pensamientos y emociones con respecto a convertirse en padres generó que las mismas abuelas pudieran entender incluso conflictos anteriores de su maternidad misma. El esposo de YG011 expresó sentirse muy impotente por no poder ayudar a su esposa en ciertas cosas, como con la lactancia y que intentaba ayudarla en lo que podía cuando estaba en casa, este participante en específico habló mucho sobre cómo admira a su esposa por ser tan entregada con sus hijos y el sacrificio que ha sido para ella el renunciar a su crecimiento profesional para cuidar a sus hijos.

El esposo de YG011 fungió como un agente confrontativo/proyectivo para los demás participantes, cuando se habló sobre lo que cambió en sus vidas al convertirse en papás ellos pudieron expresar cómo había sido para ellos el poder adaptarse desde la perspectiva masculina, en especial con este agente ya que fue él quien pudo expresar más sus emociones las preocupaciones principales para él como la cuestión económica, el tiempo, y la presión que pudiera esto generar en su esposa. Después de estas afirmaciones los padres comenzaron a expresar que les resultaba difícil el poder estar tiempo solos con sus bebés ya que cómo están más acostumbrados a sus madres cuando están solos con ellos se genera un ambiente de angustia para ellos por no saber por qué llora, como llora, se desesperan y les frustra que no saben qué hacer.

Cuando se habló sobre las estrategias de acercamiento y de comprensión ante esta nueva etapa ellos reaccionaron a qué les hace sentir ver a sus bebés, cómo se sienten al tener esta cercanía con ellos y mencionaron cómo reaccionaban al aroma de los bebés, mencionaron sentir que el aroma de sus bebés era

propio, sentirlos como algo realmente de ellos. De igual manera se les preguntó a que les parecía el aroma de sus bebés a los que todos respondieron que les encantaba, que les parecía el olor más hermoso, incluso el esposo de YG011 menciona que incluso al comienzo le gustaba el olor de sus heces.

A manera de cierre se realizó una lluvia de ideas sobre las diferentes estrategias que cómo acompañantes pueden implementar para apoyar a las madres en este proceso y de igual manera que puedan mejorar su relación con sus propios hijos.

Algunas de estas ideas fueron: estar más pendiente de cómo se sienten las madres, preguntarles cómo se sienten con esta etapa y también expresarles sus propios sentimientos sobre la paternidad, también hablaron de involucrarse más en los cuidados de los propios bebés para sentirse más cercanos a ellos y estar más presentes en la crianza de sus hijos.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Relaciones familiares complicadas.
2. Trabajo en equipo y la comunicación de pareja.
3. Realización personal de los padres y madres
4. Figura paterna en sus hijos.
5. Apoyo percibido en la crianza.

Sesión 5 CONTINGENCIA

18/03/2020

Objetivo: Se realizó una contención emocional ante la nueva contingencia COVID-19.

Desarrollo de la sesión: Esta sesión se dedicó a las vivencias de las madres con respecto a la situación actual de la pandemia y cómo esto estaba generando un estado de angustia y ansiedad en ellas. Las mamás expresaron cómo este encierro estaba siendo un estresor en ellas haciendo aún más énfasis en su sentimiento de “sentirse atrapadas como madres”, mencionaron que sus hijos estaban teniendo problemas conductuales que ya se habían superado pero que con el encierro estaban volviendo. Los síntomas de

ansiedad se hacen aún más presentes. Las mamás se muestran participativas en las sesiones virtuales, sin embargo, la falta de privacidad puede ser un factor en contra. En esta sesión se conectaron 5 de las 6 mamás que iniciaron en la modalidad presencial.

Análisis de la sesión: Durante la sesión las mamás se mostraron ansiosas por la situación de la contingencia, la situación de encontrarnos en incertidumbre de cuando todo terminaría hacía que las mamás se sintieran aún más conflictuadas. En esta sesión se pudo percibir un ambiente de tensión en donde se tuvo que hacer nuevamente un trabajo de encuadre para poder darles estructura a las mamás, pudimos percibir un ligero retroceso en la maduración grupal ya que prácticamente fue empezar de cero. Las mamás se adaptaron bien al cambio de presencial a videoconferencia, pero aun así se percibieron ciertas resistencias.

Durante el protocolo realizado para el proyecto se abrió este espacio para poder dar contención a las madres sobre el inminente cierre a cuarentena por la pandemia del COVID-19. Se buscó generar un espacio libre para ellas donde pudieran expresar sus ideas, sus preocupaciones, sus miedos; fue entonces cuando SS016 mencionó que no había dimensionado el alcance que esta pandemia podría tener hasta que cerraron las escuelas y anunciaron que todo debía cerrar, SS016 menciona que en un principio si sintió pánico por saber que estaba pasando, pero ya después de investigar e informarse poco a poco se fue calmando. Posterior en esto IP013 menciona que se sintió de la misma manera, pero más que nada por el hecho de qué iba a hacer con sus hijos encerrada por tanto tiempo, se sentía ansiosa y trataba de sentirse tranquila pero que no había sido “tan grave”. Ante su comentario la participante YG011 reacciono que ella se sentía de la misma manera, incluso más porque tenía que coordinar a sus tres hijos y además de que se veía con muchas dificultades ya que no cuentan con los dispositivos electrónicos suficientes para poder abastecer las necesidades de la escuela de sus hijos.

Se les preguntó sobre si se había platicado con sus parejas o acompañantes sobre la sesión psicoeducativa a la que asistieron y en ese momento PT014 se emocionó y comentó: “¡yo sí note un gran cambio! Mi esposo al día siguiente de la sesión se empezó a mostrar más atento, luego y me pregunto cómo estaba, y estos días me ha estado ayudando mucho.” Y entonces IP013 mencionó que su madre regreso y le dio un fuerte abrazo, desde ese día le ayudó un poco más e incluso le ayudo una tarde para que ella pudiera tener tiempo para ella. YG011 mencionó que su esposo llegó muy diferente, se ha involucrado más con sus

hijos y más ahora que está en Home Office le ayudaba, pero era complicado porque luego en las videoconferencias era complicado mantener el control.

En esta sesión se pudo observar a las madres precisamente en su entorno, el que pudieran tener las sesiones en sus casas nos permitió verlas más naturales en su convivencia con sus hijos, se pudo observar desde la madre que tenía más apoyo en el cuidado de su bebé hasta la que le era muy difícil poder mantener la videollamada por el llanto del mismo, esto nos habla de cómo ellas pasaban los primeros días de pandemia en los que desde la convivencia con sus hijos, la convivencia con sus parejas y la dinámica misma de ellas se vio afectada. Si bien en este proyecto se estaba trabajando desde una perspectiva de cómo estaban ellas llevando el cambio de rol en la maternidad al iniciar la pandemia este proceso se vio comprometido nuevamente ya que se nuevamente se deben adaptar a una nueva realidad en donde no se puede salir y deben volver a aprender a convivir con su propia familia todo el tiempo.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. El trabajo en casa y la maternidad.
2. Ansiedad al encierro.
3. Preocupaciones por la pandemia.
4. Límites y el encierro.
5. Además de sentirme como madre ahora físicamente estoy encerrada con mis hijos.

Sesión 6

25/03/2020

Objetivo: Explorar la historia clínica de la madre y como los hechos de su propia vida la han llevado a ser la madre que es ahora.

Desarrollo de la sesión: Se comenzó abordando los sentimientos que se han observado con respecto a la situación actual de la pandemia y como el encierro las ha hecho sentir, esto se comienza a relacionar con una breve introducción retomando lo anterior que se trabajó en modalidad presencial y se abordan las experiencias propias de su historia vincular y su actual vínculo con su bebé. Aparecen en la

sesión las experiencias traumáticas, y significativas para cada mamá y como esto puede ser un factor desencadenante en la sintomatología depresiva. En esta sesión se conectan 4 de las 6 mamás iniciales con las cuales a partir de aquí serán las únicas con las que se estará trabajando.

Análisis de la sesión: En esta sesión se pudo observar cómo las madres se sentían un tanto confusas y abrumadas debido al encierro. Las mamás se mostraron un poco resistentes al abordaje de la historia de vida propia, sin embargo, poco a poco se fueron abriendo a su historia propia en donde pudimos explorar como sus historias en cuanto a la crianza, al apoyo de pareja e incluso los mismos límites las han matizado para ser las madres que son ahora. Escuchamos relatos de ellas en donde mencionaron no querer ser como sus madres o no querer reproducir ciertos patrones como abandono o falta de apoyo.

Durante esta sesión las mamás iniciaron comentando que el encierro ha sido muy complicado para ellas, que les genera tener mucha hambre y que se sienten agobiadas por no poder seguir con sus rutinas normales, incluso con el trabajo han tenido dificultades ya que hay algunas cosas que no pueden hacer en línea.

En esta sesión se abordó el tema sobre la historia de vida de las madres, de cómo fue la dinámica cuando ellas eran niñas – adolescentes y se trabajó en detectar los diferentes patrones de sus madres que ellas mismas están repitiendo en donde una de las tareas fue identificar que patrones serían buenos y qué patrones malos, aquí la participante NY006 mencionó: “yo no siento que esté repitiendo ningún patrón, al contrario, ella era muy paciente y yo no, ella era muy amorosa y yo no soy así”

Se logró identificar una negación por parte de NY006 a identificar algunos patrones e incluso a realmente modificar algunas actitudes, se le hizo la pregunta sobre cómo explicaría ella su actitud y ella sin titubear mencionó “es que esto no estaba en mis planes y a veces siento que es mucho, con trabajos puedo abastecer mis necesidades y además están las de él. Yo creo que es eso.” Justo después de esto la participante IP013 mencionó que algo semejante le sucedió en su primer embarazo pero que lo que hizo fue tratar de hacer una pausa, analizar lo que estaba haciendo y pensar bien porque lo hacía o incluso si era como el patrón establecido de su mamá lo cambiaba por que en algunas cosas no le gustaría parecerse a ella. Se notó

un cambio en la actitud de la participante NY006, su postura se mostró más tensa y sin mucha participación, se retiró de la sesión 20 minutos antes de terminar.

De igual manera las mamás mencionaron que el hecho de cambiar las maneras de criar o de hacer las cosas diferentes les genera frustración porque en muchas ocasiones necesitan subir la voz o llegar a gritar ya que no ven el cambio deseado, se pudo observar que las mamás mencionaron que se sentían sobrepasadas en esta situación al menos una vez al día y que se sentía mucha frustración por no saber si están haciendo las cosas bien y no hay quien les diga cómo hacerlo.

Para dar un cierre a la sesión se buscó hacerles conscientes que no existe un patrón definido de cómo criar a sus hijos, que si ellas han decidido una manera de cómo hacerlo es un estilo propio en donde lo principal es que se sientan cómodas ellas y sobre todo el poder estar en constante monitoreo de cómo se están sintiendo en el día ya que si ellas lo evaden o tratan de dejarlo de lado al final del día van a sentirse superadas por la situación y no podrán manejarlo.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Comunicación con su bebé.
2. Límites y estilos de crianza.
3. ¿Qué hago cuando me siento sobrepasada?
4. ¿Qué puedo cambiar hoy para poder mejorar la relación con mi bebé?

Sesión 7

01/04/2020

Objetivo: Se retoma la pregunta ¿Qué es ser una buena madre? Y cómo esto las ha hecho sentir.

Desarrollo de la sesión: La sesión comienza como es habitual con la mención de cómo ha sido el encierro para cada una de ellas y cómo esta cuarentena está afectando su estabilidad emocional. Las mamás expresan sus preocupaciones con respecto a la economía, y a la sobrecarga de trabajo en la casa, las reuniones virtuales, el “hacer la comida” y a la convivencia diaria con todas las personas en sus casas. Esto

da pie para explorar y cuestionarles cómo se sienten siendo madres, cuál es su concepto sobre una “buena madre” y cómo esto puede afectar su vida e incrementar la sintomatología depresiva asociada al posparto. Se abordaron los sentimientos de culpa, inseguridad, frustración, tristeza, desvalorización que pueden estar siendo generados por esta falsa creencia la cual en esta etapa de la cuarentena las sobre pasa aún más ya que todas las mamás se quejan de no poder ser la mamá modelo que puedo perfectamente con todo y además estar super arreglada y “hasta con las uñas pintadas”.

Análisis de la sesión: En esta sesión se trabajó la tolerancia a la frustración que la falta de tiempo y la carga de trabajo les produce y a la vez se dio un ambiente de contención y soporte en el grupo donde por ellas mismas comienzan a romper sus propios paradigmas. El grupo comienza a entrar en esta etapa de maduración en donde ellas mismas funcionan como sus espejos, sus experiencias de vida colocan a las demás en una postura diferente y esto genera que ellas se cuestionen sus decisiones y se brinden la oportunidad de probar nuevas estrategias. Una situación muy rescatable es que en esta sesión todas se mostraron muy participativas y comenzaron a mostrar una actitud diferente hacia la maternidad, ya no todo es negativo.

IP013 comienza la sesión mencionando que ya quería poder tener la sesión por que se ha empezado a sentir muy presionada “ahora sí ya empiezo a sentir la presión, ya son muchos días sin salir y también mi esposo ha tenido dificultades en su trabajo y ya me empiezo a espantar de que quizá en México no estamos preparados para algo como esto, además de que el trabajo en casa es una pesadilla” y después de esta aseveración las mamás reaccionaron mencionando que el trabajar tanto tiempo en la computadora es desgastante y además el tratar de estar en reuniones con el bebé cerca es muy complicado y estresante no solo por esto sino también en el aspecto económico.

Se abordó el tema de cómo enfrentar esta nueva realidad que las pone a prueba ya que al estar encerradas su percepción del temperamento de sus bebés es más distorsionada, de alguna manera los bebés resienten el encierro y esto propicia que su temperamento sea más irritable lo que ha generado que las mamás se sientan más atrapadas y menos capaces de poder hacerle frente a su maternidad, a palabras de PT014 “ me siento ahora sí realmente atrapada como madre y me siento al límite, realmente pienso que en ocasiones

soy una mala madre por sentirme así” con esta afirmación las demás mamás asintieron con la cabeza y agregaron que se sienten más juzgadas que antes, más al límite en cada situación.

La participación de YG011 fue una catarsis en donde expresó que se sentía muy estresada y realmente sobrepasada con las clases en línea y las tareas del hogar, mencionó que el estar encerrada en su casa todo el tiempo la ha hecho sentirse muy ansiosa y en algunas ocasiones se ha sentido sobrepasada con las tareas pendientes a lo que mencionó: “Yo me siento agobiada, harta, cansada y quisiera un ratito de paz para mí; lo único que pude hacer para sentirme mejor fue salirme a lavar ropa”. Seguido de esta aseveración se realizó la práctica en donde las madres se cuestionaran y pensarán en diferentes estrategias de afrontamiento para poder darle salida a sus emociones en donde ellas mencionaron que principalmente el poder tener un momento para ellas donde puedan dejar de preocuparse por su papel de madre les ayudaría mucho, además de que en este momento muchas de ellas se han cuestionado si son unas malas madres por tener estos sentimiento de hartazgo y ganas de huir, sin embargo cuando ellas mismas se escucharon diciendo estos pensamientos en la voz de las otras madres les dio la oportunidad de expresar su sentir y así poder liberar su carga emocional de culpa de que no pasa nada si no son las “supermamá” que ellas mismas creían que debían ser, que tienen derecho a sentirse de esta manera y no hay nada de malo en ello.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Estrategias de afrontamiento.
2. No soy la super mamá y no pasa nada.
3. El reconocimiento de mi trabajo como madre, y el reconocer el trabajo de mi pareja.
4. ¿Dónde quedo yo? La mujer que fui antes de ser madre.
5. Confiar mi trabajo de madre a mis redes de apoyo.

Sesión 8

06/04/2020

Objetivo: Se retoma la pregunta ¿alguna vez volveré a ser yo? La cual se aborda desde la perspectiva de la maternidad, sin embargo, también se amplía a la situación de la próxima “Nueva normalidad” con la cual se planea salir de la cuarentena.

Desarrollo de la sesión: La sesión comenzó con las experiencias de la madre respecto a su sueño en esta cuarentena, ellas mencionan tener problemas para conciliar el sueño y que esto está afectando en su trabajo, de igual manera se retoma el tema de la vida sexual con sus parejas a lo que todas mencionan no tener apetito sexual, que no hay privacidad con sus hijos o que cuando hay tiempo están tan cansadas que prefieren tratar de dormir. Surgen de igual manera los sentimientos de tristeza sobre querer regresar a su vida normal, y que antes podían sentirse muy abrumadas como madres sin embargo ahora quisieran volver a esa normalidad anterior. Se identifican y racionalizan las ideas sobre si mismas con respecto a esta nueva etapa de su vida y la “nueva normalidad” a la cual nos enfrentamos actualmente. Se busca la generación de estrategias para el manejo de las emociones y de igual manera se discute el que podrían hacer para adaptarse mejor a esta nueva situación.

Análisis de la sesión: El tema de esta sesión fue algo que movió mucho a las madres ya que hablamos sobre lo que fueron antes de ser madres, pero también retomamos el tema de cómo eran ellas mismas antes del confinamiento. Las mamás externaron sus sentimientos relacionados a la cuarentena, expresaron sentirse completamente atrapadas sin embargo esto mismo las hizo poner en perspectiva sus sentimientos de antes de la cuarentena. Las mamás expresan sentirse agobiadas y con mucha carga de trabajo por lo cual también se trabajó sobre la comunicación con sus redes de apoyo y sobre como ellas expresan sus sentimientos. La sesión comenzó con la pregunta de ¿cómo sería esta cuarentena si no fuera mamá en este momento? A lo cual PT014 menciona que quizá la habría pasado más relajada, viendo la televisión, sin grandes preocupaciones pero que no lo cambiaría porque esta temporada ha ayudado a sentirse más cercana a su bebé lo cual le ha ayudado a ver cómo va creciendo su bebé y como cada día hay algo nuevo para él y que no solo él va creciendo, sino que ella misma ha sentido como va adquiriendo nuevas habilidades, sentirse más eficaz en el tiempo.

En esta sesión se pudo observar como las madres se muestran un poco más relajadas, se muestran cada vez más acostumbradas a la contingencia y a la convivencia con sus bebés, lo cual se ve reflejado en

cómo se expresan de su temperamento y en cómo mencionan que se sienten poco a poco más capaces de enfrentar las dificultades. Las madres participantes mencionaron que esta situación lo deben ver como una oportunidad para mejorar, en donde se retomó la idea de cómo eran ellas y como se sentían con esta nueva versión de si mismas, a lo que PT014 mencionó: “Si perdí individualidad, en mi vida de pareja ya no tenemos tantos momentos como antes y siento que ahora tengo una vida más apresurada y no sé si lo estoy disfrutando como debería, creo que si fue un shock fuerte la maternidad”. Esta misma madre mencionó que le gustaría disfrutar más y que siente que su trabajo la tiene mucho tiempo atada y no le da la oportunidad de disfrutar a su bebé.

Tanto PT014 como IP013 mencionaron que como están ahora no es como se imaginaban que sería, que fuera a ser algo tan demandante pero que con cada día van aprendiendo algo nuevo y que esta nueva situación es realmente difícil pero dentro de la dificultad pueden avanzar en diferentes aspectos de su vida.

Un punto importante que se aborda en la sesión fue como se encuentran ahora en su relación de pareja, cómo se han ido adaptando a la llegada del bebé. IP014 mencionó que ha llegado a acuerdos con su pareja para poder tener una mejor convivencia y poder trabajar en equipo en donde ahora quizá ya no es la luna de miel en donde solo están ellos dos solos, pero ahora con sus hijos han evolucionado como pareja a lo que las demás madres reaccionaron de una manera favorable. Se tocó el tema de la intimidad en las parejas a lo que todas reaccionaron diciendo que disminuyó muchísimo ya que el desgaste físico de la crianza no les deja tiempo ni energía para lograrlo.

A manera de cierre se retomó el hecho de que la maternidad trajo consigo diferentes tipos de cosas en donde si bien no ha sido fácil ellas han tenido un cambio favorable en donde no todo ha sido caótico, sino que también han podido descubrir nuevos aspectos de su vida y han podido desarrollar nuevas habilidades en donde incluso su relación de pareja se ha transformado y ahora también disfrutan de nuevas cosas.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Horas de sueño.
2. Como equilibrar mis emociones para disfrutar el presente.

3. Mi relación de pareja cambio desde el embarazo.
4. La vida sexual ahora.

Sesión 9

08/04/2020

Objetivo: Sesión de Mindfulness.

Desarrollo de la sesión: El objetivo con el Mindfulness es aprender a prestar atención de manera consciente a nuestros pensamientos y sentimientos. Detectar e identificar las emociones, observarlas objetivamente para poder gestionarlas, y así evitar que nos desborden. En esta sesión las mamás se mostraron muy emocionadas y participativas. Contamos con el apoyo de la Psicóloga Anel de León quien tiene experiencia dirigiendo sesiones de Mindfulness. Las mamás mencionaron sentirse mucho más relajadas y con interés en seguir practicando esta técnica. En esta sesión se presentaron 3 de las 4 mamás con las que se ha trabajado.

Análisis de la sesión: Durante la sesión se pudo observar cómo las mamás estaban realmente interesadas en aprender a manejar su ansiedad y fueron muy participativas con respecto a sus sentimientos. Se pudo trabajar muy bien y las mamás reportaron haberse sentido menos ansiosas después de la sesión. En esta sesión la principal en dirigir la dinámica fue la Psicóloga Anel de León que desde el año 2017 trabaja el manejo de la ansiedad en diferentes técnicas entre ellas el mindfulness.

Durante la sesión la psicóloga a cargo les explico qué es el Mindfulness, les explicó cómo funciona y cómo esta técnica les podría ayudar a manejar mejor sus emociones y sus momentos de descontrol, como pueden vivir mejor el momento que están viviendo y tener atención plena de ello.

Las madres se mostraron participativas y le expresaron que les gustaría aprender estas técnicas para poder disfrutar cada día con sus bebés, su pareja, su familia. En este momento mencionó IP013 que actualmente ha visto los beneficios de estar en cuarentena ya que no tiene que vivir corriendo de un lado a otro, el tener una vida sin prisas y disfrutando el estar en familia. De igual manera PT014 añadió que para ella ha sido un reto por su trabajo pero que ha disfrutado tener la oportunidad de disfrutar la familia y lo ha

sentido como una pausa en la vida para ubicarse en la bueno que también esta contingencia les ha traído sin embargo también quisiera aprender esta técnica porque en algunas ocasiones la situación de la contingencia le genera muchas preocupaciones en cuanto a lo económico, la salud propia y de sus familiares o el pensar que podría pasar, si durara 6 meses o que pasara en un año. Mientras se realiza la técnica podemos observar que las mamás participantes logran tener un momento en silencio, sus bebés están retirados de ellas, y tienen un momento en calma; únicamente la participante NY006 tiene pequeñas interrupciones con su bebé, pero logra volver a la sesión. Posterior a la intervención las madres se mostraron muy contentas, muy relajadas, mencionaron en algunos casos donde fue tal su tranquilidad que sintieron que podían quedarse dormidas lo cual implicaba que realmente estaban relajadas. Únicamente la participante NY006 mencionó que realmente le costó trabajo dejar su mente en blanco pero que al final lo logró.

Al final de la sesión las mamás se sintieron mucho más tranquilas y PT014 mencionó que en algún momento escuchó a su bebé y su esposo gritando en el cuarto de lado, pero en ese preciso momento la psicóloga dijo que debían vivir ese momento, ese presente y entonces se regresó en automático a la meditación y pudo relajarse completamente.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Vivir el aquí y el ahora.
2. Cómo equilibrar mis emociones para disfrutar el presente.
3. Utilización del Mindfulness en momentos de enojo.

