UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Psicoterapia grupal con mujeres en posparto que presentan sintomatología ansiosa-depresiva.

TESIS

Para obtener el Grado de Maestro en Psicología

PRESENTA

Mario Alberto Silva Flores

Director de Tesis:

Dr. Luis Pérez Álvarez

Co-directora de Tesis:

Dra. Bruma Palacios Hernández

Comité Tutoral

Dra. Sonia Frías Martínez
Dra. Deni Stincer Gómez
Mtra. Claudia Yereni Jiménez García

Junio 2025

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL **1**
ÍNDICE DE TABLAS **3**
INTRODUCCIÓN **5**
Planteamiento del problema 5
Justificación 6
CAPÍTULO 1.- LO PERINATAL, ENTRE LO SOCIAL Y LO PSICOPATOLÓGICO **8**
El mito de la maternidad 8
Buenas y malas madres 9
Género 10
Violencias 10
Maternidades que cuestionan el mandato de la feminidad 11
Salud Mental Perinatal 13
Psicopatología con inicio en el periparto 13
Depresión posparto 15
Ansiedad perinatal 18
CAPÍTULO 2.- INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS **20**
Intervenciones con población perinatal 20
Psicoterapia grupal psicoanalítica 22
Telepsicología 25
CAPÍTULO 3.- MÉTODO **27**
Preguntas de investigación 27
Objetivos 27
Enfoque metodológico 28
Selección de la muestra 29
Criterios de inclusión y exclusión 30
Coterapeutas 30
Instrumentos y técnicas de recolección de datos 31
Guía de Entrevista Semi-Estructurada 32
Conformación de ambos grupos psicoterapéuticos 33
Diseño de la intervención/Programa de intervención 35
Grupo de referencia 38
Análisis de los datos 38
Características de las participantes 39
Aspectos éticos 39
CAPÍTULO 4.- ANÁLISIS DIFERENCIADO DE RESULTADOS **41**
4.1 Las Mujeres Participantes 41

4.1.1 Valeria....41
4.1.2 Fabiola....42
4.1.3 Martha....43
4.1.4 Bianca....44
4.1.5 Estela....45
4.1.6 Melissa....46
4.1.7 Verónica....48
4.1.8 Emma....48
4.1.9 Susana....49
4.1.10 Nohemí....50
4.1.11 Mónica....51
4. 2 Factores Asociados a la Aparición de la Sintomatología Ansiosa-Depresiva....53
4.2.1 Microsistema....53
Historial de salud mental....53
Víctimas de violencias....54
Violencia obstétrica experimentada....55
El/la bebé....56
Lactancia....56
Hijas e hijos mayores....61
Pareja y/o exparejas....63
4.2.2 Mesosistema y exosistema....67
Familiares consanguíneos....67
Familiares no consanguíneos....69
Empleo....72
4.2.3 Macrosistema....73
Roles de género tradicionales....73
En busca del modelo familiar tradicional....74
Buenas y malas madres....75
4.3 El proceso psicoterapéutico grupal....78
Conformación del grupo psicoterapéutico....78
El trabajo analítico....82
Cierre del proceso psicoterapéutico....88
CAPÍTULO 5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES....98
¡La intervención funciona!....98
La experiencia agridulce de maternar....99
Factores protectores y de riesgo para la sintomatología ansiosa-depresiva....100
Más allá de la depresión y la ansiedad posparto....101
Experiencias de violencias....102
El club de las malas madres....103

Factores terapéuticos 104
La complejidad del rol materno 105
Un espacio virtual 106
Un terapeuta varón frente a la maternidad 107
Limitaciones del estudio 108
REFERENCIAS 110
ANEXOS 131
Anexo A. Dictamen aprobatorio del CEI 131
Anexo B.- Póster 133
Anexo C.- Carta de Consentimiento Informado....134
Anexo D.- EPDS 136
Anexo E.- PASS 137
Anexo F.- Guía de Entrevista Semi-Estructurada (Adaptación de la Entrevista Stafford, versión corta) 138
Anexo G. Programa de intervención....142

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores asociados a depresión perinatal……...17

Tabla 2 Ansiedad y depresión pre-post intervención: ……91

Tabla 3 Grupos de intervención y grupo de referencia ...…..…….93

Tabla 4 Momento posparto y reducción de sintomatología en los 3 grupo ……...93

Tabla 5 Comparación interna de la sintomatología en ambos grupos de intervención ……..94

Creo que es una etapa que no deberíamos pasar solas.
Volverme mamá ha sido un cambio muy radical.
Julieta

Me siento más identificada, más escuchada,
menos criticada y más aceptada.
Porque no estamos idealizando la maternidad como todo el mundo,
estamos diciendo las cosas como son, como las sentimos,
y siento que eso no nos hace menos madres…
Valeria

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

En 2005 la Organización Mundial de la Salud [OMS] como respuesta a las elevadas tasas de mortalidad materno-infantiles registradas los últimos años, prevenibles en su mayoría, propuso acciones de sensibilización y la reducción de dichas cifras para el 2015. Con el lema ¡Cada mujer y cada niño contarán! se sugirieron temas como el acceso a la salud, fortalecimiento de los sistemas sanitarios y acciones gubernamentales en favor del cuidado de las madres y los niños.

Para finales del siglo XX la salud materno-infantil comenzaba a llamar la atención de las autoridades, debido a las implicaciones sociales, políticas, económicas y humanas. Temáticas como el acceso a la educación de las mujeres, prevención de embarazos, atención prenatal y promoción de la lactancia materna se convirtieron en meta para los sistemas sanitarios a nivel mundial. La salud materno-infantil dejaba de ser un tema doméstico para convertirse en un tema de salud pública (OMS, 2005; Tavera, 2018).

Ante las afectaciones personales, tanto para la madre como para el bebé, y en lo familiar, social, económico y laboral, al término de *salud perinatal* se agrega no solo violencia de género y salud sexual y reproductiva, sino también salud mental. Lo que volvió necesarias las actividades de investigación, formación y de políticas públicas, a favor de la salud mental perinatal, para poder evaluarla o tratarla de ser necesario (OMS, 2009; 2013).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] publicó un comunicado de prensa a propósito del festejo del día de la madre: para el 2020 “siete de cada 10 mujeres de 15 años y más han tenido al menos un hijo nacido vivo (72.4 %)”. Es decir, que 35.2 millones de mujeres en México han sido madres. A pesar del notable descenso en la tasa global de fecundidad en el país, la cual se refiere al número de hijos/as que tiene una mujer al finalizar su etapa reproductiva (15-44 años), aún para el 2018 era de 2.07 (INEGI, 2018; 2021).

En el país se han reportado entre 16% (Romero et al., 2017) y 24.6% (Álvarez et al., 2008) de depresión en mujeres que se encontraban entre los seis y doce meses posparto. De Castro y cols. (2015) realizaron un análisis de datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], de 2012 encontrando que existe una prevalencia de 19.9% de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas. Lara y cols. (2017) reportan una prevalencia de 6.6% a 24.6% – por entrevista clínica– y de 10% a 20% –por autoinforme–, en zonas urbanas.

Las mujeres en etapa perinatal tienden a no comentar sus malestares debido a la presión social que existe con respecto a la idealización de la etapa, lo que, en conjunto con la desinformación de profesionales, desemboca en el agravamiento de la sintomatología. Los profesionales de la salud que trabajan con mujeres en etapa perinatal deben identificar la sintomatología asociada a tristeza puerperal, depresión y psicosis posparto, con el objetivo de no sub-diagnosticar, confundir o ignorar la presencia de patología (Medina-Serdán, 2013).