Sesión 10

13/04/2020

Objetivo: Adaptación a la realidad.

Desarrollo de la sesión: En esta sesión se buscó el promover en las mamás la conciencia de los cambios permanentes en su vida con la maternidad, cómo se han sentido siendo madres, como llevan día con día este nuevo rol de madres y que ahora también se combina con la pandemia la cual también tendrá un antes y un después. Se busca concientizar a la madre de que los cambios en su vida son a largo plazo y como puede

ella adaptarse a su nueva realidad, así como hacerle consciente que este nuevo rol en el que se encuentra no lo lleva sola, sino que cuenta con una red de apoyo la cual en esta etapa de la contingencia está pudiendo ponerse a prueba y ha ido mejorando poco a poco.

Análisis de la sesión: Las mamás se muestran sensibilizadas en esta sesión ya que se retoma el apoyo que les ha sido brindado y coincide con una semana en la cual se comentó haber tenido algunos roces con algunas de sus parejas en donde también se les hizo consciente como estaban ellos pasando esta cuarentena y se trabajó sobre una comunicación más asertiva en cuanto a sus sentimientos y necesidades.

Durante la sesión se comenzó hablando de como las madres se han sentido en los últimos días en donde ellas como madres está sintiendo cada vez más el peso del trabajo en casa; IP013 mencionó que incluso en esta semana tuvo algunos roces con su pareja ya que en los cuidados de sus hijos le pidió ayuda y él se desesperó de no poder calmar el llanto de su hija lo cual provocó que ambos se pusieran muy tensos y discutieran, por otro lado YG011 mencionó que se había estado sintiendo bastante presionada ya que la familia de su esposo pasó de visita para invitarlos a salir y ellos no estaban guardando las medidas de sanidad por lo que se molestaron ya que se sentían expuestos en la pandemia. Por otro lado, de igual manera YG011 menciona que su hijo ha estado molesto por que ya quiere regresar a su escuela y el encierro está siendo complicado para sus hijos porque extrañan la convivencia con sus compañeros.

De igual manera se abordó el tema de que en esta nueva realidad tanto de la maternidad como de la pandemia ellas han tenido la necesidad de generar nuevas estrategias para tener una sana convivencia con su familia y sobre todo tener una buena comunicación con su pareja las cuales en ocasiones también pareciera demostrar actitudes de sentimientos de hartazgo ante el encierro y esto genera un ambiente de tensión. IP013 menciona que en algunas ocasiones se siente frustrada ya que su pareja se enfoca en solo trabajar y siente que se le olvida que también debe ejercer su paternidad y que él si puede tener sus días de descanso del trabajo, pero ella como madre no lo hace y menciona que pareciera que se le olvida que también ella merece descansar. Las madres comentan que si bien no todo es como ellas quisieran si han podido identificar sus emociones cuando se comienzan a sobrepasar, de igual manera han podido hacerles ver a sus parejas cuando necesitan más de ellos o cuando ellos también necesitan tener un espacio.

A manera de cierre hicimos una pequeña recapitulación de las estrategias que ellas utilizan ahora para poder manejar y enfrentar la realidad de su nueva vida en donde ellas mencionaron que algo que les ayuda mucho es el que ahora pueden entender un poco más el por qué se sienten de esa manera y que no está mal que en ocasiones quieran salir corriendo, de igual forma IP013 mencionó que utilizó las técnicas de respiración que practicaron la sesión pasada para poder dormir y le ha funcionado muy bien.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Importancia de la actividad física.
2. Interacción madre-bebé.
3. Comunicación madre-bebé.

Sesión 11

15/04/2020

Objetivo: Yoga Perinatal

Desarrollo de la sesión: Mediante esta sesión de yoga perinatal se buscó de igual manera generar estrategias para el manejo de la ansiedad además de permitir desarrollar y sostener el contacto y cercanía con sus bebés. Esta práctica ayuda a fomentar el vínculo y apego entre la madre y el bebé, así como tener un efecto de relajación en la madre también ayuda a la recuperación física en el posparto. Esta sesión fue impartida por la instructora Daniela Mazón quien tiene vasta experiencia en el yoga con madres. En esta sesión se presentaron 3 mamás de las 4 con las que se trabajó.

Análisis de la sesión:

En esta sesión fue algo interesante de mencionar que todas las mamás se conectaron minutos antes de la hora de inicio acordada y se reunieron con sus bebés a platicar y presentárselos unos a otros.

Las mamás se mostraban más tranquilas, relajadas y se notaba un goce en la interacción con sus bebés y los bebés de las demás. Durante la sesión se desconectó una mamá por problemas de conexión y una mamá tuvo que quedarse sentada ya que su bebé se había dormido sin embargo tras unos minutos de

descanso la bebé despertó y entonces las 3 mamás restantes se mostraron atentas a la instructora. Tuvimos la oportunidad de ver en vivo la interacción de las madres con sus hijos y fue ahí donde pudimos ver que podían tener mucha tolerancia, pero en cuanto comenzaban a desesperarse los bebés se ponían más inquietos y entonces la interacción se hacía aún más difícil, a ratos parecían tener el control de la situación y a ratos se mostraban desesperadas. Algo curioso que pasaba era que cuando se mostraban desesperadas las demás mamás les brindaban apoyo o el simple hecho de ver que las demás mamás tenían los mismos problemas a ellas las relajaba y entonces era más fácil la interacción con su bebé.

En esta sesión se podía notar la emoción de las mamás por poder tener este espacio para ellas y que de alguna manera podían compartir con sus bebés, desde que se cambió a la modalidad virtual solamente la primera sesión se habían conectado todas las asistentes, esta fue la segunda sesión en donde todas se conectaron y se mostraron con la disposición de realizar las actividades.

Es importante resaltar que todas las mamás estuvieron con su bebé, sin embargo, en el caso de YG011 se pudo observar cómo cuando trato de hacer algunos movimientos con su bebé la bebé se negaba y comenzaba a llorar lo cual desencadenó una expresión de frustración/enojo por no poder seguir con los movimientos; en el caso de NY006 estuvo presente los primeros minutos de la sesión, pero después apago su cámara para unos minutos después desconectarse. En el caso de IP013 realizó los ejercicios junto con su mamá y sus 2 bebés en donde pudimos observar la interacción ente los bebés mismos y con la madre. Finalmente, en el caso de PT014 se pudo observar que la interacción comenzó siendo buena, pero en algunas ocasiones el bebé se alejaba, pero volvía para saber que, hacia su mamá, finalmente pudo hacer la mayoría de los movimientos e interactuar con su bebé.

Los ejercicios más allá de ser un reto físico para las madres eran movimientos armónicos donde se buscaba principalmente la interacción con su bebé, mediante los movimientos se podía observar cómo algunas mamás tenían una mayor fluidez en la interacción con sus bebés y algunas otras mostraban más dificultad para poder interactuar con ellos.

La realización de estas actividades en conjunto con sus bebés principalmente pretende facilitar la interacción, facilitar la vinculación entre ellos, en cada momento del video se logra observar cómo los

propios bebés al ver a sus madres ahí acostadas en el piso las buscan para jugar, para interactuar, como los bebés en su conocimiento del mundo reaccionan a sus movimientos y más que nada a su estado anímico en donde ellas comienzan a determinar el ritmo de la interacción.

Posterior a la sesión de yoga las mamás se mostraron relajadas y a la vez con más interacción en esta sesión con sus bebés, algunos de sus comentarios fueron que se sentían relajadas y a la vez felices de poder tener actividades en conjunto. A palabras de IP013 menciona que las actividades fueron complicadas de realizar con los bebés, pero el hecho de hacer parte con ellos era favorable. Por otro lado, PT014 menciona que efectivamente era difícil realizarlo todo con su bebé por lo que ella optó por hacerlas por su lado y entonces su bebé se acerba a ella e interactuaba con su madre.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

4. Importancia de la actividad física.
5. Interacción madre-bebé.
6. Comunicación madre-bebé.

Sesión 12

22/04/2020

Objetivo: Cierre

Desarrollo de la sesión: En esta última sesión se trabajó sobre la orientación hacia el presente y el futuro que las mamás han ido desarrollando. Se retomaron los temas relevantes de lo que se analizó en el grupo, aportaciones, experiencias, los cambios experimentados o no, así como se dio un abordaje general a la situación actual de la contingencia. Las mamás se mostraron muy participativas, platicando entre ellas mismas, así como compartiendo y retroalimentándose unas a otras.

Análisis de la sesión: En la sesión se cierre se pudo observar a un grupo con mayor cohesión, un grupo el cual tenía una mejor interacción y que incluso todas llegaron puntuales a la sesión para poder dar

sus puntos de vista. Las mamás expresaron que les hubiera gustado que las sesiones hubieran durado más y de igual manera manifestaron su agradecimiento por lo brindado en el proyecto.

En esta última sesión cuando comenzamos ellas ya estaban conectadas y estuvieron hablando entre ellas y comentando como se habían sentido en la semana entonces cuando nosotros ingresamos simplemente nos incluyeron en su plática para poder decirnos cómo han estado. Se sentía un ambiente de resignación, ansiedad y preocupación ya que un día antes habían anunciado que la cuarentena se extendería hasta el 30 de mayo así que era el entender y aprender a estar en casa durante un mes más en donde se sienten un poco más cómodas sin embargo aún existe la nostalgia de volver a una vida normal.

En esta última sesión las mamás se ven físicamente más relajadas, más cómodas con la idea de estar con sus hijos, en la cámara se les puede observar con un semblante diferente y de igual manera se retoma la sesión anterior en donde se realizó la práctica de yoga en donde mencionan que principalmente se divirtieron, si bien no fue tan fácil realizar las posturas con sus hijos pudieron tener una convivencia diferente con ellos en donde el hecho de estar en el piso haciendo diferentes actividades las hizo relajarse un poco más de lo que estuvieran haciendo sus hijos sino de disfrutar el momento, ese espacio para ellas en donde pudieran relajarse, estirarse y tener un tiempo fuera de su rutina.

Los cambios que se pudieron ver en las madres son muy marcados, se hizo la actividad en donde ellas mismas expusieron como se sienten ahora en comparación con nuestros primeros encuentros, a lo que IP013 mencionó que se ha sentido muy diferente porque realmente se a puesto a analizar cómo se ha sentido en la semana, cuando se sintió feliz, cuando se ha sentido enojada y de igual manera esto la ayuda a entender sus emociones y poder darle salida a lo que le genera incomodidad, de igual manera las demás mamás mencionaron que disfrutaron el poder tener una hora en la semana en donde pudieran hablar exclusivamente de ellas, expresar cómo se siente y que hubiera otras mamás que compartieran sus pensamientos y sus ideas, añadió PT014 “me ha cambiado mucho la perspectiva desde que comenzamos, ha mejorado mi comunicación con mi marido, ha mejorado mi comunicación con mi bebé y además con la cuarentena aprendimos a valorar otras cosas que dábamos por hecho, ahora valoro más el poder tener espacio y tiempo para mi bebé y hasta a las maestras que hacen esto todos los días y yo con uno es pesado”.

NY006 comentó que en general le gustó mucho el proyecto sin embargo le hubiera gustado más tomar las sesiones de manera presencial que en línea por que le hubiera gustado tener más convivencia con las personas, además agregó “ la verdad si he sentido que he avanzado pero... *ríe* la verdad siento que ha sido muy poco y me he sentido mejor, ya no me he sentido tan mala mamá, me ha servido mucho escuchar a las demás, cómo piensan y cómo lo hacen pero en lo personal siento que mi avance ha sido muy mínimo”.

Lo cual nos dio pie a otro punto, cómo se sintieron en la cuestión virtual, a los que PT014 mencionó que en lo personal la opción virtual fue mejor para ella por su trabajo y el tener la opción de asistir desde casa fue más práctico para ella, YG011 mencionó que le gustaba más el poder asistir al centro para tomar las sesiones ya que al estar en casa era difícil para ella hablar libremente ya que sentía que pudieran escucharla o el simple hecho de salir de la casa hasta allá la hacía sentir tranquila de tener tiempo para ella y la hacía sentir mejor, IP013 mencionó que ambas le habían gustado, que cada una tiene sus pros y sus contras ya que con algunas cosas la distancia era un poco el problema; y finalmente se abordó el tema de que les hubiera gustado modificar o agregar a las sesiones a lo que respondieron que les hubiera gustado que durara más tiempo, que les había gustado mucho y que realmente esperaban los miércoles para poder hablar de sus cosas, además de que hubiera sido presencial quizá hubiera ayudado a conectar un poco más pero que aun así se sintieron a manera de tribu.

Para finalizar se realizó la pregunta de ¿Cuál fue su mayor aprendizaje de este proyecto? En donde IP013 mencionó que principalmente el estarse autoevaluando que le ayudaba a entenderse, saber de dónde provenía le daba calma y mayor capacidad para manejarlo además de expresarle a mi esposo cómo me siento y así poder ambos llegar a acuerdos para estar mejor todos. YG011 mencionó que más que nada le ayudó a entender sus emociones y no sentirse una mala mamá son estar rebasada en las tareas, y más que nada tenerse mucha paciencia porque no es nada fácil tener todo bajo control. NY006 mencionó que lo que más se llevó fue sobre las experiencias de las demás mamás y sobre todo que le ayudó mucho a pensar y sobre todo a pensar dos veces antes de actuar, en algunas ocasiones. PT014 mencionó que para ella fue la autoevaluación y también el reconocer sus propios sentimientos ya que no es nada fácil y además con las tareas del día a día no muchas veces te volteas a ver y te preguntas como estás, y menciona “*Lo más enriquecedor fue el no sentirte sola y pensar que eres la única mamá que está pasando por esto de LA*”

MATERNIDAD que nadie te enseña a cómo ser mamá, y esto aplica con 1,2,4,9 hijos por que cada maternidad, cada hijo es distinto y cómo lo vives en el tiempo es diferente” y para finalizar menciona que fue de mucho aprendizaje conocer a cada una de las mamás con sus diferentes realidades y sus diferentes perspectivas que ayudan a no sentirte sola.”

En general el trabajo en el grupo fue muy bueno, comenzaron a mostrar su cohesión como tal a partir de la sesión 9 en donde se empezó a ver que se conectaban unos minutos antes para platicar y después de la sesión de yoga se pudo observar cómo realmente se estaban formando como un grupo de mamás cohesionadas, en una tribu de mamás.

TEMAS EMERGENTES EN LA SESIÓN

1. Más sesiones de grupo con mamás.
2. Lo bueno y lo malo de las sesiones virtuales o presenciales.
3. El antes y después de la intervención.
4. Ya no me siento mala mamá, solo necesito mi tiempo.
5. Que me llevo de este grupo.

Objetivo 2: Detectar niveles de sintomatología depresiva durante los primeros 18 meses de posparto en las madres.

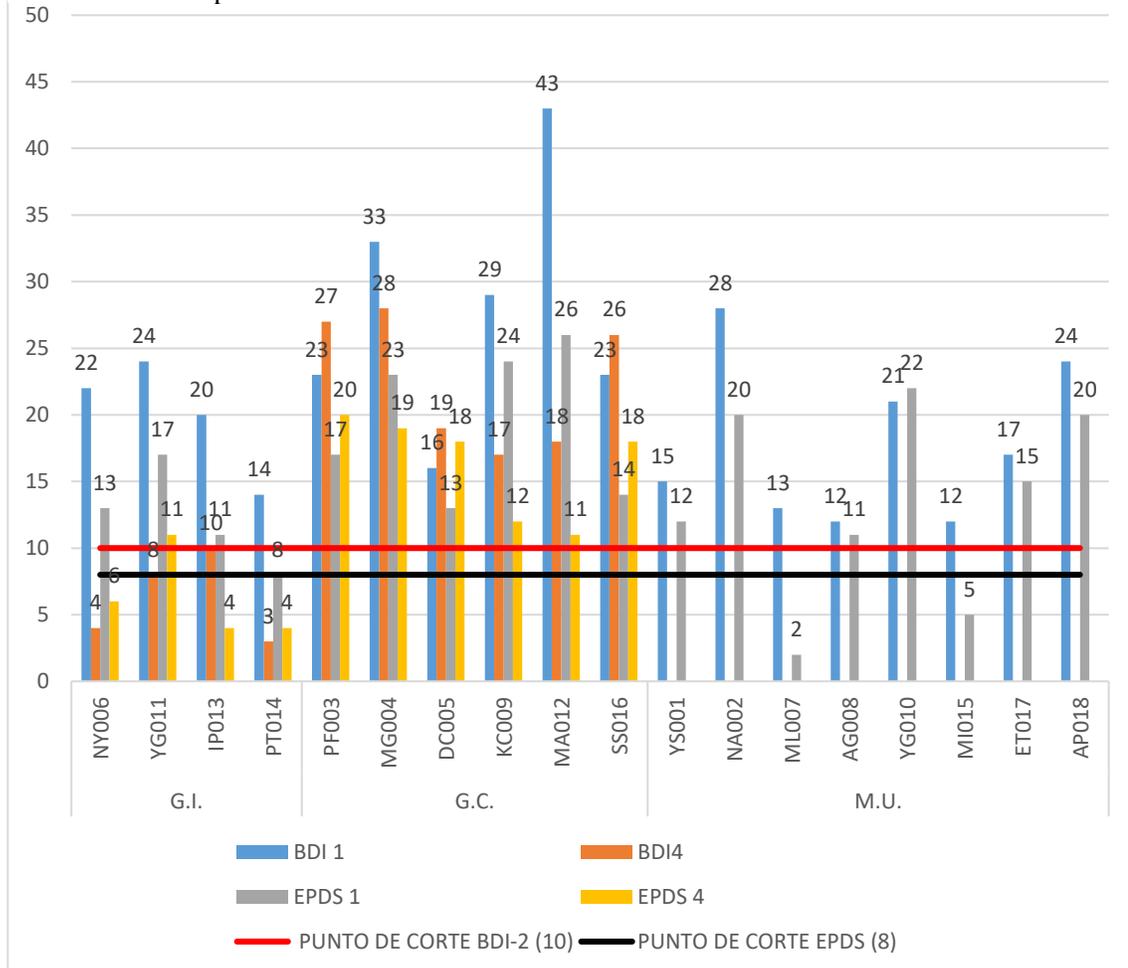
Para poder detectar los niveles de sintomatología depresiva en los primeros 18 meses del posparto se realizaron mediciones con el BDI y EPDS a los 3 grupos en 6 tiempos diferentes evaluaciones (Tiempo 1: Inicial, Tiempo 2: Basal, Tiempo 3: Al finalizar la intervención en modo presencial, Tiempo 4: al finalizar la intervención, Tiempo 5: seguimiento al mes después de la intervención y Tiempo 6: seguimiento 2 meses después de la intervención). En la tabla 10 se puede observar estas mediciones.

Tabla 10

Resultados de mediciones 1 y 4 de BDI -EPDS

Folio	BDI		EPDS	
<u>GRUPO EXP</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>4</u>
NY006	22	4	13	6
YG011	24	8	17	11
IP013	20	10	11	4
PT014	14	3	8	4
<u>GRUPO COMP.</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>4</u>
PF003	23	27	17	20
MG004	33	28	23	19
DC005	16	19	13	18
KC009	29	17	24	12
MA012	43	18	26	11
SS016	23	26	14	18
<u>GRUPO 2</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>4</u>
YS001	15		12	
NA002	28		20	
ML007	13		2	
AG008	12		11	
YG010	21		22	
MI015	12		5	
ET017	17		15	
AP018	24		20	

Gráfica 2
Indicadores de depresión



Como se puede observar en la gráfica 1 de las diferentes mediciones los puntajes de las madres asistentes a la intervención reportaron una reducción considerable en la sintomatología depresiva de acuerdo con la medición que se realizó al finalizar el grupo.

En los puntajes reportados por el EPDS podemos observar que la disminución no es tan marcada como en el BDI, esto lo podemos explicar desde el punto de vista que el EPDS es un instrumento que cuenta con ítems dedicados a la evaluación de los síntomas de la ansiedad (3, 4 y 5) los cuales debido a la contingencia sanitaria que estamos

atravesando están reportando un aumento considerable; por otro lado el BDI es un instrumento que evalúa única y exclusivamente los síntomas de la depresión tanto emocionales como conductuales, es por eso que la medición de los ítems es diferenciada. En los grupos de comparación y el grupo 2 podemos observar que las disminuciones en la sintomatología no se reportan, únicamente en el caso del folio MA012 podemos observar una disminución en la sintomatología ya que la madre reportó haber buscado atención psicológica de manera individual.

Objetivo 3: Identificar la calidad del vínculo madre-bebé en las madres.

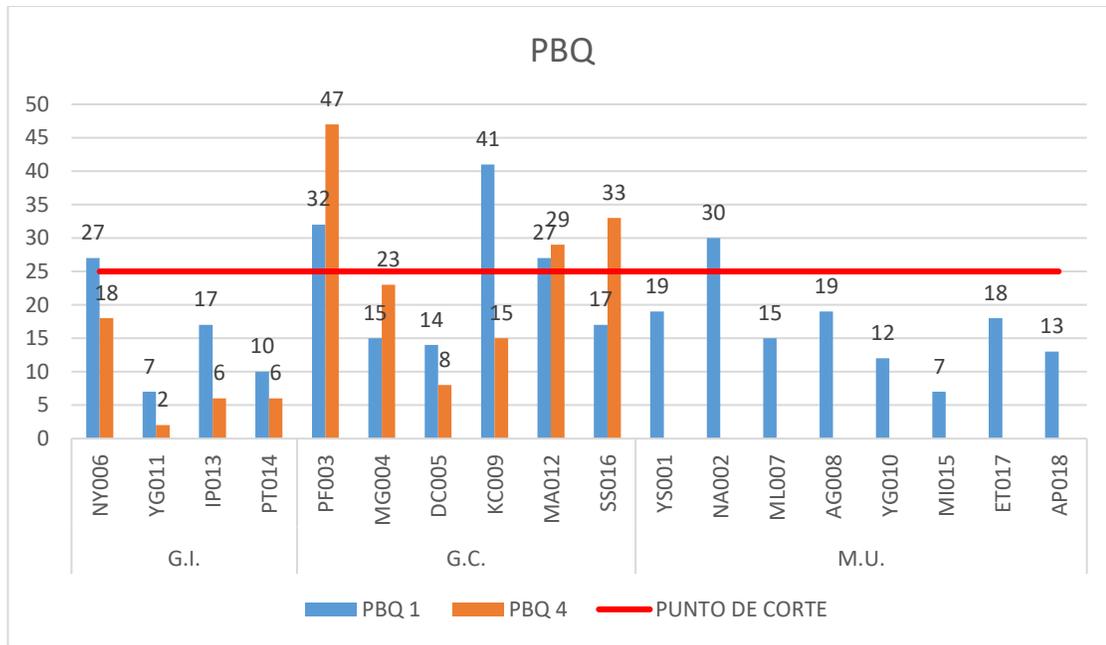
En cuanto la evaluación del vínculo madre-bebé se utilizó la prueba PBQ, la cual se aplicó igualmente en diferentes momentos a los grupos. A continuación, se reportan los datos obtenidos en la medición 1 y la medición al finalizar la intervención.

Tabla 11

Resultados de mediciones 1 y 4 de PBQ

Folio	PBQ				
GRUPO EXP	1	4	SS016	17	33
NY006	27	18	GRUPO 2	1	4
YG011	7	2	YS001	19	
IP013	17	6	NA002	30	
PT014	10	6	ML007	15	
GRUPO COMP.	1	4	AG008	19	
PF003	32	47	YG010	12	
MG004	15	23	MI015	7	
DC005	14	8	ET017	18	
KC009	41	15	AP018	13	
MA012	27	29			

Fuente: Elaboración propia



Gráfica 3

En la gráfica 2 se puede observar que el grupo experimental reportó la disminución en el puntaje del PBQ, lo cual nos habla de una mejora considerable en el vínculo madre-bebé en las mamás participantes de la intervención. En cuanto a las mamás que no participaron se puede observar que se vio un incremento en los puntajes de alteración a excepción de DC005, quien reportó que la situación de la pandemia le había permitido pasar más tiempo con su hijo y poder tener mejor tiempo de calidad con él y KC009 a quien por los puntajes obtenidos en la primera medición se le recomendó la búsqueda de apoyo psicológico y reportó estar iniciando un tratamiento farmacológico.