La atención prenatal, en el parto y posparto sigue siendo deficiente en el país, incluso entre las mujeres que tienen riesgo obstétrico (Brenes-Monge et al., 2020). La salud mental perinatal tampoco es abordada adecuadamente, por lo que se requiere la creación e implementación de protocolos para diagnosticarla y tratarla (de Castro et al., 2016). De no atenderla de manera oportuna, podría relacionarse con el desarrollo socioemocional de los niños (Villaseñor et al., 2017).

Justificación

Elegir trabajar con mujeres que se encuentran en el periodo posparto resulta un tema de gran importancia, primero, por la gran cantidad de mujeres en México que son madres. Para el 2020, en México “siete de cada 10 mujeres de 15 años y más han tenido al menos un hijo nacido vivo” (INEGI, 2021).

El periodo posparto fue elegido debido a las implicaciones que puede haber no solo para la madre, sino para el/la menor que depende en su totalidad de ellas para sobrevivir. Aunado a esto, alrededor del tema perinatal existe una carga social, idealizaciones sobre cómo debería de ser una madre, y cómo debería vivir cada momento, desde el embarazo, pasando por el parto y el posparto. El ser madre no es un trabajo que finalice a la par del posparto médico o al año de vida del bebé, solo que durante este momento las exigencias son aún mayores, sobre todo con aquellas mujeres que son madres por primera vez.

Se decidió atenderlas de manera grupal, debido a los factores psicoterapéuticos que brinda esta modalidad, y para crear un espacio donde las mujeres puedan ser escuchadas y no criticadas, donde puedan escuchar a otras mujeres que están pasando por situaciones similares. Un espacio donde externar sus inquietudes y reconocer que probablemente las experiencias de maternidad son diferentes a las idealizadas resulta una oportunidad también de brindar redes de apoyo a mujeres que muchas veces se perciben solas.

Que la intervención fuera en línea permitió que varias mujeres concluyeran el proceso de doce sesiones, o que participaran dos veces a la semana. Además de ahorrar tiempo y dinero en traslados, resultó más cómodo, ya que podían adecuar un espacio en el hogar para conectarse a la video-llamada y poder cuidar al bebé o realizar alguna otra actividad al mismo tiempo. Al ser una intervención breve se ahorró en espacios, tiempo y personal para atender a población perinatal.

Quienes se beneficiaron con esta intervención fue un grupo de mujeres que se encontraban en el primer año posparto, y se les ofreció una opción de tratamiento psicológico, que más adelante puede ser utilizado con un mayor número de mujeres con sintomatología ansiosa-depresiva. Se contribuye con evidencia científica a la psicología perinatal y a la psicoterapia grupal, acerca de la viabilidad, adherencia al tratamiento y efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal desde un corte psicoanalítico.

CAPÍTULO 1.- LO PERINATAL, ENTRE LO SOCIAL Y LO PSICOPATOLÓGICO

En este capítulo se revisarán conceptos para comprender la maternidad, se realiza un recorrido por el mito de la maternidad, las malas madres, y las buenas madres -en contraposición-, el género, las maternidades que cuestionan el mandato de lo femenino, llegando a la salud mental perinatal, sus expresiones en diversos cuadros clínicos, principalmente la depresión y ansiedad posparto.

El mito de la maternidad

El mito de la maternidad se ha construido a lo largo de la historia, sumándole adjetivos y funciones llevando a pensar el ser mujer, lo femenino y la maternidad, como inseparables. A la maternidad se le ha dado un espacio dónde ser vivida, en este caso, el hogar, lo privado, exiliándola de tener un desempeño en el espacio público y relegándola a una posición de inferioridad. La mujer adquiere un *valor* en función de la maternidad, que además coincide con el cuidado y la crianza, temas que a la paternidad le son extraños (Barrantes y Cubero, 2014).

El imaginario maternal se relaciona con el *instinto maternal* y el *amor maternal*, que han sido reforzados de manera histórica-cultural con argumentos biologicistas, míticos y políticos (Palomar, 2005). El lenguaje juega un papel de suma importancia en esa construcción social. A través de él, a la madre se le van agregando mandatos, por ejemplo, pensar en las madres se ha convertido en sinónimo de cuidadoras, de sostén emocional de la familia, de alguien que antepone las necesidades y felicidad de sus hijos a la suya (García, 2017).

La idea social de la mujer-madre no es fija ni acabada, sino que se va construyendo día a día. Los medios de comunicación a través de series televisivas, la prensa familiar o la literatura, han contribuido a perpetuar esa idea, presentando estereotipos sobre la madre. Algunos de estos son: la expulsión del espacio público para ser relegada en el espacio privado, ganancias económicas, consejos para cuidar al bebé y procurar su adecuado desarrollo. Pero sobre todo

alguien que pone a la familia en primer término, incluso sobre sus aspiraciones profesionales, ya que la maternidad es su *única* forma de realización (Medina et al., 2010; Medina et al., 2014; Ordoñez, 2022).

Buenas y malas madres

El discurso religioso ha imperado en las discusiones sobre género, se ha caracterizado además de machista, por ejercer disciplina sobre el cuerpo y sexualidad de las mujeres. Hay imágenes como la de la virgen María, que son ideales y se castigan con culpa y estigma social a quienes quebrantan sus normas, y no viven la maternidad como ella, con abnegación y sacrificio. Se convierten en maternidades disidentes quienes renuncian a la concepción, el regalo divino, o al no vivir con sacrificio y dolor la maternidad (Gudiño, 2012; Visa y Crespo, 2015).

Las buenas madres también tienen estándares, es decir, se les puede calificar socialmente. Kukla (2008) identifica tres factores de evaluación para decidir si la maternidad o las madres se definen como *buenas* o *malas*. El primero es el embarazo, relacionado con un adecuado control prenatal, acompañado de ultrasonidos, compartiendo la alegría con los amigos y familiares. El segundo, tener un parto vaginal, con la menor cantidad de anestesia posible. Y el tercero, relacionado con la alimentación del bebé, priorizando la lactancia materna durante los primeros seis meses, implicándose la adecuada alimentación de la madre.

El estatus de buenas madres también lo da el permanecer en el hogar, y ejercer la tarea a tiempo completo, sacrificándose a sí mismas por la felicidad del infante. Si la tarea de madre no es de tiempo completo al menos se solicita que sea de calidad cuando esté con sus hijos/as, un tiempo que debería buscar y disfrutar. Por el contrario, el padre sí puede ausentarse del hogar y de pasar tiempo con sus hijos/as (Johnston & Swanson, 2006).

Género

La maternidad y la paternidad como manifestaciones de lo masculino y lo femenino, de lo que implica ser hombre y mujer, cabrían dentro de las expresiones de roles de género. Mientras que a la mujer la maternidad la dota de valor, al hombre la paternidad lo dota de virilidad. Estos mandatos se enseñan y se obliga a cumplirlos, desde niños hasta la adultez, y para ello toda la vida se tiene gente que los recordarán: la misma pareja, los amigos y la familia (Soria, 2006).

El discurso sobre género, lo femenino y sus quehaceres en el espacio público y privado, la idea de la mujer-madre, ha sido legitimada por ciencias como la biología, la medicina, la psicología, por el Estado, y en México, principalmente por la iglesia católica. Dentro del discurso ya no es suficiente ser madre, sino que hay que ser una *buena madre* (Hernández, 2020). Por la construcción del imaginario social, nacer mujer se volvió mandato de ser madre, y se le considera no solo apta sino también dotada de un *instinto* natural para desempeñar las labores maternales (Sánchez, 2016).

Los movimientos feministas han sido de suma importancia para la deconstrucción de la maternidad, desmitificando la idea de la *madre buena* y el *instinto materno,* lo femenino, la crianza y la lactancia. La maternidad pasa a ser una decisión, y no una imposición. Las mujeres piden que se les devuelva su voz, y la libertad sobre su cuerpo y sexualidad, para que ser mujer no sea sinónimo de maternidad, y para que la maternidad sea una opción y no una cárcel (Alcalá, 2015; Saletti, 2008).

Violencias

Hablar del periodo perinatal también es hablar de la hegemonía médica sobre el parto y, como una de sus consecuencias, víctimas de violencia obstétrica, una violencia de género que impacta en la experiencia subjetiva de la madre y ésta a su vez impactará en su salud mental (Arnao et al., 2018; Silva-Fernández et al., 2023). Se vuelve urgente erradicar estas prácticas, por

ser constitutivas de violencia de género y por la estrecha relación que existe entre la experiencia del parto y la salud mental de las madres (Dangelo et al., 2020; Vila-Candel et al., 2021). Generando ansiedad, depresión y estrés postraumático (Bermúdez-Santana y Solís-Nuñez, 2021).

La violencia experimentada y su relación con la salud mental de las mujeres no está circunscrita únicamente al periodo perinatal (Goldstein et al., 2021; Bifftu y Guracho, 2022), sino que también aquella violencia sufrida años atrás, durante la infancia (Buitrago et al., 2024), puede tener relación, motivando los recuerdo del parto (Do et al., 2022), depresión prenatal, el tiempo que lactan (Ribeiro et al., 2021), o el contacto que hay entre la madre y el bebé (Bernard et al., 2022).

Maternidades que cuestionan el mandato de la feminidad

El ideal de la maternidad ha tomado nuevas maneras de expresión, en muchas ocasiones, cobrando altos costos a las madres, por ejemplo, las mujeres que logran el éxito profesional, se convierten en *súper-mujeres*, que buscan el equilibrio entre el trabajo y la maternidad (Solé y Parella, 2004), enfrentándose a su vez con obstáculos en materia laboral (Llanes et al, 2020).

Las madres solteras son cada vez más visibilizadas y aceptadas a diferencia de años atrás, donde se les juzgaba desde una moral reduccionista, y la misma sociedad se encargaba de que experimentaran miedo, vergüenza, culpa e inseguridad. Ahora son las abuelas y las tías quienes auxilian a las madres, ante problemas o ausencia de pareja, y ante la precariedad laboral y económica (Arbiza, 1978; Jiménez, 2003).

Se creyó por mucho tiempo que las familias alejadas del modelo tradicional (padre, madre e hijos) eran familias incompletas, carentes de algo o de alguien. Sin embargo, cada vez son más visibilizadas maternidades diferentes a las tradicionales, por ejemplo, las maternidades lesbianas (Imaz, 2014). La reproducción asistida (Álvarez, 2006) y la maternidad subrogada (Martínez,

2018), temas controversiales, que ponen en juego la consanguineidad y la filiación, temas ético-jurídicos, y que al final complejizan la vivencia de la maternidad

Las mujeres actualmente ya no desean tener el mismo número de hijos (as) que tuvieron sus madres o sus abuelas (Langer, 2002). El ideal de maternidad cada vez es más difícil de sostener, el sistema social fuerza a las mujeres, sin entender que hay mujeres que no quieren ser madres, siendo castigadas por la misma pareja, la familia, la sociedad e incluso el sistema judicial (Palomar y Suárez, 2007).

En la sociedad hay ideas preexistentes sobre la maternidad, se exigen altos estándares sobre cómo debería de ser una buena madre, de cómo se debería aceptar el rol y reestructurarse en función del nuevo ser. Ante la imposibilidad de alcanzar las exigencias socialmente construidas y esperadas se genera malestar psicológico en las mujeres, provocando baja autoeficacia, estrés y ansiedad, lo que obliga a estudiar la maternidad y su significado desde perspectivas más amplias (Henderson et al., 2015).

Asumir el rol materno es un proceso complejo donde convergen diversos significados, vínculos y responsabilidades, lo que puede llegar a generar miedo, por todas las implicaciones sociales que éste trae (Cáceres-Manrique et al., 2014). Por lo que el proceso de maternidad puede ser vivido como abrumador, con cansancio, como no estar lista, un proceso que tiene que ser vivido además en soledad y con notables pérdidas (Barclay et al., 1997).

Para entender la complejidad de la maternidad habrá que ampliar la visión del fenómeno, identificando que este es un proceso en el que no solo se involucran las mujeres, sino varios otros agentes. Tal como propone Bronfenbrenner (1987), el sujeto es parte de diversos sistemas, que a su vez tienen interconexiones, transicionando de manera *ecológica* entre sus diferentes entornos durante toda la vida. Dicho modelo comprende los micro, meso, exo y macrosistemas.

Salud Mental Perinatal

La maternidad es un complejo proceso donde se realizan cambios, que durarán probablemente el resto de su vida, en algunas ocasiones se potencian emociones y cualidades, pero en otras los cambios pueden generar conflicto, y aunque la transición a maternidad varía de acuerdo con cada mujer, lo cierto es que no solo se agrega como un nuevo estilo de vida, sino que modifica la identidad de las mujeres (Laney et al., 2015).

La salud mental perinatal como especialidad se hace cada vez más necesaria, debido al requerimiento de atención desde la planeación del embarazo, el embarazo, parto y el posparto. Al ser un periodo de bastante vulnerabilidad, puede favorecer la aparición de trastornos psiquiátricos, afectando la calidad de vida de la díada madre-bebé. La salud mental perinatal ofrece distintas áreas de oportunidad, por ejemplo, prevención, tratamiento e investigación y se vuelve oportunidad de encuentro con otros profesionales (Brockington et al., 2017).

Psicopatología con inicio en el periparto

Desde hace tiempo ya empezaba a generar curiosidad cierta sintomatología que estaban presentando algunas mujeres en un hospital de Reino Unido después de dar a luz y que no estaba siendo diagnosticada adecuadamente, se le comenzó a llamar en ese momento como *depresión atípica* (Pitt, 1968).

Araya y Barrantes (2020) realizaron una revisión sobre la evidencia generada entre 2015 y 2020 acerca de los trastornos psiquiátricos que aparecen en el periodo posparto, encontrando la *tristeza puerperal* (60%), caracterizada por tristeza, irritabilidad, insomnio y labilidad emocional durante los primeros días del posparto, sin extenderse más allá del décimo día. La depresión posparto es el trastorno más frecuente en la etapa perinatal, con una frecuencia del 10% y la psicosis posparto es la de menor frecuencia, apareciendo 1-2 casos por cada 1,000 nacimientos.

Perry y cols., (2021) identifican que la manifestación más común de la psicosis posparto son los episodios de manía y depresión. Los factores asociados son de orden neurobiológico, como cambios hormonales, alteraciones del ritmo circadiano, genético o inmunológicos. Hay diferencias en los reportes de la etiología, atribuyéndose a cambios hormonales principalmente. Si no se atiende puede tener consecuencias graves e incluso fatales para la díada (González-Castro et al., 2016; Fonseca, 2018).