Objetivo 4: Integrar perfiles cognitivos en las madres durante los primeros 18 meses de posparto.

Para la medición en las funciones cognitivas de las madres se utilizó la prueba NEUROPSI: Atención y memoria, la cual se les aplicó a las mamás cuando se hizo la

devolución de los resultados de la entrevista inicial, debido a esto únicamente se les aplicó a las mamás del grupo experimental y a las mamás que sí asistieron del grupo de comparación. Debido a la contingencia sanitaria el contacto persona-persona se redujo al mínimo y la aplicación de esta prueba se tuvo que modificar, después de una revisión se determinó que únicamente ciertas tareas de cada rubro se aplicarían de manera virtual debido a su aplicabilidad, es por eso por lo que los comparativos no se realizaron con respecto a los perfiles marcados, sino por tareas. Las tareas que se aplicaron en la modalidad virtual fueron las siguientes:

- Orientación: Tiempo, espacio, persona
- Atención y concentración: Retención dígitos en progresión y detección visual aciertos.
- Memoria: Retención dígitos regresión (trabajo), curva de memoria volumen promedio, figura Rey-Osterreth (codificación), memoria verbal espontanea total, memoria verbal claves total, memoria verbal reconocimiento total, pares asociados total y figura Rey-Osterreth (evocación).
- Funciones ejecutivas: Fluidez verbal semántica total, fluidez verbal fonológica total, stroop tiempo interferencia y stroop aciertos interferencia.

En los resultados obtenidos se puede observar que las mejoras en las tareas seleccionadas no son significativas, en general, se reportó un puntaje promedio (normal) en los perfiles de las madres, tanto las mamás asistentes a la intervención como las que no lo hicieron tuvieron puntajes semejantes.

Tabla 12

DESEMPEÑO GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO DE COMPARACIÓN EN APLICACIÓN 1

GRUPO EXPERIMENTAL	NY006	YG011	IP013	PT014
TOTAL NORMALIZADO ATENCION Y				
FE	84 (Alt. Leve)	103 (Normal)	108 (Normal)	107 (Normal)
TOTAL NORMALIZADO MEMORIA	91 (Normal)	113 (Normal)	115 (Normal)	115 (Normal)
TOTAL NORMALIZADO ATENCION Y				
MEMORIA	86 (Normal)	111 (Normal)	115 (Normal)	113 (Normal)
GRUPO DE COMPRARACIÓN	MG004	DC005	KC009	SS016
TOTAL NORMALIZADO ATENCION Y				
FE	103 (Normal)	79 (Alt. Leve)	99 (Normal)	104 (Normal)
TOTAL NORMALIZADO MEMORIA	104 (Normal)	96 (Normal)	111 (Normal)	95 (Normal)
TOTAL NORMALIZADO ATENCION Y				
MEMORIA	105 (Normal)	87 (Normal)	108 (Normal)	98 (Normal)

Como se puede observar en la tabla 12 los puntajes obtenidos mediante esta prueba en la aplicación previa a la intervención no reportaron alteraciones significativas en el nivel de desempeño de acuerdo con los estándares de la misma, únicamente se encontraron alteraciones leves en dos de las participantes, NY006 del grupo experimental en el apartado de atención y funciones ejecutivas y DC005 del grupo de comparación en el mismo apartado. En ambos casos las madres participantes reportaron de manera verbal si haber percibido una modificación en su desempeño cognitivo, sin embargo, en la prueba podemos observar que las puntuaciones se encontraban dentro de la normalidad esperada para su rango de edad y escolaridad.

A continuación, se muestran los perfiles cognitivos de las participantes del grupo de intervención en donde se puede apreciar en color rojo el perfil obtenido previo a la intervención y en color azul el perfil obtenido posterior a la intervención.

Gráfica 4

PERFIL GENERAL DE EJECUCIÓN

Dra. Feggy Ostrosky, Dra. Ma. Esther Gómez, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Mónica Rosselli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda

Rango de edad: 16 - 30 años

Rango de escolaridad: 10 - 22 años

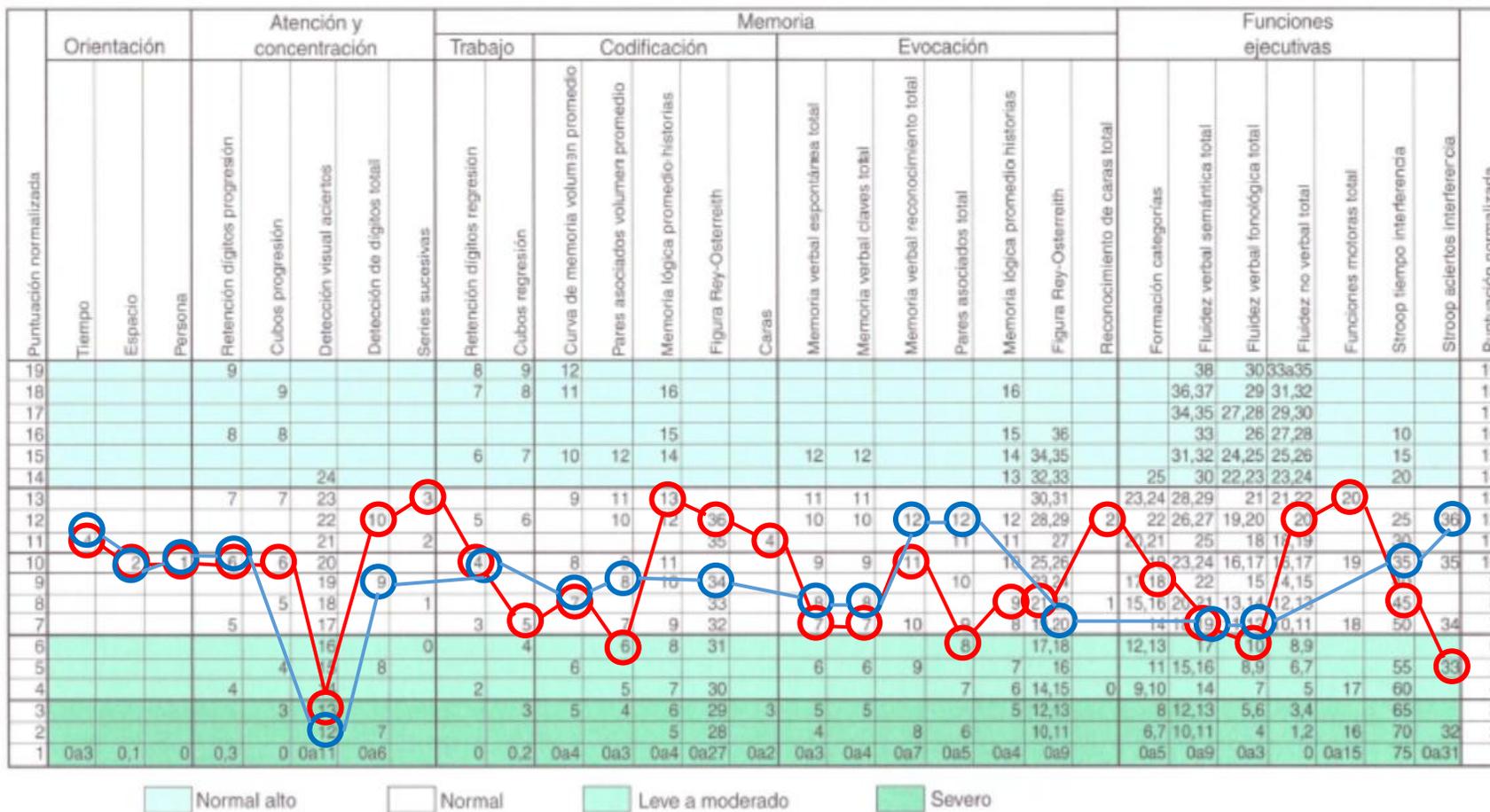
▲ Medición 1

Nombre: NY006

Edad: 24

Género: FEMENINO

▲ Medición 2



En primer lugar, tenemos a la participante NY006 de 24 años con escolaridad de licenciatura la cual obtuvo un perfil general de ejecución dentro del rango normal. Su desempeño de manera cualitativa se caracterizó por ser primordialmente impulsiva, cuando se le presentaron las diferentes tareas la participante se apresuraba a contestarlas, dentro del subproceso de orientación se puede observar que la participante presentó los mismos resultados en ambas aplicaciones mientras que en las tareas de atención y concentración se puede observar un leve decremento en su desempeño reportando un puntaje levemente menor al anterior.

En cuanto a las tareas de memoria de trabajo como en codificación y evocación se encuentran puntajes similares y en algunas tareas ligeramente menores a la primera aplicación sin embargo aún dentro del rango de la normalidad, es importante mencionar que en este apartado se seleccionaron las tareas que se pudieran aplicar de manera virtual para la segunda aplicación basándonos en su modalidad de aplicación e impacto en los resultados.

En cuanto al subproceso de las funciones ejecutivas se reportan puntajes igualmente dentro del rango normal, sin embargo, se encontró una leve mejoría en la segunda aplicación en las tareas de stroop lo cual podría encontrarse relacionado con la disminución de la sintomatología depresiva, sin embargo, no podemos asegurar dichos resultados debido a las adversidades durante la aplicación.

Gráfica 5

PERFIL GENERAL DE EJECUCIÓN

Dra. Feggy Ostrosky, Dra. Ma. Esther Gómez, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Mónica Rosselli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda

Rango de edad: 16 - 30 años

Rango de escolaridad: 10 - 22 años

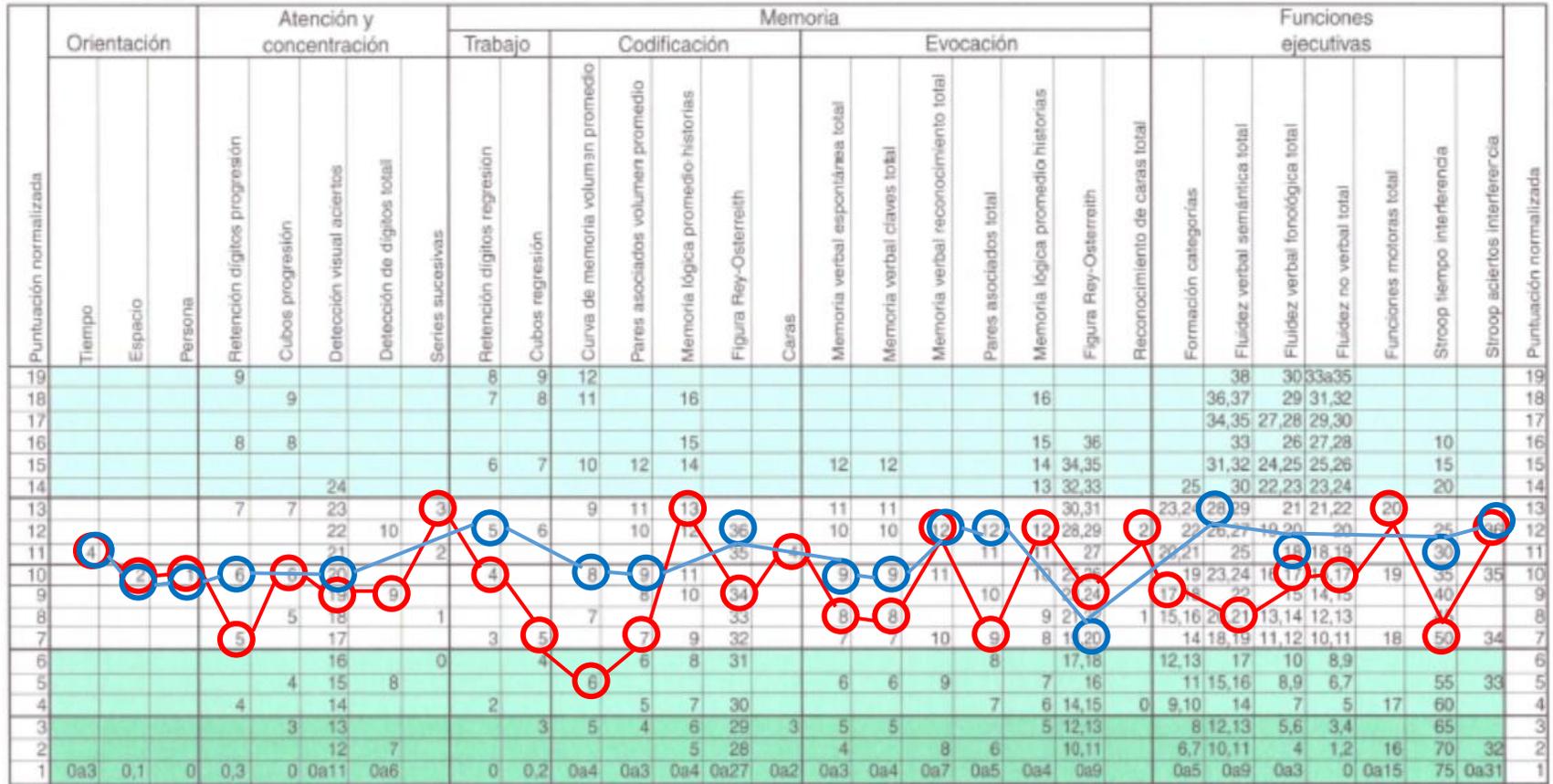
▲ Medición 1

Nombre: YG011

Edad: 37

Género: FEMENINO

▲ Medición 2



Normal alto Normal Leve a moderado Severo

A continuación, se encuentra a la participante YG011 de 37 años con escolaridad de licenciatura la cual obtuvo un perfil general de ejecución dentro del rango normal. De acuerdo con su desempeño en la prueba de forma cualitativa se pudo observar como la participante se detenía a observar las tareas en busca de una lógica, se mostraba pensativa y en ocasiones ansiosa al responder las diferentes tareas, durante ambas aplicaciones la participante se mostró colaborativa y con un buen ánimo al resolver los diferentes subapartados.

En cuanto a su desempeño cuantitativo de la prueba se pudo observar que la paciente no tuvo problemas en los subprocesos de concentración, sin embargo, en el subproceso de atención y concentración se pudo observar una leve mejoría en los puntajes obtenidos en la segunda aplicación después del programa de intervención.

En el apartado de memoria la participante reportó de igual manera una ligera mejoría dentro los apartados de memoria de trabajo, codificación y evocación manteniéndose en dentro del rango normal en su ejecución.

En el apartado de funciones ejecutivas se pudo observar que la paciente al igual que la participante anterior tuvo mejoría en su desempeño de la prueba stroop en la cual se encontraron mejorías en el tiempo interferencia y además se reportó una mejoría igual en la fluidez verbal semántica.

Gráfica 6

PERFIL GENERAL DE EJECUCIÓN

Dra. Feggy Ostrosky, Dra. Ma. Esther Gómez, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Mónica Rosselli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda

Rango de edad: 16 - 30 años

Rango de escolaridad: 10 - 22 años

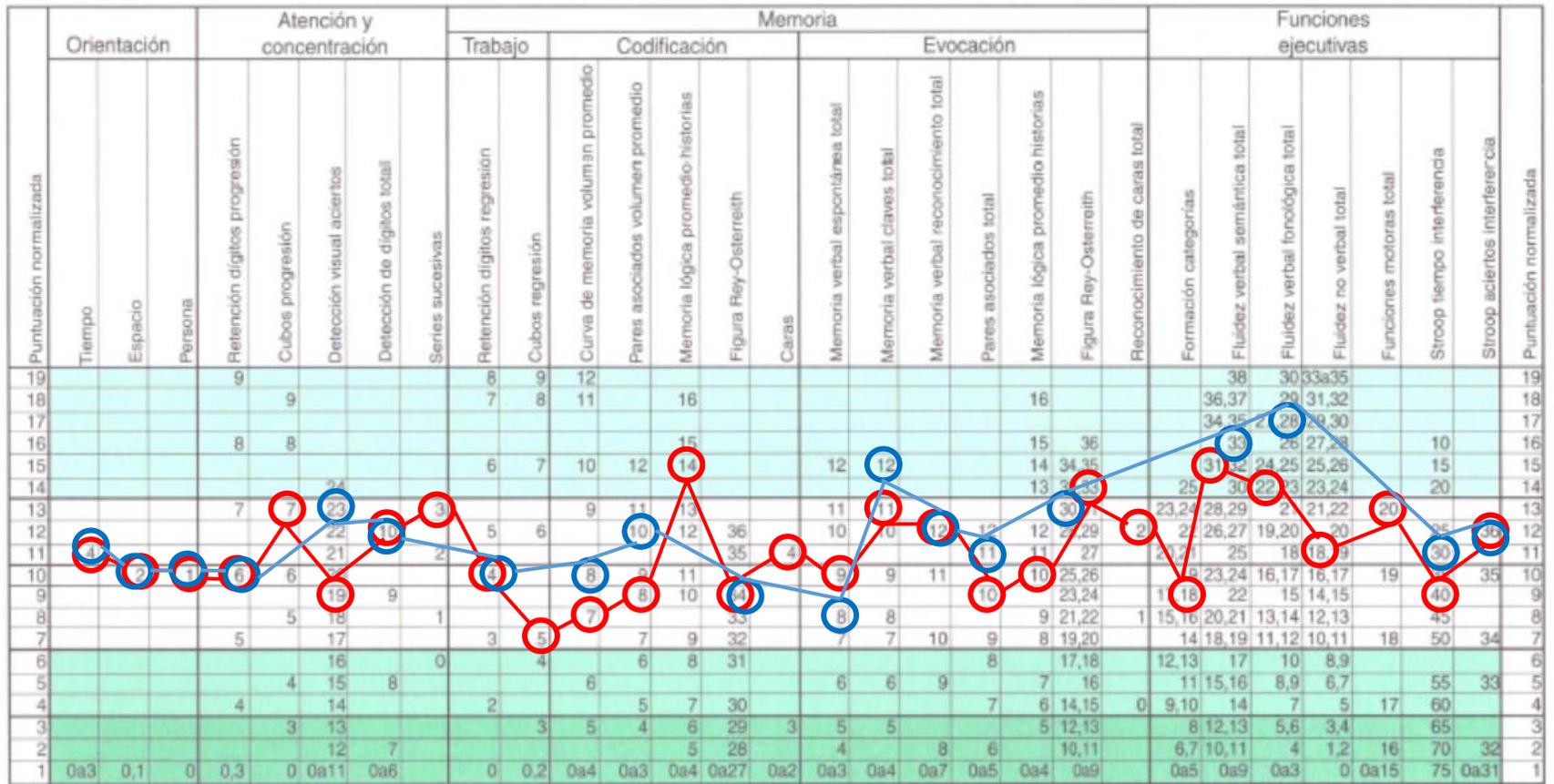
▲ Medición 1

Nombre: IP013

Edad: 28

Género: FEMENINO

▲ Medición 2



Normal alto Normal Leve a moderado Severo

En el tercer perfil se encuentra a la participante IP13 de 28 años con escolaridad de licenciatura la cual obtuvo un perfil general de ejecución dentro del rango normal. De acuerdo con su desempeño en la prueba de forma cualitativa se pudo observar que la participante se mostraba tranquila y elocuente con sus respuestas, analizaba las instrucciones y entonces realizaba las diferentes tareas.

En cuanto a su desempeño cuantitativo en la prueba se pudo observar que tanto en el apartado de orientación como en el de atención y concentración no se encontraron anomalías y sus puntajes se registraron dentro del rango normal para una mujer de su edad y escolaridad.

En los resultados registrados del subproceso de memoria la participante reportó casi las mismas puntuaciones en los apartados de memoria de trabajo, codificación y evocación, presentando un rango normal en sus puntajes, exceptuando su desempeño en la tarea de memoria lógica promedio en su primera aplicación, así como en la tarea de memoria verbal mediante claves en su segunda aplicación, las cuales se reportaron en un nivel normal alto dentro de su perfil.

En cuanto a los puntajes reportados en el subproceso de las funciones ejecutivas se encontró una ligera mejoría en su desempeño en las tareas de fluidez verbal fonológica, así como la fluidez verbal semántica presentando puntajes de un perfil normal alto desde la primera aplicación. En los puntajes reportados en la prueba stroop no se encontraron cambios significativos.

Gráfica 7

PERFIL GENERAL DE EJECUCIÓN

Dra. Feggy Ostrosky, Dra. Ma. Esther Gómez, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Mónica Rosselli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda

Rango de edad: 16 - 30 años

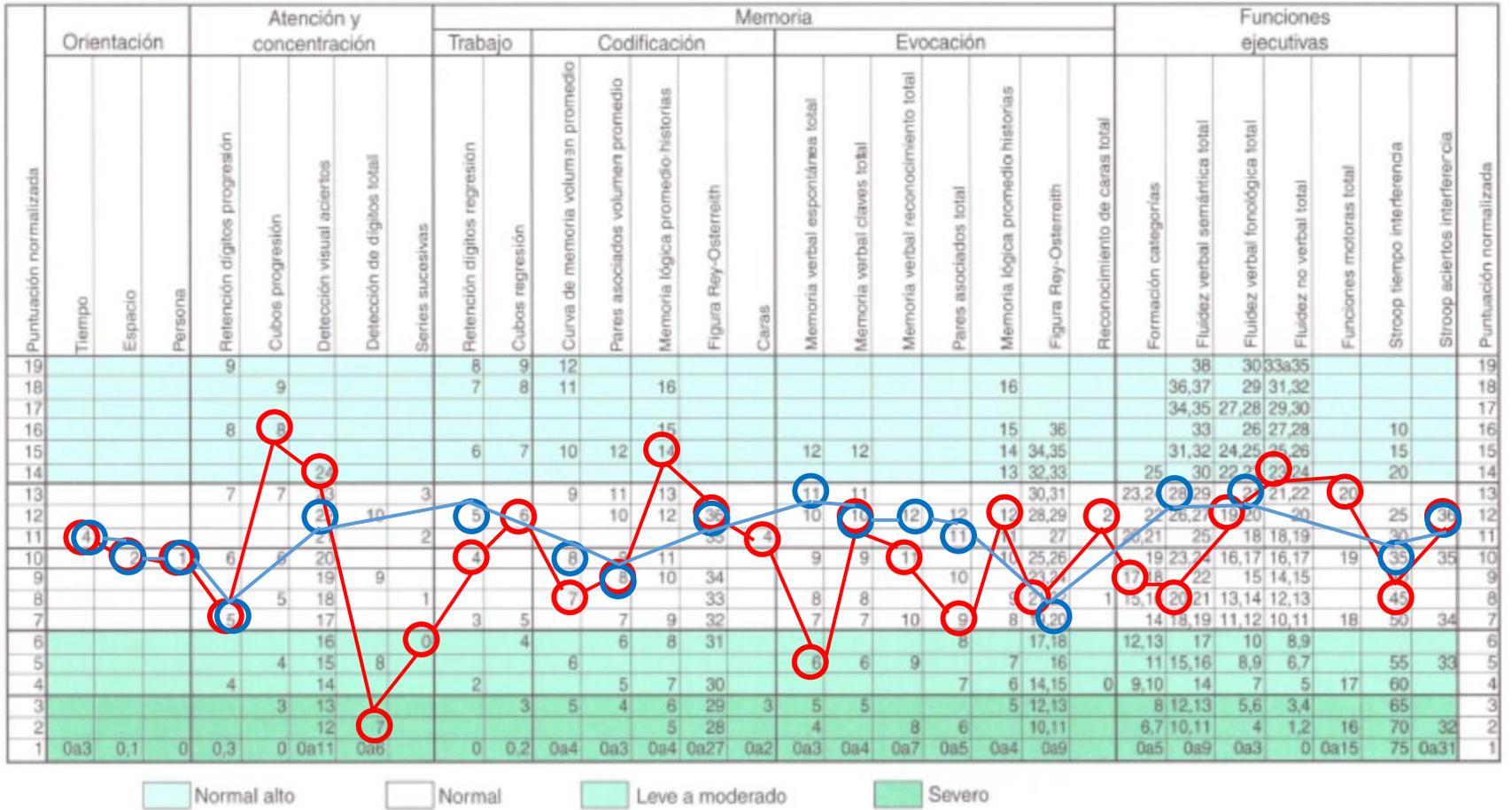
Rango de escolaridad: 10 - 22 años

Nombre PT014

Edad: 33

Género: FEMENINO

▲ Medición 1
▲ Medición 2



El perfil obtenido de la cuarta participante es el de PT014 de 33 años con escolaridad de posgrado la cual obtuvo un perfil general de ejecución dentro del rango normal sin embargo mostró algunas alteraciones marcadas en su primera prueba.