Aunque no se encuentran los trastornos mentales perinatales descritos en ninguno de los dos manuales diagnósticos de trastornos mentales, más utilizados, DSM-5 (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013) y CIE-10 (OMS), en la CIE -11 (OMS, 2022) ya hay evidencias de problemas perinatales. Desde hace varios años se ha reportado mayor evidencia que la presencia de un trastorno mental perinatal repercute en la alteración en el vínculo materno-infantil, definido este como la "respuesta emocional alterada de la madre hacia el bebé", donde se ve afectada la interacción temprana de la díada, con riesgo para el infante en salud mental, el desarrollo social y hasta el riesgo de suicidio materno y el infanticidio (Palacios-Hernández, 2016).

El periodo perinatal, principalmente el embarazo, por cambios de peso corporal propios de la etapa, puede reactivar dificultades relacionadas con la imagen corporal, convirtiéndose en riesgo de recaída o agravamiento para mujeres con diagnóstico actual o con historial de Trastornos de Conducta Alimentaria [TCA] (Behar, 2013). Los TCA se relacionan con problemas asociados al feto como parto prematuro, riesgo de aborto, bajo peso al nacer o incluso la muerte fetal; en la gestante además hay riesgo de estrés, ansiedad y depresión (Mackenna et al., 2021).

Algunos otros trastornos comórbidos en el periodo perinatal son: el Trastorno Obsesivo Compulsivo [TOC], que puede iniciar o exacerbarse durante el embarazo, y principalmente en el puerperio, afectando la interacción de la madre con el bebé, y la crianza. Las obsesiones

adquieren contenidos en la etapa perinatal sobre contaminación-enfermedad y agresión hacia su bebé. Otro desorden que podría aparecer es el Trastorno de Estrés Post Traumático [TEPT], derivado de una terrible experiencia de parto, vivida con miedo e indefensión (Fernández y Olza, 2018).

Depresión posparto

El posparto médico se circunscribe a las cuatro semanas posteriores al parto, reduciendo el tiempo de aparición de algún cuadro psicopatológico a dicho periodo. Sin embargo, en una revisión de la literatura realizada por Goodman (2004) de entre 1982 y 2002, se ha encontrado evidencia que la depresión posparto puede extenderse más allá de esas cuatro semanas, llegando a los seis, doce, e incluso postergarse hasta los 24 meses en algunos casos. En el ámbito de salud mental perinatal cuando se habla del periodo posparto se hace referencia a los 12 meses posteriores al parto.

La depresión posparto resulta el cuadro más común, con una prevalencia de entre 6% y 12%, aumentando un poco más en países de ingresos medios y bajos, dicha prevalencia vuelve la depresión un problema al cual estar atentos, detectarlo de ser posible desde la atención prenatal. La reducción de factores de riesgo o promoción de hábitos de vida saludable, y en caso de su aparición ofrecer opciones de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico con intervenciones dependiendo de los recursos disponibles y de la decisión acordada con la madre y sus familiares (Stewart & Vigod, 2016).

De Castro y cols. (2015) realizan un análisis de los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012 con una muestra representativa de 7,187 mujeres, calculando una prevalencia de 19.91% de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas. Si ésta es abordada a tiempo se podría reducir en casi un 50%.

Se ha reportado por Álvarez et al. (2008) que entre 16.9% (identificados con la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo) y 24.6% (de acuerdo con los criterios del DSM-IV) de casos presentan sospecha de depresión posparto, con 130 mujeres que se encontraban entre el primer y sexto mes posparto, en dos clínicas de la Ciudad de México y el Estado de México. En dos hospitales urbanos del noreste de México hubo una prevalencia de 16% de depresión, con una muestra de 154 mujeres que se encontraban en el primer año de posparto (Romero et al. 2017). Diversos estudios han reportado factores asociados a la depresión perinatal (Tabla 1)

Tabla 1

Factores asociados a depresión perinatal

Autor (es)	Tipo de estudio	Año	País	Temporalidad	Psicopatología	Factores asociados
Goodman	Revisión de literatura	2004	E.U.A.	6m-2a6m Posparto	Depresión	Dificultades en la relación de pareja Apoyo social inadecuado Bajo estatus socioeconómico Estrés Depresión en el embarazo y en el posparto temprano Problemas de salud mental
Ceballos-Martínez et al.	Estudio comparativo	2010	México	18-32s Embarazo (n=220)	Depresión	Haber cursado con algún evento depresivo que ameritó tratamiento Embarazo adolescente
de Castro et al.	Análisis secundario ENSANUT, 2012	2015	México	Madres de menores de cinco años (n=7187)		Violencia Inseguridad alimentaria Tener más de cuatro hijos Sexo femenino del menor Bajo peso al nacer
Mojica-Perilla et al.	Revisión de literatura	2019	Colombia	Embarazo	Depresión y Ansiedad	Falta de apoyo de la pareja Falta de apoyo social Historia de abuso o violencia doméstica Desventajas socioeconómicas Altos niveles de estrés percibido Eventos adversos en la vida Historia personal de enfermedad mental Embarazo no planeado y/o no deseado Perdida fetal

Fuente: Elaboración propia a partir de Goodman (2004), Ceballos-Martínez y cols. (2010), de Castro y cols. (2015) y Mojica-Perilla y cols. (2019).

Conocer los factores de riesgo asociados a la aparición de sintomatología depresiva permite tomar decisiones de manera oportuna. Para identificarlos es necesario usar herramientas adecuadas, informar a las/los profesionales para que no pasen por alto la sintomatología, y a las madres para que reporten cualquier signo de alerta. Logrando así disminuir las afectaciones que tiene la psicopatología para la madre y su bebé, como el parto prematuro, bajo peso al nacer o dificultades en el desarrollo (Mojica-Perilla et al., 2019). Atendiendo la sintomatología desde el embarazo se evita su aparición o agravamiento en el periodo posparto (Giménez et al., 2018).

Ansiedad perinatal

Pensar en problemas de salud mental en el periodo perinatal deben dejar de ser sinónimos únicamente de depresión. Los trastornos de ansiedad perinatal son más comunes de lo que se piensa, llegando a afectar a una de cada cinco mujeres, es decir, el 20.7 % de mujeres en etapa perinatal (Fawcett et al., 2020).

Los niveles de ansiedad varían durante el periodo perinatal, siendo más elevados durante el embarazo. Se llega a mantener el diagnóstico de ansiedad durante el periodo perinatal, aunque disminuya durante el posparto no desaparece. De cuatro mujeres que presentan ansiedad, tres presentan comorbilidad con depresión, lo que sugiere la evaluación de ambas entidades (Nakić et al., 2018).

Se ha generado evidencia sobre la ansiedad en el periodo perinatal en los últimos años. Leach y cols. (2017) realizaron una revisión de la información generada entre 2006 y 2014, encontrando resultados heterogéneos, con prevalencias de 2.6-36.9% de ansiedad en el embarazo y de 3.7-20% en el posparto. Estos autores identifican como principales factores la desventaja socioeconómica, historia de problemas de salud mental, problemas en el embarazo y el parto, y pobre apoyo de pareja.

Para las gestantes, las complicaciones obstétricas y perinatales se vuelven un favorecedor de la ansiedad en el periodo perinatal, prolongándose incluso al posparto, generando ansiedad y depresión (Giménez et al., 2018). Para González y cols. (2017) uno de los factores protectores asociados a la ansiedad posparto es el apoyo social percibido, ya que las madres que se sienten apoyadas logran hacer frente a las situaciones estresantes del embarazo y el puerperio inmediato.

La sintomatología ansiosa y depresiva después del parto está relacionada con haber presentado ansiedad durante el embarazo, y dicha sintomatología podría estar relacionada con factores psicosociales como el no tener pareja, no percibir apoyo social o estar expuesta a sucesos estresantes (Navarrete et al., 2012). También el presentar ansiedad en el embarazo tiene otras consecuencias potenciales, por ejemplo, aumenta el riesgo de que aparezca depresión en el posparto, además de una baja probabilidad de lactancia (Grigoriadis et al., 2019).

Se ha encontrado una prevalencia del 21% de ansiedad en el embarazo y del 18% en el posparto. Entre los factores de riesgo se identificaron el bajo apoyo social, acontecimientos vitales estresantes y la adherencia al rol femenino tradicional. Rescatando este último la importancia de observar los factores culturales en la aparición de la ansiedad perinatal (Juárez et al., 2021).

CAPÍTULO 2.- INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

En este capítulo se revisarán los antecedentes, es decir, las intervenciones previas con población perinatal, desde lo individual hasta llegar a lo grupal. Se realiza además un breve y estratégico recorrido por la teoría psicoanalítica de grupos, retomando los factores psicoterapéuticos, y cómo es posible que desde la teoría psicoanalítica grupal se puede ayudar a las mujeres en el periodo posparto a disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva.

Intervenciones con población perinatal

En el trabajo que se ha realizado con población perinatal existen intervenciones psicológicas tanto individuales como grupales, Olhaberry y cols. (2013) realizan una revisión sistemática con 27 artículos publicados entre 1996 y 2012, encontrando que los modelos más utilizados para tratar la depresión materna y el vínculo madre-bebé es el cognitivo conductual, seguido de la psicoterapia interpersonal. Son menores las intervenciones enfocadas en el vínculo madre-bebé que en depresión materna.

La psicoterapia interpersonal ha sido adaptada para abordar la depresión posparto. Con una duración aproximada de doce sesiones, enfocándose en las relaciones interpersonales de la madre que estén conflictuadas, y teniendo por objetivo la mejora adaptativa de las mujeres a su nuevo rol de madres, se ha vuelto uno de los tratamientos más frecuentes. En Estados Unidos se ocupó este modelo con una muestra de 125 madres, con hijos/as de un año a un año y medio de edad. Sus resultados fueron que disminuyó la depresión, mejoró el apego y la autoeficacia materna (Handley et al., 2017).

La psicoterapia materno-infantil está basada en el psicoanálisis, la teoría del apego y la psicología del desarrollo. Consiste en poner a interactuar a la díada a través del juego y el lenguaje mientras son observados por un profesional que realizará retroalimentación. En

una revisión sistemática, se encontraron solo 13 artículos, publicados hasta el 2019, que utilizaron un modelo psicodinámico, y que en su intervención trabajaran con la díada. Los hijos tenían de 1 a 30 meses, y todos se centraban en depresión (Huang et al., 2020)

La psicoterapia padres-bebés propone integrar al padre en el trabajo terapéutico. Es utilizada principalmente para situaciones difíciles en que el bebé se encuentra en cuidados intensivos. Tiene por objetivo que los padres puedan reconocer y satisfacer las necesidades del infante, favorecer los vínculos en el grupo familiar, establecer apegos seguros y entender las significaciones de la parentalidad (de la Hoz, 2021).

En una revisión de literatura realizada por Gillis y Paris (2019), se identificó que las intervenciones grupales para atender la depresión posparto cuentan con buenos resultados. Esta revisión reportó que el convivir con otras mujeres que están pasando por la misma problemática ayuda a normalizar la situación, combaten la idea de estar sola frente al malestar en la maternidad, intercambian conocimientos y experiencias, empoderamiento con su nuevo rol, esperanza de que la situación cambie, logrando en conjunto que los síntomas depresivos disminuyen.

Se han comparado distintos tratamientos para abordar la depresión posparto, por ejemplo, Cooper y cols. (2003) compararon en Inglaterra una muestra de 193 díadas en periodo posparto, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, el asesoramiento y la terapia psicodinámica. Encontraron que las tres opciones eran eficientes a corto plazo, y que los efectos de las intervenciones se podían seguir observando a los cuatro meses y medio después de terminadas las mismas.

Desde el psicoanálisis también se han propuesto intervenciones con población perinatal, por ejemplo, Cabaleiro (2019) en un programa materno-infantil en Madrid, se enfocó en experiencias de *holding (sostén emocional)*, hacía la madre y a quienes le rodean.

Esta intervención se centró en explorar miedos y expectativas de los nuevos padres, fantasías previas al embarazo o desde la infancia de la madre. Los cambios psicológicos que el nuevo rol de madre y padre les ha traído, rehacer las experiencias del parto. Elaborar el conflicto entre el bebé que la madre se había imaginado, fantaseado y el bebé real, es decir, ayudar a re-elaborar la maternidad (Izzedin, 2009).

En México realizaron una intervención con pacientes obstétricas, en modalidad grupal breve de corte psicodinámico con un promedio de 16 sesiones. Se trabajaron acciones de contención, fortalecimiento yoico, preparación para los cuidados del bebé y el nuevo rol de madre. Los resultados detectaron una amplia adherencia al tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, y no hubo intentos de suicidio (Espíndola-Hernández et al., 2006).

Psicoterapia grupal psicoanalítica

La psicoterapia de grupo tiene diversos objetivos, y dependiendo del nivel de *insight* que promueva se podrían agrupar en tres categorías (González, 1999): Terapias de apoyo, caracterizadas por ser las más rápidas, buscan un adecuado funcionamiento, trabajan a nivel consciente; las reeducativas, siguen en el nivel consciente, orientan y educan, el papel del terapeuta es más directivo, aquí entrarían la terapia cognitivo-conductual, sistémica, centrada en el cliente, racional emotiva, y Gestalt, y las reconstructivas, buscan que emerja material inconsciente, modificar la personalidad y no solo reducir los síntomas.

Lo que empezó como una opción para ahorrar tiempo atendiendo a pacientes con tuberculosis en Estados Unidos, con los años se ha convertido en una opción de tratamiento bastante utilizada en diversos espacios. Esto debido a los fenómenos como la inter-estimulación, intensificación, formación de subgrupos, cohesión, comunicación y retroalimentación. Lo grupal ha sido aprovechado por diversas aproximaciones teóricas,

hay grupos de apoyo, de reflexión, de formación o psicoterapéuticos, con niños, adolescentes, adultos; grupos breves y prolongados (Díaz, 2000).

La dinámica de los grupos pequeños se complejiza cuando aparecen algunos fenómenos. Primero, el grupo ofrece rendimientos más ambiciosos que lo individual, luego con las afinidades, autoridad y normas, influencia, roles, actitudes y conductas, no solo se crea una moral o sentido de pertenencia, sino que el grupo empieza a moverse, a tomar decisiones, a resolver problemas, y a resistirse al cambio (Anzieu y Martín, 1971).

La psicoterapia grupal es un microcosmos social, que permite centrarse en el presente, trabajar con el aquí y el ahora. La patología es entendida como interacciones distorsionadas. Brinda a los participantes un espacio seguro y gratificante para experimentar y comprender el afecto. Resulta útil para ahorrar tiempo, espacios y personal (Vinogradov y Yalom, 1996).