De acuerdo con su desempeño en la primera prueba de forma cualitativa se pudo observar que la participante se mostraba un tanto intranquila, ansiosa y un tanto impaciente con sus respuestas, analizaba las instrucciones, pero en ocasiones se apresuraba a contestar, en cambio en la segunda aplicación la participante se mostró más relajada y paciente al contestar, ya no se mostraba ansiosa, en cambio fue serena al contestar las tareas que se le asignaban.

En los resultados obtenidos en el subproceso de orientación no se encontró ninguna alteración, sin embargo en cuanto al subproceso de atención y concentración se encontró que en la primer aplicación de la prueba la participante obtuvo un puntaje de normal alto en las tareas de cubos en progresión y en la detección visual de aciertos, de las cuales únicamente se pudo tener la comparativa de esta última disminuyendo un poco después de la intervención pero aun así reportándose en un nivel normal.

Por otro lado, en cuanto a la tarea de detección de dígitos se encontró un puntaje muy bajo quedando en el rango de alteración severa. Desafortunadamente tanto esta última tarea mencionada como la de cubos en progresión no se pudieron aplicar en la segunda medición ya que la modalidad virtual no lo permitió.

En la medición realizada en el subproceso de la memoria las puntuaciones obtenidas tanto en la primera como en la segunda medición se reportaron dentro del rango de lo normal exceptuando la medición de evocación en la tarea de memoria verbal

espontanea la cual paso de encontrarse en un nivel de alteración leve a puntuar en el nivel normal.

En cuanto al subproceso de las funciones ejecutivas se pudo observar que las puntuaciones obtenidas se mantuvieron en un nivel de rango normal sin tener variaciones significativas en las diferentes tareas.

Objetivo 5: Evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica grupal en madres durante el posparto en la sintomatología depresiva, la calidad del vínculo materno-infantil y las funciones cognitivas maternas.

Para medir el cambio derivado en las variables de depresión, ansiedad, calidad de vínculo y funciones cognitivas antes y después de la intervención psicoterapéutica grupal en el Grupo Experimental, se realizaron análisis no paramétricos con las pruebas de Friedman y Wilcoxon en los diferentes tiempos de evaluación (Tiempo 1: Inicial, Tiempo 2: Basal, Tiempo 3: Al finalizar la intervención en modo presencial, Tiempo 4: al finalizar la intervención, Tiempo 5: seguimiento al mes después de la intervención y Tiempo 6: seguimiento 2 meses después de la intervención). Posteriormente, se realizaron análisis estadísticos no paramétricos para medir las diferencias en las medianas entre el grupo experimental y el grupo de comparación.

Al realizar la comparación de las medianas en el Grupo Experimental, las únicas diferencias significativas en las participantes del **Grupo Experimental** se observaron en síntomas de **depresión** (medido por el **BDI**) y la calidad del **vínculo materno-infantil (PBQ)**; en ambos casos se redujo la sintomatología al final de la intervención y hasta el

primer seguimiento (Tiempo 5). No hubo diferencias significativas en los puntajes del EPDS, PASS, Neuropsi o MABS. (Ver Tabla 13).

Tabla 13

Análisis de diferencias significativas en las medianas en puntajes de participantes de la intervención experimental (Grupo Experimental, n=4)

Variable	Tiempo de evaluación	p	Prueba
Subapartados			
BDI	1,2,3,4 y 5	.011	Friedman
EPDS	1,2,3,4 y 5	.205	
PBQ	1,2,3,4 y 5	.019	
PASS	1,3,4 y 5	.174	
Neuropsi	1 y 4		Wilcoxon
FE y Atención	Orientación total	1.00	
	Dígitos Progresión	.317	
	Detección visual aciertos	.854	
	Detección dígitos total	.655	
	Fluidez verbal semántica	.317	
	Fluidez verbal fonológica	.317	
	Stroop tiempo interferencia	.059	
	Stroop acierto interferencia	.317	
Memoria	Dígitos regresión	.157	
	Curva memoria codificación volumen promedio	.102	
	Pares asociados codificación volumen promedio	.083	
	Figura Semicompleja	1.00	
	Memoria verbal espontanea total	.257	
	Memoria verbal por claves	.083	
	Memoria verbal reconocimiento	.157	
	Pares asociados evocación	.068	
	Figura semicompleja evocación	.623	
MABS	2,3,4 y 5		Friedman
A: Su bebé y sus sentimientos	A (Alerta-interés)	.623	
	II (Inestable-irregular)	.108	
	FSCB (Falta de seguridad en el cuidado del bebé)	.546	
Impresiones generales	TF (Temperamento fácil)	.142	
	NGS (Nivel general de seguridad)	.642	
Alimentación de mi bebé	ADL (Alerta durante la lactancia)	.510	
	IDL (Irritable durante la lactancia)	.212	
	FSL (Falta de seguridad en la lactancia)	.246	

Posteriormente, se analizó mediante la comparación de muestras independientes con la prueba U de Mann-Whitney, si existía diferencia de medianas entre grupos independientes (Grupo Experimental y Grupo de Comparación) en cuanto a las diversas variables evaluadas (BDI, EPDS, PBQ, PASS, NeuroPsi) en el Tiempo 1 (Evaluación inicial) y las variables (BPD, EPDS, PBQ, MABS, PASS) en el Tiempo 4 (Al finalizar la intervención). Al comparar los 2 grupos (GE y GC), no se detectan diferencias significativas en el Tiempo 1. Sin embargo, al compararlos en el Tiempo 4, se detectan menores puntajes en BDI, EPDS, PBQ y PASS en el GE en contraste con el GC, donde las participantes del grupo que no recibió la intervención mostraron una tendencia al aumento de sintomatología en vez de una disminución.

No fue posible realizar una comparación del Neuropsi en el tiempo 4, debido a que la gravedad de la sintomatología de las participantes no permitió su aplicación y se priorizó su derivación a atención clínica por razones éticas.

En cuanto a los resultados del MABS en ambos grupos, a pesar de que no se detectan diferencias significativas entre ambos grupos en el T1, sí se detectan diferentes en 2 subapartados del MABS en el T4 (*Falta de seguridad en el cuidado del bebé y Nivel general de seguridad*), lo que indica que las madres del GE mejoraron ligeramente en estos rubros a diferencia de las madres del GC. (Ver Tabla 14).

Tabla 14

**Comparación de medianas de puntajes de variables entre GE y GC
(Tiempo 1-preintervención y Tiempo 4-post-intervención)**

Variable	Tiempos de evaluación	T1 p	T4 p	Prueba	
BDI	1	.171	.010	U de Mann- Whitney	
EPDS	1,4	.067	.010		
PBQ	1,4	.257	.038		
PASS	1,4	.063	.010		
Neuropsi	1				
FE y Atención	Orientación total	1.00	---		
	Dígitos Progresión	.686	---		
Memoria	Detección visual aciertos	.343	---		
	Detección dígitos total	.486	---		
	Fluidez verbal semántica	.343	---		
	Fluidez verbal fonológica	.686	---		
	Stroop tiempo interferencia	.200	---		
	Stroop acierto interferencia	1.00	---		
	Dígitos regresión	.343	---		
	Curva memoria codificación volumen promedio	.057	---		
	Pares asociados codificación volumen promedio	.114	---		
	Figura Semicompleja	1.00	---		
	Memoria verbal espontanea total	.114	---		
	Memoria verbal por claves	.343	---		
	Memoria verbal reconocimiento	.886	---		
	Pares asociados evocación	.114	---		
	Figura semicompleja evocación	.343	---		
	MABS	1(2), 4			
	A: Su bebé y sus sentimientos	A (Alerta-interés)	.257	.610	
		II (Inestable-irregular)	.476	.114	
		FSCB (Falta de seguridad en el cuidado del bebé)	.257	.010	
	Impresiones generales	TF (Temperamento fácil)	.610	.610	
NGS (Nivel general de seguridad)		.114	.038		
Alimentación de mi bebé	ADL (Alerta durante la lactancia)	.610	.762		
	IDL (Irritable durante la lactancia)	.476	.257		
	FSL (Falta de seguridad en la lactancia)	.914	.476		

Posteriormente, se realizaron análisis para identificar la evolución de las participantes del Grupo de Comparación que no recibieron intervención mediante la prueba de Wilcoxon para comparar las medianas del grupo antes del periodo de intervención (Tiempo 1) y después del periodo de la intervención (T4) e identificar si existió un cambio.

Los análisis reportaron que no hubo cambios significativos en las participantes del GC en el T1 y T4, quienes no realizaron la intervención. (Ver Tabla 15)

Tabla 15

Evaluación del grupo de comparación (GC)			
(T1: antes de la intervención del GE, T4: después de la intervención del GE) [Prueba de Rangos de signos de Wilcoxon]			
Variable	Tiempo de evaluación	p	Prueba
Subapartados			
BDI	1,4	.344	Wilcoxon
EPDS	1,4	.528	
PBQ	1,4	.588	
PASS	1,4	.600	
MABS	1, 4	----	
A: Su bebé y sus sentimientos	A (Alerta-interés)	.068	
	II (Inestable-irregular)	.400	
	FSCB (Falta de seguridad en el cuidado del bebé)	.673	
Impresiones generales	TF (Temperamento fácil)	.285	
	NGS (Nivel general de seguridad)	.136	
Alimentación de mi bebé	ADL (Alerta durante la lactancia)	.225	
	IDL (Irritable durante la lactancia)	.752	
	FSL (Falta de seguridad en la lactancia)	.753	

12. DISCUSIÓN

Dado que los resultados de cada medición y sesión fueron descritos en el apartado anterior en esta sección se analizarán los resultados más relevantes obtenidos del presente estudio. El resultado general de esta tesis es la confirmación de la efectividad de la psicoterapia grupal interpersonal breve para la reducción de sintomatología depresiva en madres, así como una mejoría en el vínculo madre-bebé, sin embargo, en cuanto a los resultados obtenidos en la evaluación de las funciones cognitivas no se mostraron cambios significativos.

Se presentan los resultados más relevantes obtenidos en esta tesis de acuerdo con los objetivos específicos planteados:

Objetivo 1. Adaptar e implementar una intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo interpersonal breve propuesto para atender depresión diseñado por la OMS (2016) para su implementación en madres durante el periodo de posparto.

Si bien el modelo en el que se basó este proyecto para diseñar la intervención fue un manual ya estructurado por la OMS en 2016 se tuvieron que realizar diferentes adaptaciones tanto para que fuese aplicable a la población mexicana como para que también este proyecto tuviera un mejor impacto en la calidad del vínculo madre-bebé.

Las adaptaciones para que el proyecto pudiera tener un impacto en el vínculo madre bebé se realizaron basándonos en diferentes investigaciones hechas en grupos de madres que presentaban sintomatología depresiva y que habían trabajado en dispositivos grupales para mejorar la vinculación con su bebé como fue en el caso del estudio de la Dra. Deans donde ella presentó esta adaptación del modelo sumando dos sesiones más y

haciendo adaptaciones particulares en cada una de las sesiones para poder tener una mejor efectividad, dichas adaptaciones, como ya habíamos mencionado, se basan principalmente en la transición de los roles que están atravesando estas madres sin embargo también se amplía el foco de la intervención a también mejorar la comunicación con el bebé y la comunicación con su grupo de apoyo; de la misma manera la adaptación cuenta con una sesión para parejas que en nuestro caso adaptamos a una sesiones de acompañantes debido a que no todas las madres con las que estábamos trabajando tenían una relación de pareja estable.

Esta sesión también fue adaptada para trabajar no únicamente la sintomatología depresiva sino que también abordó temas de la vinculación con él bebé y cómo el soporte emocional que le brindan a la madre ayuda a que exista una mejor comunicación en la diada y de igual manera esto beneficia en la salud mental del padre (Deans et al., 2015).

De igual manera se realizaron diferentes adaptaciones socioculturales de este manual basándonos en las entrevistas individuales de cada una de las madres que se presentaron a la evaluación, en donde nos basamos en su discurso para poder detectar cuáles eran sus necesidades principales para atender, así como su situación sociodemográfica para poder ajustar lo más posible cada una de las sesiones al tipo de grupo que se presentara.

Todo esto con la finalidad de que el protocolo fuese lo más accesible posible para la adaptación de las madres, independientemente de su escolaridad, estado civil o actividad laboral, ya que como menciona Boyce en el 2013 los diferentes factores

psicosociales que rodean a la madre son determinantes para que ella pueda desarrollar a sintomatología depresiva, así como la severidad con la que estos se puedan presentar.

Cabe mencionar que debido a la pandemia el proyecto tuvo diferentes adaptaciones que se realizaron para poder brindar una atención adecuada a las mamás ya que además de estar pasando por el proceso de la maternidad debían enfrentar también las adversidades que trajo consigo la contingencia en donde además de aumentar su sintomatología depresiva se vio un disparo en su puntaje de ansiedad el cual se vio incrementado como se menciona en la literatura por Rodríguez (2020) debido a la incertidumbre, presiones económicas y el constante miedo a la enfermedad. Independientemente de la situación se hicieron las adaptaciones pertinentes para poder seguir con el proyecto de acuerdo con las normas establecidas en el código de ética del psicólogo para el uso de la Tele-psicología.

Con los resultados obtenidos en las evaluaciones preliminares se puede observar que de las 18 mamás evaluadas 16 presentaron sintomatología depresiva desde leve hasta severa, de las cuales únicamente 4 iniciaron y completaron el grupo terapéutico y en donde tuvimos la oportunidad de observar su evolución la cuál en cada caso específico fue de diferente manera; situación que de igual forma se vio afectada por la aparición de la pandemia en donde también se tuvieron que realizar adaptaciones al protocolo el cuál se amplió de tener 9 sesiones a implementar 12 ya que se agregaron 4 sesiones más para poder ayudar a las madres a enfrentar el efecto emocional ante la cuarentena.

Estas sesiones se desarrollaron en la modalidad virtual con una sesión que se tuvo después del cierre de las instalaciones en la cual se manejó un espacio de contención para

que ellas pudieran expresar como se sentían con la cuarentena y todo lo que esto les generaba; las 2 sesiones más que se agregaron fueron dirigidas para el manejo de la ansiedad de las madres, una sesión de Mindfulness y una de yoga con los bebés las cuales fueron impartidas por psicólogas especializadas en estas técnicas. Se tomó la decisión de implementar estas técnicas ya que de acuerdo a la literatura previamente revisada estas técnicas son recomendadas debido a su efectividad y versatilidad de uso (Vásquez-Dextre E., 2016).

La efectividad del yoga también ha sido comprobado en su práctica en mujeres con sus bebés ya que menciona que mediante su práctica se obtienen beneficios físicos y emocionales en la mujer en posparto y de igual manera se ha reportado (sin datos contundentes) que la práctica del yoga con su bebé ayuda a la madre a mejorar su vínculo con él ya que ayuda a mejorar la comunicación de la madre con su bebé, ayuda a manejar el estrés que se puede generar a partir del temperamento del bebé además de ayudar en el sueño y la prevención de cólicos (Bello, 2013).

Objetivo 2: Detectar niveles de sintomatología depresiva durante los primeros 18 meses de posparto en las madres.

De acuerdo con los datos obtenidos de las pruebas realizadas a las madres para poder detectar los niveles de sintomatología depresiva se encontró que la mayoría de las mamás atendidas presentaron puntajes arriba del punto de corte establecido para las pruebas realizadas, que en el caso del EPDS fue 8 y para el BDI fue 16 los cuales se establecieron de acuerdo con la revisión bibliográfica. De las 18 mamás evaluadas 16 presentaron una puntuación superior a 8 en el EPDS lo que nos lleva a retomar los datos

propuestos por Castro en el 2015 en donde menciona que el porcentaje de mujeres en nuestro país que ha reportado presentar sintomatología depresiva tiene una incidencia del 19.9% lo que equivale a 2 millones de mujeres; cifras que se deben ajustar a la actualidad debido a que derivado de la pandemia estos números podrían verse incrementados.

Los resultados obtenidos en los instrumentos facilitaron contabilizar la frecuencia e intensidad de la sintomatología que estas madres estaban reportando. De manera clínica se pudo observar que las mamás que puntuaron con indicadores de sintomatología depresiva eran aquellas que principalmente comentaban el sentirse muy solas durante su embarazo y su posparto, además de que también reportaron el no sentirse suficientemente buenas como mamás o que se sentían juzgadas por no ser una “super mamá” que tuviera todo bajo control, además de que estas mismas fueron las que mayormente reportaron sentir poco o nulo apoyo por parte de su pareja lo que por ende les generaba sentimientos de frustración ya que esto no les permitía tener tiempo para ellas y su desarrollo personal, lo que como vimos en la literatura es uno de los factores de riesgo que puede generar la sintomatología depresiva (Peña y Calvo, 2010), pero de igual manera para que se generen alteraciones del vínculo madre-bebé (Palacios Hernandez, 2016).

Algunos de los otros temas que se lograron identificar en el discurso de las madres que se relacionaban con la presencia de la sintomatología depresiva fueron aquellos relacionados con experiencias negativas con sus propios padres ,el factor de la edad en el cual se concibió al bebé, un nivel educacional bajo, un nivel socioeconómico bajo, si el embarazo fue deseado o no, así como si fue bien recibido al momento de nacer o no y por último la presencia de algún trastorno mental en la madre en el momento del embarazo así como en algún momento de su vida, de lo cual constató lo ya reportado en otros

estudios confirmando que las mujeres que presentan actitudes negativas con respecto a la maternidad están mayormente predispuestas a la depresión posparto (Meléndez et al., 2017)

Es importante recalcar que ya que la convocatoria se hizo de manera abierta y voluntaria las mamás que acudieron para poder recibir la atención fueron principalmente aquellas que más vulnerables se sentían y que buscaban el apoyo psicológico derivado del malestar que les generaba la propia sintomatología depresiva, por lo cual para poder tener un panorama general de la prevalencia de la sintomatología depresiva a un nivel más general se necesitaría realizar una evaluación mayor.

Objetivo 3: Identificar la calidad del vínculo madre-bebé en las madres.

En cuanto la evaluación del vínculo madre-bebé utilizamos la prueba PBQ, la cual se aplicó igualmente en diferentes momentos a los grupos, en donde se pudo observar que los puntajes obtenidos reportan que no todas las madres que obtuvieron un puntaje alto en el EPDS presentaron dificultades severas del vínculo madre-bebé usando el punto de corte en un puntaje de 26. De las 18 mamás evaluadas se encontraron únicamente 5 mamás que presentaban una alteración vincular de las cuales únicamente una de ellas participó en el grupo de intervención. Es importante destacar que el punto de corte usado como referencia para valorar una alteración vincular es el reportado por los autores originales del instrumento (Brockington et al, 2006) y no uno arrojado en muestras mexicanas, por lo que debe tomarse con precaución dadas las diferencias socioculturales observadas en el instrumento en otros estudios.

En un análisis más a profundidad de estas madres que presentaron dificultades en la vinculación con su bebé pudimos observar que estas mamás en su entrevista reportaron diferentes factores importantes a tener en cuenta para su diagnóstico, tales como un embarazo no deseado, violencia de pareja, escasez económica, presencia de trastornos mentales previos, ideas de aborto durante el embarazo, parto complicado, poca o nula red de apoyo todos lo cual podemos corroborar con lo reportado por Palacios-Hernández (2016) que son factores de riesgo para poder presentar alteraciones en el vínculo madre-bebé.

Las madres que no participaron en la intervención y obtuvieron puntajes que marcaran alteración en el vínculo con su bebé fueron derivadas a intervención de emergencia sin embargo derivado de misma patología estas mamás no mostraron interés en seguir con el tratamiento. Propiamente por los altos niveles de sintomatología depresiva y la falta de vinculación con su bebé estas mamás se convierten una población de riesgo que puede presentar diferentes reacciones ante la adversidad, tales como la negligencia ante los cuidados que se propinan al bebé, el abuso tanto físico como psicológico el cual puede transformarse en maltrato infantil (Brockington, 2011).

De acuerdo con estudios revisados se ha descrito que las repercusiones de la alteración del vínculo materno-infantil pueden clasificarse en niveles dependiendo de sus características, estos niveles pueden ir desde el retraso, la ambivalencia o falta de respuesta afectiva por parte de la madre, rechazo materno e incluso ira y hostilidad expresadas al recién nacido (Klier C., 2004), situación que confirmamos con este mismo instrumento ya que estas mismas madres puntuaron en los ítems 18 y 24, que se encuentran

relacionados con la hostilidad hacia el bebé además es importante mencionar que 4 de las 5 mamás reportaron haber tenido ideaciones autolesivas o de suicidio durante el posparto por lo que estas 4 no pudieron ser candidatas al proyecto de intervención, pero fueron canalizadas a atención inmediata para darle seguimiento a sus casos.

Estas 4 madres se les dio un seguimiento y posterior a la intervención se les solicitó que contestaran nuevamente los cuestionarios en donde se pudo observar que estas mamás no solo la sintomatología seguía presente, sino que había aumentado lo cual coincide con lo mencionado por Deans et al. (2015) en donde menciona que las madres que tienen dificultades vinculares en el posparto y no reciben apoyo no solo no podrán resolver sus dificultades sino que el padecimiento incrementará poniendo en riesgo su salud mental y física. Por otro lado, también se tiene que tomar en cuenta que con el comienzo de la contingencia la salud mental de estas madres se debió ver afectada ya que como menciona Rodríguez (2020) el distanciamiento social por la pandemia genera que las personas tengan que vivir en incertidumbre, presiones económicas y el constante miedo lo que en una salud mental afectada previa a la pandemia puede ser un detonante.

De las madres que asistieron al grupo psicoterapéutico únicamente una había reportado alteración vincular y las otras tres tenían puntuaciones por debajo de los 26 puntos, por lo que al terminar la intervención se realizó una medición para medir los efectos obtenidos y se encontró que las cuatro madres habían mostrado una disminución considerable de sus puntuaciones y que incluso la madre que había reportado alteración había bajado su puntuación de 27 hasta 18 puntos en el PBQ. Esta disminución podemos explicar a partir de que literatura revisada en donde se menciona que durante el posparto las mujeres que presentan sintomatología depresiva suelen haber presentado dificultades

en la transición a la que se enfrentan con la maternidad y por ende haber desarrollado dificultades en sus redes de apoyo lo que según Deans es un factor desencadenante para la presencia de alteraciones en el vínculo madre-bebé ya que en esta etapa de la maternidad el contar con redes de apoyo es una situación de primera necesidad (Deans et al., 2015).