El trabajo grupal cobra sentido cuando lo intra y lo intersubjetivo convergen. Cuando los grupos internos interactúan con el grupo externo. La fantasmática grupal es alimentada por los miedos, recuerdos y fantasías que el grupo convoca (Doherty y Enders, 1995). La grupalidad interna se prolonga a la externa, y el grupo psicoterapéutico se convierte así en una reactualización, una oportunidad para corregir o sanar aquello que se encuentra afectado (Bleger y Pasik, 1997).

La grupalidad atraviesa toda la vida. Las personas se conducen en función de los grupos a los que pertenecen. El grupo se protege del exterior, pero a cambio se debe aceptar sus normas de convivencia. Los grupos forman y transforman, la psicoterapia ocupa la grupalidad psíquica para atender el conflicto psicológico, generado en la red interpersonal. Brinda diversos objetos, desplegándose interdiscursos, transferencias y vínculos, todo en un juego de pasado y presente (Kaës, 2000).

A los elementos que permitirán alcanzar los objetivos en el proceso se les llama factores psicoterapéuticos, son: aprendizaje interpersonal, socialización, catarsis, universalización, esperanza, altruismo y factores existenciales. Algunos fenómenos que podrían observarse son las transferencias, roles, recapitulación correctiva del grupo primario, libre asociación, interpretación y elaboración. También se encontrarán obstáculos en el proceso, como resistencias y actuaciones (Díaz, 2000).

En relación a las transferencias, un fenómeno observado por el psicoanálisis, es en lo grupal, ampliado y complejizado, ya que la idea tradicional de una transferencia y contratransferencia como respuesta, se multiplica en el dispositivo grupal con la presencia de varios pacientes y terapeutas. Se puede observar cuatro objetos transferenciales: el monitor o terapeuta, el resto de los pacientes, el grupo en sí y el mundo externo al grupo (Anzieu y cols., 1978).

Vinogradov y Yalom (1996) agregan factores terapéuticos: además de ser un espacio catártico, los/as pacientes descubren que sus problemas son compartidos por otras personas y que no están solos. Comparten información, esperanza y se sienten útiles ayudando a los demás. Desarrollan habilidades sociales básicas y se pueden llegar a imitar comportamientos. La aparición de los factores terapéuticos dependerá de los motivos de consulta, objetivos, integrantes y fase en la que se encuentre el grupo.

La psicoterapia grupal acelera procesos, permitiendo actuar el problema, teniendo como actores a los/las demás pacientes, así aprenden y sanan unas personas con otras. La psicoterapia grupal se ha utilizado con diversas poblaciones: pacientes internados, con tratamiento psiquiátrico o con personal de esas instituciones. Adolescentes y adultos mayores viudos o jubilados. Familiares y enfermos de algún problema cardíaco o cáncer. Con quienes han vivido algún trauma o abuso de sustancias (Alonso y Swiller, 1995).

Telepsicología

La telepsicología no es algo nuevo, o que haya llegado con la pandemia del 2020, si bien esta última dio mayor impulso al uso de las tecnologías (Olivella-López et al., 2020) para que los profesionales de la salud atiendan sin la necesidad de la cercanía física. La telepsicoterapia presenta entre beneficios la rentabilidad de la modalidad versus la práctica terapéutica presencial (Macías y Valero, 2018) y retos, principalmente para asegurar la confidencialidad de los espacios virtuales (Cabas, 2020), sin embargo, debe seguir viéndose como una oportunidad que debe continuar después de la pandemia.

La videoconferencia es una alternativa para poder brindar tele-salud a población perinatal. Con dicha modalidad de atención a poblaciones minoritarias, resulta un medio eficaz, sobre todo en condiciones de pandemia por COVID-19 (Latendresse et al., 2021). Con población perinatal, la telemedicina ha servido para atender depresión, ansiedad, hipertensión y diabetes (Heeseung et al, 2025).

En Estados Unidos se realizó un estudio para ver cuál era el tipo de apoyo social que proporcionaban y recibían un grupo en línea de madres, encontrando que los dos más frecuentes eran el apoyo informativo y el emocional, además, se encontraron que los comentarios de apoyo se relacionaban con el tema de la construcción social de la maternidad, misma que obstaculiza el tratamiento de la depresión posparto (Stana & Miller, 2019).

Las videollamadas pueden ser buen complemento de un programa psicoterapéutico para mujeres en posparto con depresión y ansiedad, ya que esta opción permite un ahorro de dinero y tiempo en traslados, tiempo que podría ocuparse para otras actividades, además hay mayor adherencia al tratamiento psicoterapéutico y las pacientes se muestran más satisfechas al no perder alguna sesión y poder completar el programa (Yang et al., 2019).

Las intervenciones psicológicas basadas en la web, ya sea por mensajería, chat, llamada o videoconferencia son una manera para atender la depresión posparto (Lee et al., 2016; Pierpoint et al., 2025). Sobre todo se ha utilizado con aquellas mujeres que se encuentran al cuidado de sus hijos (King et al., 2025). Además del apoyo social que brinda un grupo por videollamadas, ayuda a que las participantes se sientan menos expuestas (Simon et al., 2023; Progga y Rubya, 2025).

CAPÍTULO 3.- MÉTODO

Preguntas de investigación

Se buscó responder dos preguntas. La primera era ¿Qué tan eficaz resultaría una intervención psicoterapéutica grupal breve de corte psicoanalítico, en línea, para disminuir el malestar emocional en mujeres que presentan sintomatología ansiosa-depresiva durante el primer año del periodo posparto? La segunda fue ¿existen diferencias en los efectos de la intervención en los niveles de ansiedad y depresión dependiendo de si la frecuencia de sesiones es semanal o dos veces a la semana?

Objetivos

La investigación tuvo un objetivo general y tres secundarios.

General

Diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal breve, de corte psicoanalítico, en línea, orientada a disminuir los niveles de sintomatología ansiosa-depresiva, en dos grupos de mujeres que se encuentren en el primer año del periodo posparto.

Secundarios

- Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial en el periodo perinatal que están ocasionando malestar emocional en el rol materno
- Estimular la gestión del autocuidado de la salud mental en mujeres durante el primer año de posparto para reducir recaídas y agravamiento de su estado emocional.
- Evaluar y comparar los efectos de una intervención psicoterapéutica grupal breve, de corte psicoanalítico, en línea en la sintomatología ansiosa y depresiva

en dos grupos de mujeres en el posparto (implementación de forma semanal y dos veces a la semana).

Enfoque metodológico

El proyecto integró un diseño cuasi-experimental. Ya que los grupos se conformaron dependiendo del periodo en que fueron entrevistadas las participantes. También debido a que los grupos no estuvieron en igualdad de condiciones al inicio del experimento, y hubo factores que no permitieron la *pureza* del mismo, como el consumo de psicofármacos.

> Los diseños cuasiexperimentales manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto sobre una o más variables dependientes, sólo que difieren de los experimentos puros en el grado de seguridad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos (Sampieri, 2018 p. 177).

El objetivo de la intervención psicoterapéutica (variable independiente) es disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva (variable dependiente). El alcance de la investigación es descriptiva, ya que se busca documentar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal breve en modalidad presencial y en línea con mujeres en el periodo posparto, y determinar si esta está asociada la frecuencia de actividades a la disminución de la sintomatología ansiosa-depresiva.

Se utilizó un diseño de preprueba-posprueba, sin grupo de control, es decir, se aplicaron las escalas psicológicas antes del inicio de la intervención (EPDS y PASS), cuyos resultados se complementaron con una entrevista semiestructurada (Entrevista Stafford) a cada una de las participantes. Posterior a la intervención, la EPDS y el PASS se aplicaron nuevamente, para poder contrastar los datos de ambas mediciones y así evaluar la efectividad de la intervención psicológica. Estos datos se complementarán con el análisis de

todo el proceso psicoterapéutico, pero en específico de las sesiones 1 (Motivaciones) y 12 (Cierre), utilizadas como diagnóstico y evaluación grupal. Por lo tanto, se empleó un diseño mixto, en el que los datos se obtuvieron de manera concurrente, y se presentan de forma integrativa con el análisis cualitativo de la intervención.

Selección de la muestra

La muestra se realizó por conveniencia. Una vez obtenido el dictamen aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (Anexo A) se difundió la convocatoria mediante un póster (Anexo B), que contenía la información correspondiente para establecer contacto con el responsable del proyecto. Se difundió a través del Correo Institucional de la Universidad, Grupos abiertos y cerrados de Facebook, Páginas de Facebook del Laboratorio de Salud Mental Perinatal y el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, Redes sociales del investigador responsable y conocidos. También se optó por crear una página específica del proyecto, donde sólo se subió el póster y se respondieron mensajes. Desde la página del proyecto se pagó publicidad en Facebook, teniendo como población objetivo las mujeres de entre 19 y 40 años que vivieran en México.

Aunque en un primer momento la idea era conformar grupos presenciales y virtuales únicamente en el Estado de Morelos, la convocatoria se tuvo que extender a todo el país, ya que empezaron a llegar mensajes de mujeres que se encontraban en diversos estados de la República.

El medio más efectivo para la difusión del proyecto fue la publicidad pagada en Facebook y el resto de los otros medios convocó sólo al 10% de las mujeres que solicitaron informes. Hubo 140 mujeres interesadas en participar, que establecieron contacto con el responsable del proyecto. Sin embargo, muchas de ellas no cumplían con los criterios de

inclusión, por ejemplo, había mujeres embarazadas, mujeres con hijos de más de un año, o mujeres que creyeron que se estaba ofertando un taller.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios para que se pudieran integrar al proyecto fueron: ser mujeres mayores de edad, que hayan firmado la Carta de Consentimiento Informado (Anexo C), que supieran leer y escribir, que hablaran español, que hayan tenido un/a hijo/a nacido/a vivo/a en los últimos doce meses, que contaran con algún dispositivo electrónico (computadora portátil o de escritorio, tableta o celular) con acceso a internet, que en sus evaluaciones se identificara la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva.

Quedaban excluidas del proyecto aquellas mujeres que no cumplían alguno de los criterios antes mencionados o que presentaran sintomatología de psicosis posparto, trastornos de conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, y/o riesgo suicida. Dichos trastornos quedaron descartados debido a la complejidad de la sintomatología, y a la dificultad que presentan para integrarse a grupos heterogéneos o con determinada sintomatología. Si durante el proceso de selección de la muestra se detectaba algún caso que fuera de exclusión se les derivó a atención psiquiátrica, por la gravedad de sus cuadros clínicos y la necesidad de atención especializada.

Coterapeutas

Participaron dos psicólogas como coterapeutas, una en cada grupo. Ambas ya contaban con título en licenciatura en psicología y experiencia en psicología clínica. Previamente recibieron una breve capacitación sobre cuáles serían sus funciones durante el proceso psicoterapéutico. Las coterapeutas desempeñaron un papel de observadoras participantes, por lo que podían realizar intervenciones si lo consideraban oportuno.

La presencia de un coterapeuta, como observador silencioso, como señalan Kaës y Anzieu (1979), es de gran apoyo para el terapeuta principal, no solo porque ayuda con un registro más fiel de lo que va ocurriendo en el grupo sesión por sesión, sino que puede estar más atento a cada uno de los discursos, lo que permitirá retroalimentar las contratransferencias e intervenciones del terapeuta, y así juntos ir construyendo el fenómeno nuevamente, para después, co-analizarlo.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Para poder detectar si las mujeres interesadas en ingresar al proyecto presentaban síntomas ansiosos-depresivos se les aplicaron, primero, pruebas psicológicas, de manera electrónica a través de Google Forms. Las pruebas habían sido previamente seleccionadas. De las 140 mujeres interesadas en participar, solo 59 llegaron a la fase de aplicación de pruebas.

Para detectar sintomatología depresiva se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo [EPDS por sus siglas en inglés], ya que es la prueba más utilizada con población perinatal (Cox, 2019) para identificar depresión. Se utilizó la versión adaptada a población mexicana (Alvarado-Esquivel et al., 2006; Rosario et al., 2009; Flom et al., 2018) encontrando una sensibilidad de 70.4% y 75% y una consistencia interna de .88.

La EPDS (Anexo D) consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta, con una puntuación resultante entre 0 y 30. Se califica con una escala tipo Likert de 0,1,2 y 3. Los ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se recodifican en orden inverso. Para el puntaje total se suman todos los ítems, el punto de corte para mujeres mexicanas en posparto es de 12 durante el primer mes, y de 8 después de las primeras cuatro semanas.

Se debe de tener especial cuidado en aquellas madres que marquen el ítem 10 con alguna respuesta diferente a 0 (referido a ideación suicida), de ser así, es necesario realizar evaluaciones adicionales de manera inmediata (Macías-Cortés et al., 2020).

Para detectar sintomatología ansiosa se utilizó la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal [PASS por sus siglas en inglés], fue creada por Somerville y cols. (2014) para identificar ansiedad en población perinatal, consta de 31 ítems, escala tipo Likert puntuando de 0 (nunca) a 3 (casi siempre), se puede obtener un puntaje desde 0 hasta 93, entre mayor sea el puntaje mayor es la presencia de ansiedad, se ha sugerido un punto de corte igual o mayor a 26 puntos.

Originalmente se identificaron cuatro factores en el PASS (Anexo E): ansiedad aguda y adaptación, preocupación general y miedos específicos, perfeccionismo, control y trauma, y ansiedad social, sin embargo, en sus adaptaciones posteriores se ha identificado distinta carga factorial. Actualmente se encuentran varias traducciones. En Latinoamérica ha sido validada la versión en español con una muestra de mujeres chilenas (Coo et al., 2022) y mexicanas (Romero, 2019).

Guía de Entrevista Semi-Estructurada

De las 59 mujeres que respondieron las pruebas, solo con 23 de ellas se pudo agendar la entrevista, la cual tenía por objetivo confirmar la sintomatología ansiosa-depresiva que arrojaron los puntajes de sus pruebas. Todas las entrevistas se realizaron a través de la plataforma TEAMS y fueron video-grabadas con el consentimiento de las participantes.

La Guía de Entrevista se tomó de la Entrevista Stafford (Brockington et al, 2017), la cual es una entrevista semiestructurada creada en su primera versión en 1993, con el objetivo de explorar la salud mental materna. En 2016 fue publicada su sexta edición, la

cual ha sido traducida a diversos idiomas entre los que se encuentra el español. Se utilizó la versión corta diseñada por Seneviratne et al (2019, sin publicación), adaptada para población mexicana por Martínez y Palacios-Hernández.