Por lo que la mejoría de las madres participantes del grupo se le relaciona con el hecho de que al juntarse como grupo entre ellas mismas funcionaron como agentes de sostén emocional y promotoras de aprendizaje y cambio para poder tanto comprenderse como confrontarse entre ellas mismas ya que con el compartir sus experiencias, sus puntos de vista, sus molestias e incluso sus alegrías las demás participantes se podían ver reflejadas en las demás y así poder generar un cambio o incluso valorar su propia situación en donde se encuentran.

Los logros obtenidos confirmaron lo antes estipulado sobre la terapia interpersonal al demostrar que la sintomatología depresiva se veía disminuida al atender el aquí y el ahora de las pacientes así como la mejora de sus redes de apoyo, y de igual manera se pudo identificar que únicamente las madres que asistieron a la psicoterapia de grupo reportaron cambios significativos en la relación de pareja y en la vinculación madre-infante resaltando los beneficios de la terapia basada en la teoría interpersonal que como menciona Reay et al (2006) con esta intervención se ayuda a reducir la presión social que existe sobre las mujeres en posparto y el simple hecho de compartir sus experiencias con otras mujeres que están pasando por lo mismo, su adaptación a la maternidad, las dificultades en sus redes de apoyo, y la experiencia de la sintomatología depresiva, todo esto puede tener efectos beneficiosos en la mujer ya que reduce los sentimientos de soledad ayudándolas a sentirse más cómodas con su maternidad y por ende con su bebé.

Objetivo 4: Integrar perfiles cognitivos en las madres durante los primeros 18 meses de posparto.

En los resultados obtenidos en las evaluaciones con la prueba NUEROPSI: Atención y Memoria se pudo observar que las madres evaluadas no reportaron tener alguna alteración significativa en las funciones cognitivas evaluadas, sin embargo, se encontró que el desempeño de las madres participantes del grupo de intervención mejoró en algunas tareas relacionadas a la codificación y evocación de la memoria, así como en su desempeño en el subproceso de las funciones ejecutivas.

El desempeño observado en las madres evaluadas si bien no mostró alteraciones cuantitativamente significativas de manera cualitativa se observó que se presentaron algunas dificultades en la ejecución tales como inseguridad al responder, impulsividad al buscar la solución y respuestas corporales de ansiedad al verse presionadas por las evaluaciones con tiempo, dichas dificultades se pueden entender en la literatura donde se menciona que la mujer se ve envuelta en una serie de modificaciones tanto en las hormonas como anatómicamente ya que se presenta una reestructuración anatomofisiología en diferentes estructuras relacionadas en la inducción del comportamiento materno (Workman et al., 2012) modificaciones que se mantienen al menos por los próximos 2 años posteriores al alumbramiento, y que de acuerdo a la literatura estos cambios se encuentran directamente relacionados a modificaciones en el funcionamiento cognitivo asociado principalmente a variaciones en la atención, memoria y funciones ejecutivas (Henry y Sherwin, 2012).

Lo que de igual manera explicaría las leves mejorías observadas en las tareas de memoria, ya que de acuerdo con la literatura las mujeres en posparto mostraban una disminución en la memoria, principalmente la memoria de trabajo, lo cual se vería reflejado en olvidos durante el día, en su rutina o pequeños errores de mantenimiento (Casey et al., 1999).

En cuanto a las tareas de atención se observó un mantenimiento relativamente estable en los resultados cuantitativos obtenidos en las participantes, sin embargo, en una indagación cualitativa en la última sesión de la intervención las madres reportaron sentirse mejor en su desempeño atencional, logrando prestar atención de mejor manera a diferentes actividades así como poder tener mejor concentración en el trabajo en casa, situación que podemos explicar de acuerdo a lo propuesto por Mcbean et al (2017) que menciona que los cambios en el funcionamiento cognitivo tendrían una mayor dificultad en el tercer trimestre de embarazo por lo cual en el posparto comenzaría a verse una mejoría regresando a un nivel normal después de los 2 años.

En cuanto al desempeño observado en las funciones ejecutivas se encontró una leve mejoría en las tareas relacionadas en la fluidez verbal y la prueba de stroop que de acuerdo con Buckwalter (2001) las mujeres en posparto presentan una mayor dificultad en su desempeño en la prueba Stroop sin embargo en un seguimiento hecho en mujeres a lo largo del embarazo se encontró que el momento con mayor dificultad fue en su tercer trimestre, en el momento de la última medición se reportó una mejora considerable en su puntuación.

Con respecto a los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación neuropsicológica NEUROPSI: Atención y memoria, debemos mencionar que los resultados se vieron afectados por la súbita adaptación a modalidad virtual derivada de la contingencia por el COVID-19; esta evaluación está diseñada para una correcta aplicación cara a cara debido a que se evalúan diferentes tareas que se encuentran relacionadas al funcionamiento cognitivo por lo cual solo se pudo realizar una correcta aplicación en un primer momento en donde se pudo observar que las mamás no presentaban alteraciones graves en su funcionamiento.

Sí bien si se reportaron algunos puntajes fuera del rango normal esperado como la memoria y la atención los cuales están altamente relacionados a la sintomatología depresiva como lo mencionan Henry y Sherwin (2012), también debemos mencionar que el cambio observado fue relativamente poco a lo esperado y debido a la situación pandémica se vuelve incierto verificar si esta leve mejoría sería resultado del proyecto o de la propia evolución del cerebro materno, que como se menciona en la literatura esto podría estar relacionado con el propio cambio en el funcionamiento cognitivo derivado al posparto (Kim et al., 2011).

Objetivo 5: Evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica grupal en madres durante el posparto en la sintomatología depresiva, la calidad del vínculo materno-infantil y las funciones cognitivas maternas.

De acuerdo con la literatura podemos explicar que la mejoría de estas mamás en cuanto a su sintomatología depresiva se encuentra relacionado con la identificación que se generó entre pares dentro del grupo, en donde además de ser sesiones con temas

estructurados ellas comenzaron a encontrar dentro del grupo mismo un espacio de contención y comprensión de la situación que todas estaban pasando (Castien Maestro, 2013).

Los diferentes cambios en las vidas de las participantes debido a la transición a la maternidad tales como pérdida del empleo, problemas para estudiar y trabajar, separación de la pareja, interrupción de estudios, dificultades en la crianza de hijos anteriores, falta de comunicación con su pareja, así como falta de tiempo para poder satisfacer sus necesidades básicas fueron diferentes factores desencadenantes que generaron en las madres sentimientos de tristeza, fatiga, irritabilidad así como falta de concentración los cuales según lo reportado por ellas mismas eran difíciles de sobrellevar. Todos estos factores de acuerdo con estudios previos pueden relacionarse con el incremento de la sintomatología depresiva (Navas Orozco, 2013) además también tienen como consecuencia que las madres no se sientan completamente vinculadas a sus bebés y que muestren dificultad para poder comprenderlos, generándoles sentimientos de culpa principalmente por sentir que no son unas buenas mamás además de sentimientos de rechazo y evitamiento (Cohn et al., 1986).

Uno de los factores reportado por las participantes frecuentemente en las primeras sesiones grupales y que era un tema que movilizaba al grupo fue expresar sus sentimientos de frustración ante la baja percepción de apoyo recibido el cual se expresaba mediante aseveraciones negativas o de enojo hacia sus propias parejas un factor reportado en la literatura como uno de los principales factores de riesgo en la alteración del vínculo madre-bebé (Palacios Hernandez, 2016) y el cual también fue un tema de conversación en la sesión para acompañantes en la cual se pudo observar cómo algunos de los padres

presentaban el mismo sentimiento de culpa por no poder estar presentes o no poder ayudar más a sus parejas en la crianza de sus hijos. Estos elementos han sido reportados por Fernández y Camacho (2000) como parte de una nueva estructura familiar establecida de donde el papel de proveedor del hombre se amplía más allá involucrándolos en las tareas domésticas así como del cuidado y la educación de sus hijos.

Después de la sesión para acompañantes las madres de las cuales sus propias parejas asistieron a la sesión se mostraron muy emocionadas debido a que habían podido notar cambios en la actitud de sus esposos. En el caso de PT014 mencionó que esa misma noche su esposo había llegado a preguntarle cómo estaba y cómo se sentía en ese momento lo cual ayudó mucho a que se abriera la comunicación entre ellos y de igual manera pudieran hacer acuerdos para organizar su tiempo y dividirse tanto las tareas del hogar como del cuidado del bebé. Este efecto inmediato de una sola sesión psicoeducativa como parte de la intervención muestra la gran importancia de la inclusión de acciones con las redes de apoyo de las madres en situación perinatal como elemento estratégico en beneficio de su bienestar.

Con respecto a los puntajes obtenidos en la prueba del MABS se debe mencionar que esta prueba evalúa las reacciones emocionales negativas del nuevo bebé, así como la conducta de alerta y las percepciones de los padres sobre la seguridad que tienen en sí mismos con respecto a los cuidados que brindan a su bebé. En el proyecto se realizó la evaluación de esta prueba y se pudo encontrar que solo se reportó un cambio significativo en el apartado de la seguridad con la que se sentían al cuidar a su bebe así como en el nivel general de seguridad lo cual podemos relacionarlo con la disminución de la sintomatología depresiva la cual les generaba el sentirse incapaces de poder hacerse cargo de su bebé

debido a que constantemente se sentían presionadas por las creencias de que debían ser una “*supermamá*” que debe tenerlo todo bajo control y que además debían tener bajo control sus emociones y sus pensamientos, situación en la cual todas coincidieron en sentirse sumamente presionadas por ellas mismas al tratar de encajar en ese patrón estereotipado de madre el cual cuando se mencionó en las sesiones Esto confirma lo reportado por Quezada y Santelices en 2010 que sugería que el compartir entre pares estos pensamientos y estas creencias les ayudo para que ellas mismas pudieran romper estos paradigmas y entonces comenzar una red de apoyo en la cual podían encontrar comprensión además de entender que no eran solo ellas las que pensaban y se sentían de esta manera.

Relacionado con esto cabe resaltar que las mamás participantes mencionaron sentirse abrumadas en un principio por el hecho de no saber qué pasaría en el futuro de la pandemia, tanto por la preocupación de contagio de la enfermedad misma como de qué pasaría con sus bebés, con su futuro profesional y el hecho de que estar tanto tiempo encerradas les comenzaba a generar mayores dificultades para poder tener tiempo para ellas situación que se mantenía latente en las sesiones grupales y que cambiaba según fuera evolucionando la situación pandémica en donde debemos recordar que como menciona Shigemura y colaboradores la cuarentena por el COVID-19 es una situación que la población en general vive con incertidumbre y miedo los cuales al acumularse pueden derivar en síntomas de ansiedad. Esto explicaría por su parte el incremento de sintomatología que se mostró registrado por el EPDS ya que este cuestionario cuenta con ítems relacionados con sintomatología ansiosa que además pudimos corroborar con la aplicación del PASS el cual evalúa específicamente la sintomatología ansiosa.

Para contrarrestar los efectos de la ansiedad en la madres se decidió implementar dos sesiones extras dirigidas específicamente para esta sintomatología, estas fueron la sesión de Mindfulness y la de Yoga con bebés las cuales de acuerdo a la literatura antes mencionada son altamente utilizadas debido a su efectividad y su versatilidad (Vásquez-Dextre E., 2016). Durante las sesiones se pudo observar cómo las mamás además de mostrarse más relajadas se sentían más cómodas en la interacción con sus bebés lo que podemos explicar debido a que como mencionó McMahon en 2010, cuando las madres presentan altos niveles de ansiedad suelen percibir a su bebé con un temperamento más difícil a que cuando las madres bajan estos niveles es más fácil para ellas poder comprender con sus bebés sin sentirse presionadas. Es importante mencionar que como consecuencia en la mejoría de la comunicación y cercanía de la madre con su bebé se observará de igual manera una mejoría en el desarrollo de la comunicación y de las habilidades socioemocionales del bebé que en un futuro se verá reflejado en sus habilidades sociales. (Cohn et al., 1986).

Las evaluaciones realizadas como parte de la selección de la muestra, permitió integrar un grupo de comparación en donde se incluyeron los resultados de las madres no participantes del grupo de intervención por lo que se realizó una comparativa en las evaluaciones antes y después de la intervención en donde se pudo observar que no se reportaron cambios significativos en el estado emocional de estas madres con lo que podemos corroborar lo propuesto por Barlow et al en 2010 en donde nos dice que la sintomatología depresiva o como tal la depresión posparto no decrece con el tiempo, sino todo lo contrario, incrementa. Esto permite resaltar la importancia de trabajar en la

detección oportuna de la sintomatología tanto depresiva como ansiosa y además el poder implementar intervenciones diseñadas al tratamiento de estos padecimientos.

En cuanto al uso y utilidad de la telepsicología se puede mencionar que la implementación de esta metodología trajo consigo una serie de ventajas tanto para los psicólogos como para las participantes ya que facilitó la atención sin necesidad de exponerse a la pandemia actual. Es importante recalcar que la Tele-psicología hoy por hoy es una herramienta que se ha sido el método de comunicación más utilizado debido a la emergencia sanitaria que estamos atravesando en el país (Interamericana, Society, e Interamericana, 2020).

Para finalizar, es importante mencionar que la pandemia tuvo un efecto directo en la intervención ya que no solo se tuvo que optar por la intervención mediante la telepsicología sino que las modificaciones que se realizaron se basaron en la emergente literatura sobre la situación que se vivió ya que se comprobó que el ser mujer, estar embarazada o tener hijos son factores que se relacionan a mayor estrés y por ende la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa (Muñoz-fernández et al., 2020).

Situación que se comprobó en las mismas participantes del grupo de intervención ya que en las evaluaciones que se realizaron las cuatro madres reportaron sintomatología ansiosa que se buscó regular con las sesiones extras que se diseñaron, la sesión de mindfulness y la de yoga perinatal, las cuales de acuerdo a Delgado (2013) han comprobado su efectividad en el adecuado manejo de la ansiedad y que se pudo comprobar con las participantes ya que si bien no se logró eliminar la sintomatología si se observó un decremento en los síntomas reportados.

Limitaciones:

La presente tesis de maestría presentó varias limitaciones.

La limitación más importante de nuestro estudio es el tamaño de la muestra, ya que únicamente se contó con 4 participantes en el grupo, y para poder tener una dinámica grupal más enriquecedora se necesitan entre al menos 8 participantes. No obstante, esta limitación se resolvió mediante la implementación de las sesiones dirigidas con lo que se observó una buena interacción entre las participantes.

Por otro lado, otra limitación que se presentó durante la aplicación de la intervención fue el cierre de las instalaciones debido a la contingencia sanitaria, lo cual no solo generó que el proyecto sufriera modificaciones, sino que tuvo un efecto directo en los resultados obtenidos. Se buscó resolver esta limitación mediante la implementación del proyecto con ayuda de la tele-psicología lo cual nos brindó nuevas oportunidades para la investigación. De igual manera esta situación resaltó la importancia que tiene el recibir apoyo psicológico en las diferentes etapas de la vida para poder contar con las herramientas necesarias para poder enfrentar momentos de crisis.

Propuestas para futuros estudios:

Los resultados reportados en este proyecto abren nuevas líneas para realizar más investigaciones y ampliar el conocimiento o explorar nuevas direcciones en la comprensión de la importancia de las intervenciones en la salud mental materna, así como para confirmar varios hallazgos.

Las nuevas líneas de investigación más relevantes que identifica esta tesis de maestría son las siguientes:

- La relación de la sintomatología depresiva posparto asociado con los efectos secundarios a la pandemia. Existen estudios que se están realizando en otros países que demuestran como esta podría estar incrementando.
- Una evaluación longitudinal de las funciones cognitivas de las madres antes, durante y posterior al embarazo. Estudios confirman que las funciones cognitivas se ven modificadas en estas etapas mencionadas por lo cual sería importante replicar los resultados en población mexicana.
- Los efectos de la contingencia sanitaria en las madres con alteraciones vinculares. En este proyecto se pudo observar cómo se dio un incremento de estas alteraciones con el inicio de la contingencia sanitaria por lo que sería importante dar seguimiento a las madres que han vivido esta cuarentena.

- La aplicación de la tele-psicología como método habitual de intervención para poder brindar el apoyo psicológico de manera remota en situaciones de crisis. Se encontró que la tele-psicología es una herramienta de gran apoyo en momentos de crisis, sin embargo, sería importante poder analizar a mayor profundidad los alcances y limitaciones de este método.
- La aplicación de un modelo de intervención grupal a largo plazo en madres como método de prevención a su salud mental. Uno de los comentarios más realizados al finalizar la intervención fue el que las madres hubiesen querido que el grupo durará más tiempo ya que les hacía bien tener su tribu de mamás para hablar. Por lo que sería importante el analizar la viabilidad de un grupo de apoyo durante esta etapa.

13. CONCLUSIONES

La maternidad, más allá de un proceso biológico es una transformación con diferentes componentes para la madre. No solo su cuerpo cambia, sino su vida en general, desde los aspectos psicológicos, sociales, culturales y afectivos, que marcan un antes y un después en la vida de la mujer.

Como en todo proceso, los cambios no son fáciles y puede haber dificultades, y en esas dificultades es en donde se encontró los problemas que se relacionan con la salud mental materna los cuales pueden tener importantes consecuencias tanto para el bebé como para la madre. Uno de los padecimientos más comunes en la etapa perinatal es la sintomatología depresiva y ansiosa ya que toda mujer es susceptible de presentarla pues el embarazo y el nacimiento son periodos considerados potenciales generadores de estrés y de alta carga hormonal (Glover et al., 2010).

En México uno de los padecimientos más frecuentes en las madres mexicanas es la depresión posparto la cual es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en madres en países en vías de desarrollo debido a la alta cifra de factores de riesgo a los cuales se ven expuestas (World Health Organization, 2013).

No obstante, en nuestro país los niveles de detección y atención en los servicios de salud de primer nivel de atención es bajo debido a la escasez de capacitación del personal en temas de salud mental. Y los programas establecidos han sido abordados desde una perspectiva médica principalmente, y se ha dejado de lado el significado mismo que tiene la maternidad para estas mujeres, asumiendo que por el simple hecho de ser mujeres deben

hacer frente a los cambios en su vida de manera automática; dejándose de lado ellas mismas para ser madres.

Es en este sentido que se propuso esta intervención psicoterapéutica grupal en madres con sintomatología depresiva posparto buscando generar un espacio en donde las madres participantes pudieran compartir sus emociones, experiencias y perspectivas sin sentirse juzgadas por expresar su verdadero sentir.

Durante la intervención se pudo observar como las madres desde el primer momento en el que se les realizó la entrevista inicial reportaron una verdadera necesidad de hablar sobre su sentir alrededor de la maternidad, incluso algunas llegaron a mencionar que tenía mucho tiempo desde que alguien les preguntaba cómo se sentían realmente ellas y que desde el nacimiento del bebé parecía que todo giraba en torno al bebé y que ellas habían quedado como en una sombra detrás del recién nacido, sin importar en absoluto. Conforme transcurrió la intervención las diferentes sesiones se les pudo observar desde su soledad hasta como poco a poco se fueron abriendo en el grupo, compartiendo sus sentimientos y pensamientos reales.

La intervención logró mostrar la realidad de cuatro madres que se sentían verdaderamente rebasadas por la maternidad y que realmente necesitaban un espacio para ellas, un espacio donde pudieran hablar libremente desde como la maternidad no estaba en sus planes, de lo tedioso que era para ellas el tratar de encajar en un estereotipo de “*mamá perfecta*” que sentían ellas que la sociedad le había impuesto lo que coincide con lo observado por Deans (2015) que menciona que el participar en un grupo de tratamiento puede ayudar a reducir la presión social que existe sobre las mujeres en posparto.

La intervención demostró la necesidad de un espacio en donde las madres no se sintieran juzgadas y en donde pudieran encontrar un refugio de las presiones del día a día que se incrementaron con la aparición de la pandemia haciendo la necesidad de contar con un espacio que de una u otra forma esta intervención les brindo.

Esta intervención psicoterapéutica breve de corte permitió aportarle las participantes la oportunidad de relacionarse con sus pares en un grupo donde mediante las sesiones dirigidas se podía profundizar en temas que estaban diseñados para promover la expresión de los miedos y pensamientos poco hablados y que ellas mismas temían decir en voz alta.

La presente investigación logró cumplir con cada uno de los objetivos planteados en este proyecto, se realizó una adaptación exitosa de los modelos de intervención ya estipulados por Reay (2006) y Deans (2015) para trabajar en madres mexicanas así como para sus acompañantes lo cual se vio reflejado en la comparativa de los niveles de sintomatología que se detectaron previos y posteriores a la intervención.

De igual forma se logró detectar los niveles de sintomatología depresiva presentes en madres de hasta 18 meses de posparto los cuales demostraron la alta incidencia de ellos en las madres evaluadas. Lo que nos demuestra la alta cantidad de mujeres que presentan dificultades en la etapa perinatal y que no son detectadas y/o tratadas en los servicios de salud.

Misma situación se observó al identificar la calidad del vínculo madre-bebé ya que se encontró que las madres que mayor sintomatología depresiva presentaban de igual manera dificultades para vincularse con sus bebés y que incluso se encontraron madres

con alteraciones graves en el vínculo las cuales se derivaron a intervención de emergencia para poder ser atendidas como prioridad. Con los resultados finales del proyecto podemos concluir que la intervención psicoterapéutica permitió reducir la sintomatología depresiva de las madres y a su vez demostró tener un efecto positivo al favorecer el vínculo madre-bebé de las participantes en el grupo.

En relación con los efectos esperados en la evaluación neuropsicológica no se pudieron obtener resultados contundentes debido a que la aplicación correcta del instrumento se vio entorpecida por la cuarentena implementada debido al COVID-19. Sin embargo, se pudo observar una leve mejoría en las funciones cognitivas de las madres la cual puede estar relacionada con el mismo “*maternal brain*” que menciona Kim et al., (2011).

En cuanto a la evaluación extra de la sintomatología ansiosa que se implementó precisamente por esta cuarentena podemos concluir que las madres presentaron una mejoría considerable en los niveles de ansiedad la cual al compararla con los puntajes reportados por las mamás que no participaron en el grupo de intervención se vuelve una diferencia significativa, lo cual es importante de resaltar ya que es aquí donde podemos observar que una intervención realizada a tiempo y de manera adecuada es una gran apoyo para las mamás y las ayuda a tener mejores herramientas de apoyo para poder enfrentar el día a día e incluso una pandemia de nivel mundial.

Otro factor muy importante por resaltar es la importancia que tuvo la sesión psicoeducativa para acompañantes, ya que con esta sesión se logró sensibilizar a los acompañantes y de igual manera esta sesión dio pie a que los participantes se pudieran

abrir en cuanto a sus emociones; el hecho de que hubiera abuelas y padres en la sesión permitió que se pudieran abordar tanto las experiencias pasadas de ellas y las preocupaciones presentes de ellos en donde se pudo observar cómo cada uno de los temas que se mencionaban les representaban algo a cada quien como el tema de los sentimientos de los padres a la llegada del bebé en donde se encontró que una de las principales preocupaciones para ellos además de la situación económica era el tiempo que pudieran pasar con sus hijos, y que les generaba conflicto en no sentirse tan cercanos a ellos como sus madres.

Se puede concluir que este trabajo resalta la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas breves interpersonales para la reducción de la sintomatología depresiva y con ello el favorecimiento del vínculo madre-bebé, además de brindar espacios para desarrollar la habilidad de identificar sus emociones y las fuentes de estas para su expresión y no sentirse rebasadas.

Esto abre la oportunidad a que intervenciones psicológicas de este tipo promuevan en las madres incrementar la capacidad de decidir qué tipo de madres quieren ser, eliminar el estigma asociado a las dificultades maternas y poder reconocer cuando no puedan más sin miedo a sentirse juzgadas, con el aprendizaje de saber que no son las únicas en pensar de esa manera, sino que hay muchas más mujeres que piensan así y evitar la asignación negativa de ese estado emocional.

La perfección asociada a la experiencia de la maternidad parece ser una ilusión en donde es fácil perderse para ciertas mujeres, sin embargo; no existen mamás perfectas, pero si cada mamá es perfecta para su propio hijo.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 969-1025.
- Alberti KG, Z. P. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. *Diabetic Medicine*, 539-53.
- Álvarez Ariza, A. M. (2014). Guía de Práctica Clínica. España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Amaya, J. M. G. (2009). Neurobiología del «vínculo de apego» y embarazo. *Cuadernos de bioética*, 20(3), 333-338.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, P. (2002). Assessment and Development of Executive Function (EF) During Childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82. doi:10.1076/chin.8.2.71.8724
- Anderson, P. J. (2008). Towards a developmental model of executive function. En Anderson, Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective. (págs. 3-22). Nueva York: *Psychology Press*.
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atencion Primaria*, 41(10), 545-551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011>
- Baddeley, A. (2002). Working Memory: Looking Back and Looking Forward. *Nature Reviews.*, 4, 829-839.
- Baldwin, D., & Birwistle, J. (2002). The encyclopedia of visual medicine series: an atlas of depression.
- Bechara, A. D. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307.
- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud pública de México*, 55(3), 248-256.
- Bornstein, M. H., Cote, L. R., Haynes, O. M., Suwalsky, J. T., & Bakeman, R. (2012). Modalities of infant-mother interaction in Japanese, Japanese American immigrant, and European American dyads. *Child development*, 83(6), 2073-2088.
- Boyce, P. M. (2003). Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), s43-s50.
- Boyd, R. C., Zayas, L. H., & McKee, M. D. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139.
- Briano Correa, C., Jara Braga, T., Sobral Valenzuela, M., & Wevar Bascuñan, M. J. (2016). *Yoga y mindfulness: una alternativa para el desarrollo socioemocional en niños de preescolar de 3 a 6 años* (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303-310.
- Brockington, I. (2011). Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44(5), 329-336.
- Buckwalter, J. G., Buckwalter, D. K., Bluestein, B. W., & Stanczyk, F. Z. (2001). Pregnancy and postpartum: changes in cognition and mood. *Progress in brain research*, 133, 303-319.
- Burt, V. k., & Hendrick, V. (2007). Manual clínico de salud mental. Barcelona, España: *Ars Médica*.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., & Widström, (2009). *Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. Birth*, 36(2), 97-109.

- Casey, P., Huntsdale, C., Angus, G., & Janes, C. (1999). Memory in pregnancy. II: Implicit, incidental, explicit, semantic, short-term, working, and prospective memory in primigravid, multi gravid and postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20(3), 158-164.
- Castien Maestro, J. I. (2013). Cuadernos de Relaciones Laborales. *Cuadernos de Relaciones Laborales, ISSN 1131-8635, Vol. 31, N° 2, 2013, Págs. 495-514, 31(2), 495–514*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4614821>
- Castro F., P. J. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública de México*, 144-154.
- Caughey, S. D. (2011). Changes in the intensity of maternal aggression and central oxytocin and vasopressin V1a receptors across the peripartum period in the rat. *Journal of Neuroendocrinology*, 1113-1124.
- Chambers, I. C. (2003). Functional Expression Cloning of Nanog, a Pluripotency Sustaining Factor in Embryonic Stem Cells. *Cell*, 113, 643-655.
- Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1986(34), 31–45. <https://doi.org/10.1002/cd.23219863405>
- Collette, F., Hogge, M., Salmon, E., & Van der Linden, M. (2006). Exploration of the neural substrates of executive functioning by functional neuroimaging. *Neuroscience*, 139(1), 209-221.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 412-419.
- Corwin, E. J., & Pajer, K. (2008). The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Journal of women's health*, 17(9), 1529-1534.
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms are not ok: COVID-19 and maternal mental health. *Frontiers in Global Women's Health*, 1, 1.
- David, H. P. (2011). Born unwanted: Mental health costs and consequences. *American journal of orthopsychiatry*, 81(2), 184.
- Deans, C., Reay, R., & Stuart, S. (2014). Interpersonal psychotherapy for groups: Advantages and challenges.
- Debowska, A., Boduszek, D., & Dhingra, K. (2015). Victim, perpetrator, and offense characteristics in filicide and filicide–suicide. *Aggression and violent behavior*, 21, 113-124.
- Della Vedova, A. M., Ducceschi, B., Cesana, B. M., & Imbasciati, A. (2011). Maternal bonding and risk of depression in late pregnancy: a survey of Italian nulliparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 208-222.
- Esquivel-Acevedo, J. A., Sánchez-Guerrero, O., Ochoa-Palacios, R., Molina-Valdespino, D., & Muñoz-Fernández, S. I. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.
- Ferreira-Vorkapic, C., & Rangé, B. (2010). Mente Alerta, Mente Tranquila: ¿Constituye el yoga una intervención terapéutica consistente para los trastornos de ansiedad? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 211-220.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant behavior and development*, 34(1), 1-14.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Medina, L., Delgado, J., & Hernandez, A. (2012). Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of bodywork and movement therapies*, 16(2), 204-209.
- Fiorini, H. J. & Sussekind, C. (1997). Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fivaz-depeursinge & Favez, N. (2006). Exploring triangulation in infancy: Two contrasted cases. *Family Process*, 45(1), 3-18.

- Förstl, H., Almeida, O. P., Owen, A. M., Burns, A., & Howard, R. (1991). Psychiatric, neurological and medical aspects of misidentification syndromes: a review of 260 cases. *Psychological medicine*, 21(4), 905-910.
- Fritsch, R., Montt, M. E., Solfs, J., Pilowsky, D., & Rojas, M. G. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Revista médica de Chile*, 135(5), 602-612.
- Funes, M. J., & Lupiáñez, J. (2003). La teoría atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de Orientación, Alerta y Control Cognitivo y la interacción entre ellas. *Psicothema*, 260-266.
- Fuster, J. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal of Neurocytology*, 373-385.
- Gallegos de San Vicente, M. O., Zalaquett, C., Luna Sánchez, S. E., Mazo Zea, R., Ortiz Torres, B., Penagos Corzo, J. C., ... & Lopes Miranda, R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental.
- Gere, M. K., Hagen, K. A., Villabø, M. A., Arnberg, K., Neumer, S. P., & Torgersen, S. (2013). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31-38. <https://doi.org/10.1002/da.22010>
- Glover, V., O'connor, T. G., & O'Donnell, K. (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 17-22.
- Gorrita Pérez, R. R., Bárcenas Belló, Y., Gorrita Pérez, Y., & Brito Herrera, B. (2014). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista cubana de pediatría*, 86(2), 0-0.
- Grigoriadis, S., & Ravitz, P. (2007). An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Canadian Family Physician*, 53(9), 1469-1475.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of women's mental health*, 6(2), s33-s42.
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J., Tobeña, A. & Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature neuroscience*, 20(2), 287-296.
- Holdcroft, A. (2005). MR spectroscopy in women during and after pregnancy compared with nonpregnant control subjects. *Neuroradiol*, 352-356.
- Horacio Carbajal, M. R. (2008). Síndrome Metabólico: Aspectos Clínicos. Su tratamiento. En D. H. Dr. Fernando de la Serna, Tratado de Cardiología de la Federación Argentina de Cardiología. Buenos Aires, Argentina: Federación Argentina de Cardiología.
- Hwa-Froelich, D. A., Loveland Cook, C. A., & Flick, L. H. (2008). Maternal sensitivity and communication styles: Mothers with depression. *Journal of Early intervention*, 31(1), 44-66.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Informe Final de Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Ciudad de México: ENSANUT.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52(8), 907-915.
- Klier, C. M., & Muzik, M. (2004). Mother-infant bonding disorders and use of parental bonding questionnaire in clinical practice. *World Psychiatry*, 3(2), 102.
- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., & Nieto, L. (2017). Depresión posparto , un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México i, 12-25.
- Lezak, M. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4ta ed.). New York : Oxford University Press.
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 281-297.

- Logan, D. M., Hill, K. R., Jones, R., Holt-Lunstad, J., & Larson, M. J. (2014). How do memory and attention change with pregnancy and childbirth? A controlled longitudinal examination of neuropsychological functioning in pregnant and postpartum women. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 36(5), 528-539.
- Luria, A. R. (1984). *El Cerebro en Acción*. Barcelona: Fontanella.
- Maldonado-Durán, M., & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 100-110.
- Mann, P. E. (2001). Lactogenic hormone regulation of maternal behavior. *Progress in Brain Research*, 251-262.
- McBean, A. L., Kinsey, S. G., & Montgomery-Downs, H. E. (2016). Effects of a single night of postpartum sleep on childless women's daytime functioning. *Physiology & behavior*, 156, 137-147.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 581-588.
- Medina M., S. E. (2014). *La Depresión y otros Trastornos Psiquiátricos*. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina.
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12.
- Messinis, L., Vlahou, C. H., Tsapanos, V., Tsapanos, A., Spilioti, D., & Papathanasopoulos, P. (2010). Neuropsychological functioning in postpartum depressed versus nondepressed females and nonpostpartum controls. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 32(6), 661-666.
- Miller, B. (2007). The human Frontal Lobes an Introduction. En B. & Miller, *The Human Frontal Lobes*. USA.: Oxford University Press.
- Miranda, Á., Olhaberry, M., & Morales-Reyes, I. (2017). Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de acuerdo con el Tipo de Depresión y Patrón de Apego. *Psykhé (Santiago)*, 26(1), 1-17.
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89.
- Nigg, J. T. (2000). On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: Views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy. *Psychological Bulletin*, 126, 220–246.
- Numan, M. (2007). Motivational systems and the neural circuitry of maternal behavior in rat. *Developmental Psychobiology*, 12-21.
- O'connor, T. G., Heron, J., Glover, V., & Alspac Study Team. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470-1477.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pacheco-Armenta, J.-T. J. (2000). Prevalencia de síndrome metabólico en la consulta externa. *Revista de Sanidad Militar*, 264-275.
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Salud uis*, 48(2).
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The neurobiology of postpartum anxiety and depression. *Trends in Neurosciences*, 40(2), 106-120.
- Peña, D. M., & Calvo, J. M. (2009). Aspectos clínicos de la depresión posparto. *Obstetricia integral Siglo XXI*, 1, 420-429.
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 77-120.

- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Universidad Complutense-McGraw-Hill.
- Portillo, I. D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Ciudad de México: Pax México.
- Puente, A. (2003). *Cognición y Aprendizaje. Fundamentos Psicológicos*. Madrid: Psicología Piramide.
- Quezada, V., & Santelices, M. P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Artículos desde 2007 hasta 2013. Desde 2020 visítenos en <http://revistalatinoamericanadepsicologia.konradlorenz.edu.co/>*, 42(1), 53-61.
- Reaven, G. (2002). Metabolic Syndrome: Pathophysiology and Implications for Management of Cardiovascular Disease. *Circulation by the American Heart Association*, 286-289.
- Reay, R. E., Mulcahy, R., Wilkinson, R. B., Owen, C., Shadbolt, B., & Raphael, B. (2012). The development and content of an interpersonal psychotherapy group for postnatal depression. *International journal of group psychotherapy*, 62(2), 221-251.
- Robbins, T. (1998). Dissociating executive functions of the prefrontal cortex. En A. R. Roberts, *The prefrontal cortex*. (págs. 117-130). Londres: Oxford University Press.
- Robles, J. C. (2013). *Síndrome Metabólico: concepto y aplicación práctica*. Lima, Perú: Hospital Central de la Fuerza Aérea Peruana.
- Roca M., M. V. (2016). Funciones ejecutivas en la depresión. En M. Roca, *Psiquiatría Biológica* (págs. 23-28). Palma de Mallorca, España: Elsevier España.
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., de Mon, M. Á., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23), 1285-1296.
- Rosas Guzmán J., G. C. (2013). Epidemiología, Diagnóstico, Control, Prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos. *Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 18.
- Rothberg, B. (2017). *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression*.
- Satin, L. W. (2009). Depression as a predictor of disease progressin and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115-53.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 7-66.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the new coronavirus 2019 (2019-nCoV) in Japan: consequences for mental health and target populations. *Psychiatry Clinical Neurosciences [internet]*, 74(4), 281-282.
- Siegel, D. J. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(4), 248.
- Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S. L., Jørgensen, T., & CCC 2000* Study Group. (2008). Predictors (0–10 months) of psychopathology at age 1½ years—a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 553-562.
- Soto, I. F., Amarís, M., & Puentes, R. C. (2000). El rol del padre en las familias con madres que trabajan fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*, (5), 157-175.
- Spinner, M. R. (1978). Maternal-infant bonding. *Canadian Family Physician*, 24, 1151.
- Stuss, D. (2002). Adult clinical neuropsychology lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology*, 53, 401-433.
- Svanberg, P. O., Mennet, L., & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 363-378.
- Swain, A. M., O'Hara, M. W., Starr, K. R., & Gorman, L. L. (1997). A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstetrics & Gynecology*, 90(3), 381-386.
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Urizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118.

- Uvnäs-Moberg, K., Widström, A. M., Nissen, E., & Björvell, H. (1990). Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 11(4), 261-273.
- Vargas-Rueda, A. &. (2007). Neurobiología del apego. *Avances En Psiquiatría Biológica*, 43-56.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Vickers, N. J. (2017). Animal communication: when i'm calling you, will you answer too?. *Current biology*, 27(14), R713-R715.
- Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Alteraciones cognitivas y depresión: una revisión crítica. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 187-93.
- Wacher-Rodarte, N. (2010). Epidemiología del síndrome metabólico. *Gaceta Médica de México*, 384-91.
- Waxler, E., Thelen, K., & Muzik, M. (2011). Maternal perinatal depression-impact on infant and child development. *Eur Psychiatr Rev*, 4(1), 41-47.
- Wonch, K. E., de Medeiros, C. B., Barrett, J. A., Dudin, A., Cunningham, W. A., Hall, G. B., ... & Fleming, A. S. (2016). Postpartum depression and brain response to infants: Differential amygdala response and connectivity. *Social Neuroscience*, 11(6), 600-617.
- Workman, J. L., Barha, C. K., & Galea, L. A. (2012). Endocrine substrates of cognitive and affective changes during pregnancy and postpartum. *Behavioral neuroscience*, 126(1), 54.
- World Health Organization. (2009). *Maternal mental health and child health and development in resource-constrained settings: report of a UNFPA* (No. WHO/RHR/09.24). World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). "Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries". Ginebra, Suiza.: WHO.
- World Health Organization. (2017). *Depression an other common mental disorders, Global Health Estimates*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- Wu, K. C., Chang, S. Y., & Yeh, J. W. (2015). Optimizing superplasticity of AZ91– xSn magnesium alloys with competitive grain growth and boundary sliding. *Materials Science and Engineering: A*, 646, 201-206.
- Zelazo, P. M. (2003). The Development of executive function. *Monographs of the Society foe Research in Child Development.*, 68(3).

ANEXOS

ANEXO 1: Oficio de aprobación del protocolo de la investigación antes el Comité de Ética del CITPSI.



CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

Registro Número CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509

Cuernavaca, Morelos, 12 de octubre de 2020

Oficio No. CEI/36/2020

ASUNTO: Modificación a dictamen

PSIC. BRISA ISABEL SALCEDO SAAVEDRA
ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
P R E S E N T E.

1. Datos de identificación de la propuesta de investigación revisada por el CEI.
 - a) Número de protocolo: 221019-25
 - b) Título: Intervención psicoterapéutica en madres con sintomatología depresiva post-parto. Efecto en calidad vincular y funciones cognitivas
2. Datos de identificación del investigador principal responsable de conducir la investigación y el establecimiento o institución de salud.
 - a) Nombre completo del investigador responsable: Psic. Brisa Isabel Salcedo Saavedra
 - b) Investigador corresponsable: Dra. Bruma Palacios-Hernández
 - c) Razón social y dirección del establecimiento o institución de salud: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Av. Universidad No. 1001, Col Chamilpa, Cuernavaca, Morelos, México. C.P. 62209.
3. Descripción de los documentos evaluados con fecha del 31 de agosto de 2020
Idioma: español.
 - a) Carta de solicitud de modificación y descripción de los cambios.
 - b) Consentimiento informado para los participantes, versión número cuatro.
4. Resolución del CEI: **APROBADO.**
5. Vigencia de la aprobación de la investigación: 17 de febrero de 2020 al 16 de febrero de 2021.

Consideraciones importantes:

- i. Usted se compromete a elaborar y presentar dos informes, uno parcial y uno final sobre su investigación, con las características que se indican en la página del CEI. El primero deberá entregarlo entre el 10 y 14 de agosto de 2020 y el informe final al término de la vigencia de aprobación de su proyecto, ambos en formato físico y electrónico. En caso de no cumplir con este compromiso, estará en incumplimiento, pudiendo ser cancelada su vigencia de aprobación. Además de sus informes, deberá entregar evidencia del cumplimiento de los aspectos éticos en su proyecto.
- ii. Si antes del periodo de vigencia de un año se presentan cambios en los objetivos, el diseño, instrumentos, procedimientos u otros aspectos relevantes del protocolo, estos deberán ser dictaminados por el CEI como requisito para continuar con su vigencia.

PÁGINA 1 DE 2

UA
EM

Una universidad de excelencia

RECTORÍA
2017-2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS



Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología

CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

Registro Número CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509

- iii. En los casos de solicitud de renovación de vigencia donde no exista alguna razón para dictaminar nuevamente el protocolo y, de contar con la documentación completa, se procederá al refrendo o renovación de la vigencia sin la necesidad de emitir un dictamen específico.
- iv. En todos los casos, los protocolos dictaminados y aprobados por el comité que se hayan terminado o suspendido prematuramente, deberán informar al CEI las razones y los resultados obtenidos hasta ese momento.
- v. Informar al CEI de todo evento adverso grave, máximo tres días después de sucedido el evento, conforme lo establecen los lineamientos del CEI para el reporte de eventos adversos graves. El Comité lo revisará y tomará las acciones correspondientes para minimizar el riesgo potencial a los participantes.
- vi. En el Consentimiento Informado que presentó está cortada la leyenda que refiere a la información que pudiera brindar el CEI para informes de dictamen y vigencia del proyecto a los participantes. Deberá completar esta información en ambos documentos y entregarlo al CEI para su expediente.

ATENTAMENTE
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Firmado digitalmente por Dr. Luis Pérez Álvarez
Nombre de reconocimiento (DN): cn=Dr. Luis Pérez Álvarez, ou=UAEM, ou=Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología, email=lpalvarez@uaem.mx, c=MX
Fecha: 2020.10.12 16:34:44 -05'00'

DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL
CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

C.c.i. – Archivo



ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE

Título de proyecto: “Intervención psicoterapéutica en madres con sintomatología depresiva posparto. Efecto en calidad vincular y funciones cognitivas.”
Nombre del Investigador Principal: Brisa Isabel Salcedo Saavedra
Fecha aprobación por el Comité de ética: 17/02/2020

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el programa de Maestría en Psicología de la UAEM en colaboración el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi). El estudio se realizará en las inmediaciones del CITPsi que se encuentra en Pico de Orizaba No. 1 Esq. Popocatépetl, Col. Los Volcanes en Cuernavaca, Morelos.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es el mejorar la salud mental de la participante, así como el vínculo con su bebé y su funcionamiento cognitivo mediante una terapia grupal basada en la Psicoterapia interpersonal breve.

Estoy de acuerdo en las siguientes condiciones de la intervención psicológica:

- Asistir puntualmente a las sesiones y en caso de no asistir avisar al entrevistador con anticipación.
- La intervención se realizará en 8 sesiones con una duración aproximada de 1 hora 30 minutos y abarcará varios temas sobre su historia personal,
- Para que los fines de la intervención se cumplan, deberá asistir por lo menos a 5 de las sesiones establecidas con la finalidad de evaluar su estado emocional, así como su experiencia con la maternidad.
- La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por la institución encargada.
- Para facilitar el análisis, esta intervención será videograbada.
- Estoy de acuerdo que tengo que respetar al profesionista que realizará la valoración, el material y los instrumentos de trabajo, así como las instalaciones donde se lleve a cabo la evaluación.

- Entiendo que mi participación en este proceso es absolutamente voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento siempre y cuando avise a mi entrevistador con anticipación.
- Tengo entendido que al final del proceso de evaluación, la o el profesional que ha realizado la evaluación me entregará un reporte general de mi estado de ánimo, así como la calidad de vinculación que mantengo con mi bebé.
- Así mismo, tengo entendido que en caso de ser detectada algún tipo de problemática que requiera de apoyo profesional, mi entrevistador/a podrá realizar sugerencias para una pronta atención.

Beneficios:

- Las participantes tendrán un espacio donde podrán hablar libremente sin ser juzgadas y soporte emocional en su transición a la maternidad.
- Se les dará el apoyo terapéutico necesario para la mejoría en su salud mental.
- Dentro de las sesiones se buscará tener un ambiente de apoyo y cooperación.
- Se buscará mejorar su vínculo materno- infantil, así como su funcionamiento en general.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos ya que las intervenciones que se generen dentro del espacio terapéutico podrían causar estrés o ansiedad al cambio los cuales se verán disminuidos con el transcurso de la intervención. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. En caso de que se detecte que alguna de las participantes está en riesgo potencial durante la sesión terapéutica se le retirara del espacio terapéutico para poder tener una terapia de contención con el coterapeuta encargado con el fin de reducir al mínimo la sintomatología presentada, así como reiterarle que si en alguna ocasión se llega a sentir mal en su casa o alguna otra ubicación pueda comunicarse con la clínica para poder ser atendida a la brevedad posible en la clínica de salud mental de la misma institución o se le podrá brindar información sobre diferentes instituciones y profesionales en el área que pudieran atender de manera eficaz la problemática.

**Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y dicho tratamiento no tendrá costo alguno.

Aviso de Privacidad Simplificado: La encargada principal de este estudio, Psic. Brisa Isabel Salcedo Saavedra, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Psic. Brisa Isabel Salcedo Saavedra al siguiente número de teléfono (777)2658318 en un horario de 9:00-18:00 ó al correo electrónico brisa.salcedos@uaem.edu.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Este proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología. Para informes de dictamen y vigencia, escriba al correo cei.citpsi@uaem.mx.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

<p>TESTIGO 1</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Relación con la participante: _____</p> <p>Fecha/hora: _____</p> <p>TESTIGO 2</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Relación con la participante: _____</p> <p>Fecha/hora: _____</p>
--

<p>Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha/hora: _____</p>

**ANEXO 3: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ACOMPAÑANTE**

<p>Título de proyecto: “Intervención psicoterapéutica en madres con sintomatología depresiva posparto. Efecto en calidad vincular y funciones cognitivas.”</p> <p>Nombre del Investigador Principal: Brisa Isabel Salcedo Saavedra</p> <p>Fecha aprobación por el Comité de ética: (La fecha se incluirá una vez que el estudio haya sido aprobado por el comité de ética y la carta sea enviada para sello del CEI)</p>

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el programa de Maestría en Psicología de la UAEM en colaboración el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPSi). El estudio se realizará en las inmediaciones del CITPSi que se encuentra en Pico de Orizaba No. 1 Esq. Popocatépetl, Col. Los Volcanes en Cuernavaca, Morelos.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es el mejorar la salud mental de la participante que se encuentra en la sesión semanal, así como el vínculo de ella con su bebé y su funcionamiento cognitivo mediante una terapia grupal basada en la Psicoterapia interpersonal breve, lo cual también involucra el que las personas cercanas a ella sepan por lo que esta pasando y así puedan mejorar también ellos su relación.

Es debido a esto que se le invita a participar en una única sesión para acompañantes en la cuál se le proporcionara información importante sobre la situación actual de la mamá y de igual manera se les orientará mediante estrategias simples a como ayudarla en este proceso y por consecuencia ayudar a mejorar la relación existente.

Estoy de acuerdo en las siguientes condiciones de la intervención psicológica:

- Asistir puntualmente a la sesión y en caso de no asistir avisar al entrevistador con anticipación.
- La intervención se realizará en una única sesión con una duración aproximada de 1 hora 30 minutos y abarcará los temas correspondientes a la sintomatología depresiva y como enfrentarla.
- La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por la institución encargada.
- Para facilitar el análisis, esta intervención será grabada.
- Estoy de acuerdo que tengo que respetar al profesionista que realizará la valoración, el material y los instrumentos de trabajo, así como las instalaciones donde se lleve a cabo la evaluación.
- Entiendo que mi participación en este proceso es absolutamente voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento siempre y cuando avise a mi entrevistador con anticipación.
- Así mismo, tengo entendido que en caso de ser detectada algún tipo de problemática que requiera de apoyo profesional, mi entrevistador/a podrá realizar sugerencias para una pronta atención

Beneficios:

- Las participantes tendrán un espacio donde podrán hablar libremente sin ser juzgado(a)s y soporte emocional.
- Se les brindara información detallada de la sintomatología depresiva, así como estrategias que les podrán ayudar a mejorar la manera en como se relacionan.
- Dentro de las sesiones se buscará tener un ambiente de apoyo y cooperación.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos ya que las intervenciones que se generen dentro del espacio terapéutico podrían causar estrés o ansiedad al cambio los cuales se verán disminuidos con el transcurso de la intervención. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. En caso de que se detecte que alguna de los participantes está en riesgo potencial durante la sesión terapéutica se le retirara del espacio terapéutico para poder tener una terapia de contención con el coterapeuta encargado con el fin de reducir al mínimo la sintomatología presentada, así como reiterarle que si en alguna ocasión se llega a sentir mal en su casa o alguna otra ubicación pueda comunicarse con la clínica para poder ser atendido a la brevedad posible en la clínica de salud mental de la misma institución o se le podrá brindar información sobre diferentes instituciones y profesionales en el área que pudieran atender de manera eficaz la problemática.

**Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y dicho tratamiento no tendrá costo alguno.

Aviso de Privacidad Simplificado: La encargada principal de este estudio, Psic. Brisa Isabel Salcedo Saavedra, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Psic. Brisa Isabel Salcedo Saavedra al siguiente número de teléfono (777)2658318 en un horario de 9:00-18:00 ó al correo electrónico brisa.salcedos@uaem.edu.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Este proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología. Para informes de dictamen y vigencia, escriba al correo cei.citpsi@uaem.mx.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE: Nombre: _____ Firma: _____ Fecha/hora _____
TESTIGO 1 Nombre: _____ Firma: _____ Relación con la participante: _____ Fecha/hora: _____ TESTIGO 2 Nombre: _____ Firma: _____ Relación con la participante: _____ Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento: Nombre: _____ Firma: _____ Fecha/hora _____

ANEXO 4: Versión corta para evaluación de la calidad del vínculo materno-infantil de la Entrevista Stafford para Salud Mental Materna (Brockington et al, 2016. Versión adaptada por el Laboratorio de salud mental Perinatal CITPsi-UAEM por Palacios-Hernández, et al.)

Sección relación madre-bebé: explorar el curso social, psicológico y psiquiátrico de la relación madre-infante en el puerperio.

ANEXO PARA USARSE EN COMPLEMENTO CON LA SECCIÓN DE RELACIÓN MADRE-BEBÉ

Fecha de entrevista:	Fecha de nacimiento de Madre:
Nombre de la madre:	Sexo del bebé:
Nombre del bebé:	Edad del bebé:
Fecha de parto:	

Instrucciones: otras preguntas de secciones previas para usarse cuando se aplica independientemente la Entrevista vínculo madre-bebé; se sugiere su aplicación antes. (El puntaje total de estas preguntas, no se incluye para el diagnóstico de calidad del vínculo madre-bebé).

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EMBARAZO (ESTADO EMOCIONAL Y FÍSICO)

3. Planificación del embarazo

Se refiere a las intenciones propias de la madre, no a las intenciones acordadas con la pareja.

0 = El embarazo fue muy deseado, por ejemplo, después de un periodo de infertilidad

1 = El embarazo fue planeado

2 = El embarazo no fue planeado, pero fue bien recibido

3 = El embarazo no fue planeado, y la reacción de la madre es de indiferencia o ambivalencia

4 = El embarazo no fue planeado, y le resulta inconveniente o inoportuno

5 = El embarazo se asoció con vergüenza o censura

4. Embarazo no reconocido

0 = No hay negación

1 = Embarazo inadvertido (ej. En una madre obesa o con menopausia)

2 = Ocultación del embarazo

3 = Negación del embarazo (desconocimiento personal de un embarazo obvio)

5. Reacción de la madre ante la concepción

0 = Muy positiva (alegría, éxtasis)

1 = Positiva (complacida)

2 = Ecuánime, indiferencia o ambivalencia

3 = Negativa (decepción, enojo)

4 = Muy negativa (pánico, desesperación, ira)

6. Reacción del padre del bebé ante el embarazo

0 = Muy positiva (alegre, éxtasis)

1 = Positiva (complacido)

2 = Ecuánime, indiferente o ambivalente

3 = Negativa (desagrado, reproche o crítica)

4 = Muy negativa (condena, castigo o deserción)

8. Ideas sobre el aborto

0 = El aborto nunca fue considerado

1 = La madre recibió presión de los demás para abortar, pero se negó

2 = La madre hubiera preferido abortar, pero tenía objeciones éticas o miedos (incluir aquí el deseo secreto de sufrir un aborto involuntario)

3 = El aborto era la opción preferida, pero fue rechazado por los médicos u otras personas se opusieron (especificar)

4 = El aborto estaba previsto, pero la madre cambió de opinión

5 = Intento de provocarse un aborto involuntario o aborto fracasado

16. Relación con el padre del bebé antes del embarazo

Si la relación ya ha terminado, utilice calificación n°. 1 (código 2)

0 = La pareja se muestra enamorada y son buenos amigos

1 = La relación tiene sus altos y bajos, pero es armoniosa

2 = Hay peleas frecuentes

3 = Importantes fricciones, con amenazas de ruptura

4 = Los períodos de separación o violencia de pareja ya se han producido

17 Relación con el padre del bebé durante el embarazo

Si el esposo o pareja de hecho no es el padre, se debe completar dos veces esta calificación

- Para el marido y el padre del niño

0 = El embarazo ha mejorado la relación

1 = Sin cambios

2 = La relación se ha deteriorado

3 = La relación se ha deteriorado gravemente, lo que desemboca en violencia o amenazas de ruptura

4 = La relación se ha acabado desde el principio del embarazo

18. Apoyo mostrado por el padre del bebé durante el embarazo

Si el esposo o pareja de hecho no es el padre, se debe completar dos veces esta calificación

- Para el marido y el padre del niño

0 = Más apoyo de lo habitual

1 = Sin cambios

2 = Menor o insuficiente apoyo

3 = Sin apoyo

21 Violencia física o sexual durante el embarazo en la pareja

0 = Ninguna

1 = Ambiente de crítica, humillación, control o menosprecio, con comentarios hirientes

2 = Amenazas de violencia

3 = Al menos un incidente de violencia física

4 = Abuso grave (recurrente o dirigido hacia la barriga)

The Abuse Assessment Screen puede usarse para su detección. Referencia en McFarlane et al (1992), *Journal of Marriage and Family* 43: 873-885). *The Index of Spouse Abuse* puede usarse para evaluar la duración e intensidad de la violencia. (Hudson y McIntosh (1981), *Journal of Marriage and Family* 43: 873-885. Versión y validación española: Torres A, Navarro P, García L, Tarragona MJ, Ascaso C, Herreras

Z, Gelabert E, Imaz ML, Roca A, Subirà S, Martín-Santos R. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the index of the spouse abuse. *J Fam Viol.* 2010; 25:275-286.)

29 sacrificios de la madre a causa de este embarazo

0 = No hay sacrificios significativos

1 = Ha hecho algunos sacrificios aceptables en su carrera, la vida social o las actividades de ocio

2 = Ha tenido que hacer grandes sacrificios, de lo que se lamenta

30 acontecimientos adversos durante el embarazo

Excluidos aquellos relacionados con el marido (pareja), la red social o la salud, que son calificados en otros apartados.

0 = No hay acontecimientos adversos vitales

1 = Al menos un acontecimiento adverso

2 = Más de un acontecimiento adverso, o al menos una pérdida severa (ej. la muerte de un ser querido)

31 Dificultades durante el embarazo

Se refiere a la vivienda y a los problemas financieros, también a los inmigrantes ilegales, los refugiados o solicitantes de asilo (codificado 3)

0 = No dificultades

1 = Algunos problemas financieros

2 = Indigencia, sin techo o pobreza extrema

34 Preocupaciones médicas hacia el bebé nonato

Si las preocupaciones no tienen una base médica (tal vez tras una pérdida fetal anterior), utilizar las calificaciones **no. 43 o 44**.

0 = El estado del feto no presenta problemas

1 = Pruebas o problemas médicos preocupantes durante el embarazo

2 = Conocimiento de anomalía en el nonato

35 preocupación social sobre el bebé nonato

0 = Ninguna preocupación sobre la condición social del bebé no nacido

1 = Puede haber preocupación por la seguridad del bebé

2 = Los servicios sociales o agencias de protección del menor ya están involucrados

36 Actitud ante el sexo del bebé

0 = El sexo del bebé no es un problema

1 = La madre está preocupada por el nacimiento de un bebé de sexo no deseado

2 = Si naciera un bebé de sexo no deseado, la madre lo rechazaría emocionalmente

37 interacción con el feto (“afiliación”, “vínculo prenatal”)

0 = Madre incluye a otros miembros de la familia en la interacción

1 = Habla, lee o canta al bebé

2 = Interacción mínima

3 = Se ignora el embarazo

8 = El comportamiento es inaceptable para su cultura

Para las reacciones negativas, utilice clasificación n° 40.

38 preparativos prácticos para el recién nacido

Anotar si la falta de preparación fue debida a un nacimiento prematuro, o por la práctica habitual.

0 = La madre está ocupada en los preparativos de forma intensiva

1 = La madre es plenamente consciente del cambio que se avecina en su vida, y ha hecho todos los preparativos prácticos necesarios

2 = Los preparativos prácticos son insuficientes

3 = No se han realizado los preparativos prácticos necesarios

8 = Este comportamiento es inaceptable para su cultura

39 Preparación mental y emocional

Tome nota si la falta de preparación fue debido a un parto prematuro o cuestiones de tipo cultural.

0 = La madre piensa y fantasea continuamente sobre su bebé

1 = La madre espera con ilusión la llegada del bebé

2 = La madre no piensa en el bebé

3 = La madre piensa en el bebé con temor u otras emociones negativas

40 Abuso fetal

Es importante distinguir la agresividad de los pensamientos obsesivos (ítem .n° 52)

0 = No abuso fetal

1 = La madre no toma precauciones para proteger al feto, por ejemplo mediante consumo de nicotina o alcohol.

2 = La madre está molesta por los movimientos fetales

3 = La madre tiene impulsos de dañar al feto

4 = Se ha producido abuso fetal

Los intentos de inducir un aborto involuntario en el embarazo temprano deberían haber sido clasificados en el ítem n° 8. (código 5).

72 Deseo de parto prematuro

0 = Ningún deseo de parto prematuro

1 = La madre anhela el final del embarazo

2 = La madre presiona para un parto prematuro

PERCEPCIÓN GENERAL DEL PARTO (Emocional y física)

80 Experiencia dolorosa o preocupante del parto

0 = Parto fácil

1 = El parto fue doloroso, pero la madre tenía sensación de control, y no se angustió mucho

2 = El dolor fue intenso o prolongado, y el parto resultó ser una experiencia angustiante

3 = Extremo dolor y angustia, por ejemplo, miedo a su propia muerte

82 Reacción de insatisfacción y queja sobre los eventos del parto

Clasificar aquí las quejas persistentes de la atención prenatal, la forma de trabajar u otros eventos relacionados con el parto.

0 = La madre está plenamente satisfecha y opinión muy positiva con los cuidados obstétricos

1 = La madre está satisfecha con los cuidados obstétricos

2 = Muestra alguna insatisfacción, pero está quejosa

3 = Sentimientos de ira que producen una grave preocupación

4 = Fantasías de venganza o litigio

90 Respuesta de la madre ante el/la recién nacido/a

0 = Alegría extrema y sentimiento de orgullo

1 = Satisfacción

2 = Ambivalente

3 = Neutral, indiferente

4 = Decepcionada (especifique la razón)

5 = Decepción intensa (con rechazo y abuso)

Para ideas delirantes de sustitución del bebé, usar la valoración n°150.

POSPARTO

92 “Maternity blues” o disforia posparto

Se refiere a un breve período inesperado y transitorio de episodios de llanto durante los 10 primeros días.

Debe distinguirse de los estados duraderos de infelicidad o depresión

0 = No hay evidencia de disforia transitoria durante los primeros 10 días después del parto

1 = Evidencia poco clara

2 = Evidencia clara

8 = La disforia posparto parece formar parte de un estado crónico de infelicidad, que ha permanecido desde el embarazo hasta el puerperio.

93 Duración de la lactancia materna

Se refiere al número de semanas desde el nacimiento hasta el destete.

0 = Lactancia actualmente (anotar duración)

1 = Lactancia 1-5 meses

2 = Lactancia menor a un mes

3 = Se ha intentado, pero se realizó durante menos de una semana

4 = No intentó dar el pecho

8 = No hay lactancia materna a causa de un trastorno médico

94 Satisfacción con la alimentación infantil

0 = La alimentación del bebé es una fuente de bienestar y alegría

1 = Satisfecha

2 = Problema menor, por ejemplo ansiedad

3 = Muy decepcionada o insatisfecha (incluyendo sentirse culpable por el fracaso de la lactancia materna)

95 Apoyo familiar después del parto

0 = La madre recibió pleno apoyo por parte de la familia o esposo / pareja

1 = La madre recibió algún tipo de apoyo, pero fue insuficiente, o intrusivo y molesto

2 = No existió apoyo en absoluto

Si se le negó ayuda, considere el uso de clasificación n° 161.

101 Gravedad por la privación de sueño posparto

Esta calificación se refiere a la falta de sueño debido a los cuidados del bebé

Si el insomnio se debe a ansiedad o depresión, éstas se puntuarán en las calificaciones posteriores de trastorno del humor.

0 = Ninguna

1 = Leve (hasta dos horas menos de lo habitual)

2 = Moderado (2-4 horas menos de lo habitual)

3 = Graves (más de 4 horas menos de lo habitual)

110 Relación con el padre del bebé

Si el marido / pareja no es el padre, necesitará un segundo conjunto de calificaciones

0 = El nacimiento del bebé ha mejorado la relación

1 = Sin cambios, y no hay problemas importantes

2 = Sin cambios, pero relaciones aún pobres

3 = La relación se ha deteriorado

4 = La relación se ha deteriorado gravemente, con episodios de violencia o amenazas de abandono

5 = La relación ha terminado

111 Apoyo del padre de bebé

0 = Más apoyo de lo habitual

1 = Sin cambios

2 = Menor o insuficiente apoyo

3 = Sin apoyo

112 La reacción del marido / pareja con el recién nacido

0 = Alegría extrema y orgullo

1 = Satisfacción

2 = Ambivalencia

3 = Neutral, indiferencia

4 = Decepcionado (especifique la razón)

5 = Decepción intensa (rechazo y abuso)

117 Violencia física o sexual después del parto por parte de la pareja

0 = Ninguna

1 = Hay un ambiente de crítica, de humillación, de sobrerregulación o menosprecio, con comentarios hirientes

2 = Amenazas de violencia

3 = Al menos un incidente de violencia física

4 = Abuso grave o recurrente

128 Miedo patológico a una muerte súbita

Se trata de una ansiedad prolongada sobre una posible muerte súbita del lactante, asociada con vigilancia nocturna frecuente de la respiración del bebé.

129 Ansiedad generalizada asociada con el cuidado del bebé

Preocupación excesiva por la salud y seguridad del bebé.

Excluye miedo patológico a la muerte súbita.

Incluye 'catastrofismo' sobre posibles desastres al conjunto de la familia.

Los temores de tipo hipocondríacos relacionados con el bebé deben ser codificadas (2).

131 Temor a no ser una buena madre

Esto incluye el temor a ser maltratadora o no suficientemente cariñosa

132 Temor a recibir muy poco apoyo

Incluye al temor a ser abandonada por el padre del bebé.

138 Evitación del bebé

0 = Ninguna

1 = La madre se siente particularmente ansiosa ante la presencia del bebé, al bañarlo o darle de comer

2 = La madre reduce el contacto con el bebé debido a la ansiedad

3 = Evitación fóbica del bebé

141 Obsesiones de dañar al bebé

Cuando una madre cuidadosa y dedicada experimenta impulsos angustiantes, extraños e intrusivos de dañar a su bebé. Esto incluye el abuso sexual y el infanticidio. Debe distinguirse de los impulsos basados en la ira.

0 = Ninguno

1 = Presente

2 = Es la principal preocupación

146 Depresión posparto

0 = Sin depresión

1 = Depresión leve – la madre era capaz de controlar sus síntomas

2 = Depresión moderada – los síntomas deterioran su funcionamiento

3 = Depresión grave - incapacitante para las actividades cotidianas

Si hay depresión delirante o esquizoafectiva, utilizar calificación nº 153.

Preguntas para la indagación de funciones cognitivas en la intervención.

- ¿Ha notado usted algún cambio en su memoria o atención en comparación a antes de su embarazo?
- ¿en alguna ocasión se ha sentido que su capacidad de resolver problemas habituales sea visto disminuida?
- ¿Su capacidad de concentración tuvo algún cambio con la maternidad?
- ¿Ha notado que le es más difícil comunicar sus ideas a los demás ahora que antes del embarazo?
- Cómo describiría usted que era su desempeño en general antes del embarazo.

Entrevista Stafford para salud mental materna (Brockington et al, 2016)

Caso VIMAMX:

Sección **relación madre-bebé**: explorar el curso social, psicológico y psiquiátrico de la relación madre-infante en el puerperio. Se sugiere que la entrevista sea hecha con la madre y el bebé juntos.

Fecha de entrevista:	Fecha de nacimiento de Madre:
Nombre de la madre:	
Nombre del bebé:	Sexo del bebé:
Fecha de parto:	Edad del bebé (semanas):

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO/A E IMPLICACIÓN MATERNA EN SU CUIDADO

Por favor, dígame cómo es.....(nombre del bebé). ¿Es fácil entenderlo y calmarlo?

¿Se ha sentido decepcionada en algún aspecto respecto a él / ella?

Anotar respuestas de la madre sobre la condición y el temperamento de su bebé.

Todas estas valoraciones se basan en percepciones y respuestas de la madre. Tener presente para esta sección Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, revised edition, Washington DC, Zero to Three National Centre for Infants, Toddlers and Families.,2005

158 TEMPERAMENTO DEL/LA BEBÉ

- 0 = Plácido/a, bebé fácil
1 = Alguna dificultad, por ejemplo, bebé que está despierto/a por la noche, bebé tranquilo/a que se resiste a recibir caricias
2 = Bebé que se queja un poco, pero puede ser calmado/a
3 = Bebé muy difícil que grita mucho, y es difícil de calmar

159 OTROS PROBLEMAS CON EL/LA BEBÉ

- 0 = No hay otros problemas
1 = Problema menor, tales como problemas de alimentación, falta de aumento de peso, dermatitis con el pañal, cólicos transitorios
2 = Problemas mayores, por ejemplo, enfermedades del corazón, retraso en el desarrollo

¿Cómo se está desarrollando (nombre del bebé)?

¿La reconoce y responde ante usted?

¿Cuándo sonrió y rio por primera vez?

Si el bebé tiene la edad suficiente, ¿cuándo realizó el primer intento de hablar (balbuceo)?

Anotar respuestas de la madre sobre el desarrollo infantil.

160 DESARROLLO INFANTIL

- 0 = Avanzado
1 = Normal
2 = Algún retraso
3 = Marcado retraso

¿Quién proporciona la mayor parte de los cuidados al bebé?

Si no es la madre, preguntar ¿Cómo se siente al respecto?

Si la madre proporciona la mayor parte de los cuidados, preguntar

¿Hay problemas con la alimentación, los vómitos, duerme o llora demasiado?

¿Le molesta dejar a su bebé al cuidado de alguien más?

Anotar la experiencia de la madre en el cuidado de este/a bebé.

161 IMPLICACIÓN/PARTICIPACIÓN DE LA MADRE EN EL CUIDADO DEL/LA BEBÉ

Esto se aplica a los cuidados de crianza- alimentar, cambiar, bañar y vestir al bebé.

- 0 = Cuidados maternos normales
1 = La madre no se hace cargo en su totalidad del cuidado del bebé

2 = La madre rechaza o es incapaz de cuidar del bebé

162 IMPLICACIÓN EMOCIONAL CON EL /LA BEBÉ

- 0 = No hay sobre implicación emocional
1 = La madre no se muestra dispuesta a compartir los cuidados, o a dejar al bebe al cuidado de otros adultos (incluye la ansiedad de separación)
2 = La madre abandona todas sus necesidades esenciales para atender a su bebé

¿Qué le gusta hacer con su bebé?

¿Qué le gusta de su bebé y qué le disgusta?

¿Qué hace para que su bebé sonría o se ría?

Anotar las respuestas de la madre sobre la implicación afectiva con el bebé.

163 CALIDAD DE LA IMPLICACIÓN AFECTIVA CON EL/LA BEBÉ

- 0 = La madre disfruta abrazando al bebé, y participa plenamente en la interacción con el bebé
1 = Hay alguna carencia de participación y/o falta de caricias
2 = Existe una baja implicación emocional, con cuidados "mecánicos"
3 = Hay una total falta de implicación afectiva

RESPUESTA EMOCIONAL DE LA MADRE HACIA SU HIJO/A

Explicar a los padres que sus sentimientos no siempre se desarrollan inmediatamente después del parto.

¿Cómo se desarrollan sus sentimientos hacia (nombre del bebé) después del parto?

¿En qué momento empezó a experimentar sentimientos positivos hacia él/ella?

¿Se ha sentido decepcionada con sus sentimientos por (nombre del bebé)?

¿Por qué?

¿Cómo se siente cuando está lejos de (nombre del bebé)?

Anotar declaraciones de la madre sobre su reacción emocional hacia el bebé

164 APARICIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS HACIA EL/LA BEBÉ EN SEMANAS

Desarrollo en el tiempo de sentimientos positivos hacia el bebé

Anotar la aparición de sentimientos positivos en semanas.

Tener en cuenta que una codificación de "0" significa que los sentimientos positivos se desarrollaron *antes* del parto.

'99' significa que los sentimientos positivos aún no se han desarrollado.

165 SENTIMIENTO DE DISTANCIAMIENTO DEL/LA BEBÉ

- 0 = Ninguna
1 = La madre se queja de que, durante algún tiempo, el niño no parecía ser suyo
2 = La madre todavía se siente así
3 = Estos sentimientos son fuertes, y están entre sus principales quejas

166 NATURALEZA Y FUERZA DE LOS SENTIMIENTOS HACIA EL/LA BEBÉ (histórico)

"Implicación afectiva" (calificación **163**) se aplica al comportamiento.

Esta calificación se aplica a *los sentimientos en el pasado* de la madre (los peores)

- 0 = Muy fuertes – implicación emocional total con el bebé
1 = Fuertes
2 = Dudosos o ambivalentes (sentimientos tanto positivos como negativos)
3 = Ausencia decepcionante o preocupante, de sentimientos positivos hacia el/la bebé
4 = Desagrado u hostilidad hacia el/la bebé
5 = Odio o rechazo hacia el/la bebé

167 NATURALEZA Y FUERZA DE LOS SENTIMIENTOS HACIA EL/LA BEBÉ (presente)

Esta calificación se aplica a los sentimientos de la madre en la actualidad.

Una puntuación más baja que la calificación nº **166** indica una pérdida secundaria de sentimientos maternos.

- 0 = Muy fuertes – implicación total con el bebé

- 1 = Fuertes
- 2 = Dudosos o ambivalentes (sentimientos tanto positivos como negativos)
- 3 = Ausencia decepcionante o preocupante de sentimientos positivos hacia el/la bebé
- 4 = Desagrado u hostilidad hacia el/la bebé
- 5 = Odio o rechazo del/la bebé

Si hay evidencia de una respuesta emocional materna anormal, preguntar

- ¿Se arrepiente de tener este bebé?
 - ¿Se ha sentido atrapada como madre?
 - ¿Ha tenido ganas de huir? ¿De forma temporal o permanente? ¿Alguna vez lo ha hecho?
 - ¿Ha sentido alguna vez que sería mejor que alguien más se ocupara de él/ella? ¿Temporal o permanente?
 - ¿Ha pensado en la adopción o en la acogida?
 - ¿Alguna vez deseó que le pasara algo a él/ella?
- (Anotar particularmente deseos de muerte súbita, o que el bebé fuera robado.)
 Anotar evidencias de rechazo emocional de la madre hacia el bebé.

168 IDEAS DE TRANSFERIR EL CUIDADO O DE ELUDIR LAS OBLIGACIONES MATERNAS

Especificar fantasías o planes para escapar.

- 0 = No se desea escapar del cuidado infantil
- 1 = La madre ha tenido pensamientos fugaces y secretos de no cuidar a este bebé
- 2 = La madre ha considerado temporalmente abandonar o delegar el cuidado del/la bebé
- 3 = Se ha discutido por ello con la pareja, la familia o los servicios sociales
- 4 = Se ha realizado abandono o transferencia temporalmente
- 5 = La madre solicita la acogida o la adopción *a largo plazo*

Utilice la clasificación nº 148 para los sentimientos depresivos de no ser una madre digna.

169 IDEAS/FANTASÍAS DE PERDER AL/LA BEBÉ

Especificar la naturaleza de las fantasías.

Incluya aquí el deseo de que el bebé nunca hubiera nacido

- 0 = No hay tales ideas
- 1 = La madre ha deseado en silencio que el niño fuera robado o muriera
- 2 = Esta idea ha sido expresada a los demás

IRA Y ABUSO

¿Alguna vez se siente iracunda con su bebé?

Si la madre responde "sí", o hay cualquier otra evidencia de aversión hacia el bebé, preguntar,

- ¿Qué es lo que le da rabia?
- ¿Ha tenido impulsos de dañar a él/ella?
- ¿Cuál fue el peor impulso que deseó hacer?

Anotar declaraciones de la madre sobre las respuestas y los impulsos de ira, teniendo presente distinguirlas de las obsesiones de dañar al bebé (clasificación nº 141).

Anotar y registrar los principales factores desencadenantes – estar despierta durante la noche, no comer, los vómitos, la suciedad, el llanto excesivo, o la falta de muestras de afecto del bebé

170 RESPUESTA DE IRA/ENOJO HACIA EL/LA BEBÉ

- 0 = No hay ira hacia el bebé
- 1 = La madre ha sentido ira hacia su bebé
- 2 = Ha tenido fuertes sentimientos de ira, pero ha podido controlarlos fácilmente
- 3 = Ha sido capaz de mantener el control, pero con cierta dificultad (por ejemplo, salir de la habitación)
- 4 = Ha perdido el control, dando resultado a gritos, chillidos o insultos hacia el bebé
- 5 = Pérdida de control que ha dado lugar a abusos físicos (también utilizar clasificación nº 173)

171 FRECUENCIA DE LA IRA/ENOJO MATERNA

- 0 = Nunca

- 1 = Sólo una o dos veces
- 2 = Frecuentemente
- 3 = La mayoría de las veces

Si HUBO IRA/ENOJO, ¿Cómo afrontó su ira?

¿Alguna vez ha perdido el control cuando sentía rabia hacia él/ella?

¿Qué fue lo peor que hizo?

¿Qué hay acerca de dejar de alimentar al bebé o de protegerlo?

Si existe cualquier indicio de enfermedad facticia, preguntar

¿Alguna vez pretendió que su hijo estuviera enfermo, o se sintió tentada a hacer que enfermara?

(En los casos de abuso) ¿Tuvo algún impulso de matar al/la niño/a?

Anotar declaraciones de la madre sobre impulsos o incidentes de abusos y abandono.

Anotar y registrar las formas de abuso que hayan ocurrido - tratamiento con dureza, sacudidas, golpes, mordeduras, quemaduras o síndrome de Munchausen.

172 AFRONTAMIENTO DE LA IRA MATERNA

- 0 = No hay ira materna
- 1 = Transfiere el cuidado al esposo, pareja u otra persona
- 2 = Deja llorar al bebé
- 3 = No tiene estrategias

173 MALTRATO / ABUSO INFANTIL

- 0 = No se ha producido
- 1 = La madre tuvo el impulso, pero no actuó sobre él
- 2 = Se ha producido este comportamiento
- 3 = Se ha producido más de una vez
- 4 = Se ha producido más de tres veces

174 NEGLIGENCIA INFANTIL

- 0 = No hay desatención
- 1 = Pobre supervisión, o exposición del bebé a riesgos
- 2 = Descuido de las necesidades físicas del niño, como la alimentación o el cambio
- 3 = Desnutrición del/la bebé

175 IDEAS O IMPULSOS FILICIDAS

No puntuar impulsos obsesivos aquí (clasificación nº 141).

- 0 = No hay ideas de matar al niño
- 1 = Estas ideas o impulsos se han experimentado de forma ocasional y fugazmente
- 2 = Ideas inquietantes de matar al niño
- 3 = Intento filicida

¿Tiene deseos de tener otro hijo en el futuro?

185 Deseo de tener otro hijo

- 0 = Fuertes deseos de tener otro bebé
- 1 = Algunos deseos de tener otro bebé
- 2 = Indiferencia o ambivalencia
- 3 = No deseos de tener otro bebé
- 4 = Determinación clara de no tener más hijos
- 5 = La madre se ha esterilizado

EVALUACIÓN GLOBAL

1. Observación de la interacción de la madre con el bebé:

2. Observaciones generales e incluir en el diagnóstico:

Diagnóstico Alteración del vínculo materno-infantil (VMI):

Tabla 1. Criterios para diagnosticar un desorden en el vínculo materno-infantil (Brockington, Aucamp & Fraser, 2006⁸⁵)

Tipo	Descripción	Criterios
Desorden Leve	Estas madres experimentan un retraso en el desarrollo, ambivalencia o pérdida de la respuesta afectiva maternal hacia su bebé.	<p>* Los criterios A hasta el D deben ser positivos:</p> <p>a. La madre expresa decepción sobre su respuesta emocional (p.e. no tiene ninguna emoción hacia su bebé o se siente extraña o distante de su bebé— este “no es su bebé”, o siente como si estuviera cuidándose a alguien más.</p> <p>b. Los criterios para amenaza de rechazo o rechazo establecido no se cumplen.</p> <p>c. El desorden ha durado por lo menos una semana.</p> <p>d. Las emociones son percibidas por la madre como causas de estrés y han ocasionado que busque ayuda de su familia o de profesionales.</p>
Desorden Severo (Rechazo del bebé)	Estas madres carecen de una respuesta emocional positiva hacia su bebé, además de que han desarrollado un deseo por renunciar o deshacerse del mismo. Dos tipos: Amenaza de Rechazo o Rechazo establecido cuya principal diferencia es la permanencia del deseo de deshacerse del bebé.	<p>I. Amenaza de Rechazo</p> <p>a. El bebé no es deseado por la madre en el momento de la evaluación y el deseo materno se orienta hacia una transferencia <i>temporal</i> de su cuidado.</p> <p>b. Las madres carecen de una significativa aversión hacia el bebé y NO han experimentado un deseo para que el bebé “desaparezca”.</p> <hr/> <p>II. Rechazo establecido</p> <p>Los criterios A, B o C son necesarios para el diagnóstico:</p> <p>a. La madre expresa desagrado, resentimiento u odio por su bebé. A veces es manifestado con expresiones como: “<i>Deseo que hubiese nacido muerto</i>”, o “<i>Este bebé me ha arruinado mi vida</i>”.</p> <p>b. La madre expresa su deseo por deshacerse del cuidado de su bebé de forma permanente.</p> <p>c. La madre ha experimentado un deseo de que su bebé desaparezca— p.e. deseo de que el bebé sea robado, o que sea víctima del síndrome de muerte súbita.</p>
Diagnósticos Adicionales	Además de los diagnósticos previos de desorden leve y amenaza de rechazo o rechazo establecido, pueden hacerse diagnósticos complementarios de: <i>Ansiedad centrada en el infante y/o ira patológica.</i>	<p>I. Ansiedad centrada en el infante. Identifica la presencia de ansiedad materna relacionada con el bebé. Deben especificarse dos niveles: leve y severo.</p> <p>a. <i>Ansiedad Leve:</i> La madre refiere sentirse ansiosa cuando está sola con el infante.</p> <p>b. <i>Ansiedad severa:</i> La ansiedad reduce el contacto con el bebé.</p> <hr/> <p>II. Ira Patológica: 3 niveles— leve, moderada y severa.</p> <p>a. <i>Leve:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La madre ha perdido su autocontrol verbal en al menos dos ocasiones (gritado o insultado al bebé). - La madre no ha expresado su ira en otra forma. <p><i>Nota:</i> La ira experimentada internamente y controlada con dificultad, no califica. Una madre que pierde el control de forma verbal en una ocasión es considerado un comportamiento normal.</p> <p>b. <i>Ira moderada:</i> Además de calificar para criterios de ira patológica leve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La madre experimenta impulsos de hacerle daño al bebé (p.e. asfixiarlo, tirarlo o golpearlo), - O han existido episodios de abuso, como sacudir violentamente la cuna del bebé. <p><i>Nota:</i> Debe discriminarse entre impulsos agresivos maternos y aquellos que madres con un <i>Trastorno Obsesivo-Compulsivo</i> experimentan como parte del desorden.</p> <p>c. <i>Ira Severa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Además de la pérdida de control verbal materno, o de los impulsos de hacerle daño al bebé (criterios a+b), al menos debe existir un episodio de claro abuso infantil.

Fuente: Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 48 (2): 164-176.

ANEXO 5: Versión Mexicana de EPDS. Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo)

Autores: Cox, J.L., Holden, J.M. y Sagovsky, R. 1987, versión validada en población mexicana por Alvarado-Esquivel, Sifuentes-Álvarez, Salas-Martínez, Martínez García, 2006.

Como usted hace poco tuvo un bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **elija** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido **en los últimos 7 días**.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre	0
No tanto ahora	1
Mucho menos	2
No, no he podido.	3

2. He mirado el futuro con placer:

Tanto como siempre	0
Algo menos que antes	1
Definitivamente menos que antes	2
No, nada	3

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:

Sí, la mayoría de las veces	3
Sí, algunas veces	2
No muy a frecuentemente	1
No, nunca	0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

No, nada	0
Rara vez	1
Sí, a veces	2
Sí, muy frecuentemente	3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Sí, muy frecuentemente	3
Sí, a veces	2
No, no mucho	1
No, nada	0

6. Las cosas me han estado agobiando:

Sí, casi siempre	3
Sí, a veces	2
No, casi nunca	1
No, nada	0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

Sí, casi siempre	3
Sí, a veces	2
No muy frecuentemente	1
No, nada	0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

Sí, casi siempre	3
Sí, muy frecuentemente	2
No muy frecuentemente	1
No, nada	0
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:	
Sí, casi siempre	3
Sí, muy frecuentemente	2
Sólo ocasionalmente	1
No, nunca	0
10. He pensado en hacerme daño a mí misma:	
Sí, muy frecuentemente	3
A veces	2
Rara vez	1
Nunca	0
Observaciones:	

ANEXO 6: Inventario de Beck BDI

Autor: Aaron Beck, R.A. Steer y G.K. Brown con validez y confiabilidad en población mexicana por Jurado et al. (1998)

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. **0.** Yo no me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. **0.** En general no me siento descorazonado por el futuro.
 1. Me siento descorazonado por mi futuro.
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. **0.** Yo no me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
4. **0.** Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
5. **0.** En realidad yo no me siento culpable
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo
6. **0.** Yo no me siento que esté siendo castigado
 1. Siento que podría ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que he sido castigado
7. **0.** Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1. Estoy desilusionado de mí mismo
 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio.
8. **0.** Yo no me siento que sea peor que otras personas
 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
9. **0.** Yo no tengo pensamientos suicidas
 1. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaré a cabo
 2. Me gustaría suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. **0.** Yo no lloro más de lo usual
 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
 2. Actualmente lloro todo el tiempo
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11. **0.** Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12. **0.** Yo no he perdido el interés en la gente
 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar

2. He perdido en gran medida el interés en la gente
3. He perdido todo el interés en la gente
13. **0.** Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3. Ya no puedo tomar decisiones
14. **0.** Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
1. Estoy preocupado de verme vieja o poco atractiva
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva
3. Creo que me veo feo.
15. **0.** Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
2. Tengo que obligarme para hacer algo
3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16. **0.** Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
17. **0.** Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
2. Con cualquier cosa que haga me canso
3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. **0.** Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
2. Mi apetito está muy mal ahora
3. No tengo apetito de nada
19. **0.** Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
2. He perdido más de cinco kilogramos
3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos
20. **0.** Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. **0.** Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3. He perdido completamente el interés por el sexo

ANEXO 7 : PBQ⁴ - Versión 10/01/2018 (Brockington et al, 2006; versión mexicana en proceso de validación por Palacios-Hernández et al, 2018)

Por favor señale **qué tan frecuente**, los siguientes enunciados son ciertos para usted. No existen respuestas “correctas” o “incorrectas”. Elija la respuesta que sea la más parecida a su reciente experiencia.

	Enunciado	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.	Me siento cercana a mi bebé	0	1	2	3	4	5
2.	Desearía regresar al tiempo en el que no tenía ningún bebé	5	4	3	2	1	0
3.	Me siento distante/desapegada de mi bebé	5	4	3	2	1	0
4.	Me encanta abrazar a mi bebé	0	1	2	3	4	5
5.	Me arrepiento de haber tenido a este bebé	5	4	3	2	1	0
6.	Siento como si este bebé no fuera mío	5	4	3	2	1	0
7.	Mi bebé me molesta	5	4	3	2	1	0
8.	Amo mucho a mi bebé	0	1	2	3	4	5
9.	Me siento feliz cuando mi bebé sonríe o ríe	0	1	2	3	4	5
10.	Mi bebé me irrita	5	4	3	2	1	0
11.	Disfruto jugar con mi bebé	0	1	2	3	4	5
12.	Mi bebé llora demasiado	5	4	3	2	1	0
13.	Me siento atrapada como madre	5	4	3	2	1	0
14.	Me siento enojada con mi bebé	5	4	3	2	1	0
15.	Me siento resentida con mi bebé	5	4	3	2	1	0
16.	Mi bebé es el bebé más hermoso del mundo	0	1	2	3	4	5
17.	Desearía que mi bebé desapareciera de alguna forma	5	4	3	2	1	0
18.	He hecho cosas que dañan a mi bebé	5	4	3	2	1	0
19.	Mi bebé me hace sentir ansiosa	5	4	3	2	1	0
20.	Le tengo miedo a mi bebé	5	4	3	2	1	0
21.	Mi bebé me fastidia	5	4	3	2	1	0
22.	Me siento confiada cuando cuido a mi bebé	0	1	2	3	4	5

23.	Siento que la única solución es que alguien más cuide de mi bebé	5	4	3	2	1	0
24.	Siento ganas de lastimar a mi bebé	5	4	3	2	1	0
25.	Mi bebé se consuela fácilmente	0	1	2	3	4	5

ANEXO 8: ESCALAS MADRE- BEBÉ (MABS)

Autores: Wolke y St. James-Roberts,1987.

A: Su bebé y sus sentimientos

A continuación, se dan una serie de informaciones sobre la conducta y sentimiento del bebé y de sus padres. *Por favor, responda a cada pregunta marcando uno de los números CON UN CÍRCULO. (0) indica que la conducta o sentimiento no se da -nunca-. Las opciones (1,2,3,4) indican grados crecientes de frecuencia, y el (5) indica que la conducta o sentimientos ocurren - con mucha frecuencia-.*

Cod	Escal	Nada /Nunca	1	2	3	4	Mucho/Con mucha frecuencia	5	
A	Quando le hablo a mi bebé, parece darse cuenta	0	1	2	3	4	5	5	
II	Mi bebé se agita antes de calmarse/tranquilizarse	0	1	2	3	4	5	5	
FSCB	Me siento insegura cuando mi bebé llora	0	1	2	3	4	5	5	
II	Mi bebé se agita o llora en momentos en que yo sé que no está hambriento	0	1	2	3	4	5	5	
R	II	Mi bebé se calma/tranquiliza rápida y fácilmente	0	1	2	3	4	5	5
R	FSCB	Me siento segura de cuidar a mi bebé	0	1	2	3	4	5	5
A	Mi bebé observa mi cara	0	1	2	3	4	5	5	
II	Durante las últimas 24 horas he tenido que arrullar a mi bebé para que se calme después de comer.	0	1	2	3	4	5	5	
FSCB	Me siento torpe en el cuidado de mi bebé	0	1	2	3	4	5	5	
FSCB	Me hubiese gustado recibir más consejos sobre lo que hay que hacer en este periodo	0	1	2	3	4	5	5	
II	Después de las ingestas tengo que mecer o tomar en brazos a mi bebé para calmarlo	0	1	2	3	4	5	5	
A	Mi bebé se aferra a mí cuando lo sostengo en brazos	0	1	2	3	4	5	5	

	FSCB	Cuidar de mi bebé ha sido más difícil de lo que esperaba	0	1	2	3	4	5
	II	Después de las ingestas el humor de mi bebé es de agitación o llanto	0	1	2	3	4	5
	A	Cuando mi bebé se alimenta me mira fijamente a los ojos	0	1	2	3	4	5
	FSCB	Me siento ansiosa sobre si saldré airosa cuando mi bebé y yo vayamos a casa	0	1	2	3	4	5
	II	El humor de mi bebé después de una ingesta varía de una toma a otra	0	1	2	3	4	5
	II	Mi bebé ha variado en la facilidad para calmarse	0	1	2	3	4	5
R	FSCB	Creo que lo estoy haciendo bien con mi bebé	0	1	2	3	4	5
R	A	A esta edad mi bebé no está interesado en interactuar con las personas	0	1	2	3	4	5
	II	Durante las últimas 24 horas la conducta de sueño/vigilia se ha visto perturbada por hipos/gases.	0	1	2	3	4	5
	FSCB	Temo que mi bebé se me pueda caer	0	1	2	3	4	5
	FSCB	He pedido ayuda a la enfermera cuando mi bebé estaba intranquilo	0	1	2	3	4	5
	A	Mi bebé está realmente alerta y atento	0	1	2	3	4	5
	II	Entre las ingestas de la noche mi bebé se muestra intranquilo y llora	0	1	2	3	4	5
	II	Para tranquilizar a mi bebé le doy una ingesta completa	0	1	2	3	4	5
	FSCB	Me he sentido preocupada por si podía lastimar a mi bebé cuando lo manipulaba	0	1	2	3	4	5
	A	Yo creo que mi bebé me responde	0	1	2	3	4	5
	II	Entre las ingestas, mi bebé ha estado irritable	0	1	2	3	4	5
	FSCB	Me siento insegura de si estoy haciendo lo correcto mientras cuido a mi bebé	0	1	2	3	4	5
	II	Para tranquilizar a mi bebé, lo cojo en brazos	0	1	2	3	4	5
	A	Cuando juego con mi bebé, me responde inmediatamente	0	1	2	3	4	5
R	FSCB	Cuando mi bebé esta intranquilo me las arreglo bien	0	1	2	3	4	5

II	La duración del periodo entre las ingestas ha variado	0	1	2	3	4	5
II	Mi bebé ha pasado largos periodos, entre las ingestas, intranquilo o tranquilo sólo si está en brazos	0	1	2	3	4	5
FSCB	Yo creo que lo estoy haciendo muy bien como madre	0	1	2	3	4	5

IMPRESIONES GENERALES Y EXPERIENCIAS

Su bebé

Escala		Muy irritable	Muy Calmado
TF	En general, ¿cuán irritable es su bebé?	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
		Muy malo	Muy bueno
TF	En general, ¿cómo es el sueño de su bebé?	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
		Muy soñoliento	Muy despierto
	En general, ¿cómo se muestra su bebé cuando ha de responder?	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
		Muy difícil	Muy fácil
TF	En general, ¿cuán difícil es su bebé?	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
<i>Usted misma</i>		Muy insegura	Muy segura
NGS	En general, ¿cuán segura se siente en la capacidad de cuidar de su bebé?	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
		Muy difícil	Muy fácil
NGS	En general, ¿cuán difícil es para usted cuidar de su bebé?	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
		Muy ansiosa	Muy serena
NGS	Generalmente, ¿cuán ansiosa se considera usted?	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	

B: Alimentación de mi bebé

Cod	Escal		Nada /Nunca	Mucho/Con mucha frecuencia			
ADL	Durante las ingestas mi bebé tiende a estar despierto y alerta.	0	1	2	3	4	5

	IDL	Durante las ingestas mi bebé tiende a estar inquieto o lloroso	0	1	2	3	4	5
	FSL	Tengo problemas en amamantar, porque me pongo nerviosa.	0	1	2	3	4	5
	IDL	Mi bebé se muestra irritable durante las ingestas	0	1	2	3	4	5
	IDL	El humor de mi bebé ha variado durante las ingestas	0	1	2	3	4	5
	FSL	Mi falta de técnica me ha hecho suspender la lactancia materna	0	1	2	3	4	5
R	ADL	Durante las ingestas mi bebé ha tendido a estar soñoliento	0	1	2	3	4	5
R	FSL	Durante las últimas 24 horas estoy disfrutando de la lactancia materna.	0	1	2	3	4	5
	IDL	La superactividad de mi bebé (patalear, girar la cabeza, etc) dificulta su atención para mamar.	0	1	2	3	4	5
	IDL	Mi bebé se muestra reticente a succionar	0	1	2	3	4	5
	ADL	Después de las comidas mi bebé se muestra vivo y activo	0	1	2	3	4	5
	FSL	He notado que no siempre he tenido suficiente leche para satisfacer a mi bebé.	0	1	2	3	4	5
R	ADL	Durante las últimas 24 horas mi bebé interrumpía su alimentación porque se adormecía o se dormía.	0	1	2	3	4	5
R	IDL	Durante este periodo la alimentación ha sido fácil	0	1	2	3	4	5
	FSL	Los efectos posparto me han dificultado la lactancia materna	0	1	2	3	4	5
	FSL	La lactancia materna ha quedado obstaculizada por los consejos contrarios que he recibido	0	1	2	3	4	5
	IDL	Durante las últimas 24 horas mi bebé ha interrumpido su alimentación por gases, hipo o dolor de barriga	0	1	2	3	4	5
	FSL	Mi falta de confianza ha imposibilitado la lactancia materna	0	1	2	3	4	5
	ADL	Después de las ingestas, mi bebé se muestra despierto y alerta.	0	1	2	3	4	5