La Entrevista Stafford tiene dos grandes divisiones, una para explorar el embarazo y otra el posparto, cada sección tiene a su vez varias subdivisiones. Debido a la longitud de la entrevista se recomienda aplicarla en más de una sesión, y puede ser utilizada con fines clínicos, de enseñanza e investigación.

Dependiendo del objetivo que se busque, la entrevista puede ser adaptada, ocupando solo aquellos apartados que se consideren necesarios o aplicando escalas complementarias para detectar determinada psicopatología.

Se tomaron sólo algunas preguntas de la Entrevista Stafford en su versión breve, y se descartó el uso de los puntajes internos. Primero se preguntaba a las mujeres el motivo de consulta, seguido de un breve resumen de su vida y se exploró la sintomatología ansiosa-depresiva. Todo esto en cuatro grandes momentos: antes del parto, embarazo, parto y posparto. Se puede ver la Guía de Entrevista en el Anexo F.

Para las entrevistas, se les dio prioridad a aquellas mujeres que presentaban elevada sintomatología ansiosa-depresiva, también a aquellas que puntuaron el ítem 10 diferente a 0 en el EPDS.

Conformación de ambos grupos psicoterapéuticos

De las 23 mujeres que fueron entrevistadas, solo a 20 de ellas se les integró a alguno de los dos grupos. A tres de ellas no se les invitó a participar ya que fueron derivadas a psiquiatría de manera inmediata, una por consumo de sustancias, otra tuvo planeación suicida días antes de entrevistarla, y una más presentaba consumo de marihuana. Con ellas se elaboró y entregó la referencia, sin embargo, después de eso, se perdió contacto con

ellas, manifestaron atenderse primero con psiquiatría para posteriormente si se volvían a ofrecer grupos psicoterapéuticos se pudieran integrar. La conformación de los dos grupos se realizó de acuerdo con dos criterios: el momento en que fueron evaluadas y su disponibilidad de tiempo. Coincidiendo en el primer grupo las mujeres evaluadas la primera quincena de noviembre, y madres primerizas en su mayoría. En el segundo grupo se integraron las mujeres evaluadas los siguientes diez días de noviembre y serían madres con más de un hijo en su mayoría. También eran quienes tenían un espacio para las reuniones cuando sus hijos mayores estaban en la escuela.

Se integró a 20 mujeres, cada grupo con 10 participantes. De las cuales cuatro no llegaron a la primera sesión, porque se perdió contacto con ellas, tuvieron problemas de conexión a internet, o regresaron a trabajar antes de lo previsto. Cinco más dejaron de asistir durante el transcurso de la intervención, principalmente porque ya no coincidían sus tiempos.

Durante la intervención hubo faltas de las participantes constantemente, ya que al tener recién nacidos surgían imprevistos, por ejemplo, se enfermaba la/el bebé o algún otro integrante de la familia, tenían revisión médica, compromisos familiares-sociales, etc. A pesar de las constantes faltas, las sesiones siempre tuvieron un mínimo de tres participantes, y un máximo de seis.

El primer grupo, se reunió con una frecuencia de dos sesiones a la semana, inició el 14 de noviembre y concluyó el 21 de diciembre de 2022. El segundo grupo, que se reunía una vez a la semana, se inició el 25 de noviembre y se tuvo hasta la sesión 5, el 20 de diciembre de 2022. Posterior a la sesión 5 hubo dos semanas de vacaciones, retomando actividades el 12 de enero de 2023. Para el grupo 2 se concluyó el programa de 12 sesiones el 20 de febrero del 2023.

Diseño de la intervención/Programa de intervención

Vinogradov y Yalom (1996) mencionan la importancia de un *encuadre* en los procesos psicoterapéuticos, entendido este como las constantes del proceso que permitirá llevar a buen término el mismo.

Al inicio del proceso, en la primera sesión, a ambos grupos se les leyó la Carta de Consentimiento Informado, misma que ya habían revisado y firmado todas las participantes, se les preguntó nuevamente si había dudas al respecto. Se les explicaron algunas generalidades del proceso terapéutico, por ejemplo, el objetivo del proyecto, los responsables, el número de participantes en el grupo, duración y frecuencia de las sesiones. Plataforma que se utilizaría para las sesiones. Sobre derivaciones, números de emergencia, y periodos vacacionales.

El grupo tendría una duración de 12 sesiones, y se reuniría una y dos veces a la semana respectivamente, el Grupo 1 se reunía los lunes y viernes de 5:00 a 6:30 pm, mientras que el Grupo 2 se reunía los viernes de 10:30 am a 12:00 pm, y si llegaba a haber cambio en los días y horarios previamente acordados, se les avisaría con anticipación, y juntas elegirían el día y horario que acomodara a la mayoría de las participantes. Cada sesión tendría una duración de 90 minutos aproximadamente.

Ambos grupos fueron de estructura cerrada, es decir, que una vez iniciadas las sesiones no se integraría a nadie más hasta concluyera el proceso terapéutico. Cada grupo constaba de un total de 10 mujeres participantes, un terapeuta principal, y una coterapeuta. Las reuniones serían en línea, a través de la plataforma Zoom, y la liga se enviaría en el transcurso de la mañana, mínimo con una hora de anticipación. Debían de tener la cámara y micrófono abiertos en todo momento, y las sesiones serían videograbadas.

Al finalizar el proceso se les enviarían unas pruebas de manera electrónica. Si alguna de las participantes lo requería, se les podría derivar a atención individual, intervención en crisis, o psiquiatría. Se les proporcionaron números de emergencia a nivel nacional, gratuitos y que trabajan 24/7 para que en caso de que tuvieran una crisis emocional en el transcurso de la semana o en el periodo vacacional pudieran hacer uso de ellos.

Bleger y Pasik (1997) mencionan que en el encuadre grupal se deben de incluir algunas reglas básicas:

A) La regla de no omisión se refiere a que todas las participantes podrán hablar de lo que ellas deseen, aunque parezca que no tenga sentido o esté fuera de tema. Así como la libre interacción, distribuyendo de la manera que ellas quieran los 90 minutos para que todas participen.
B) La regla de abstinencia trata sobre no establecer contacto con las demás participantes fuera de la sesión, al menos mientras dura el proceso terapéutico, esto incluye no compartir redes sociales ni ningún otro medio de contacto.
C) La regla de restitución dice que, si por algún motivo se rompe la regla de abstinencia, deberá ser mencionado en la próxima sesión para que el grupo trabaje sobre ello. De otra manera, es devolver al grupo lo que es del grupo.
D) La cuarta y última regla es la de confidencialidad, en donde no solo los terapeutas participan, sino cada una de las participantes, manteniendo discreción con todo lo mencionado en el grupo. Es decir, lo que pasa en el grupo, se queda en el grupo. Y si esta regla se rompe, se tendrá que ocupar la regla de restitución.

Cada sesión tuvo tres grandes apartados:

A) Calentamiento: En casi todas las sesiones fue un video de menos de cinco minutos de duración que tenían por objetivo detonar determinados temas. Los videos son de acceso libre, fueron seleccionados con el objetivo de las sesiones correspondientes. Se puede ver la liga de acceso a dichos videos en el Anexo G.

   También aquí se les preguntaba a las participantes cómo se sentían en ese momento/día, cómo les había ido en la semana, o qué habían pensado a partir de la última sesión.

B) Desarrollo: Fue el momento más prolongado de las sesiones, duraba una hora aproximadamente o más. En este apartado se abordan las temáticas planeadas y nuevos temas que surgieron durante las sesiones.

C) Cierre: Tuvo una duración de 10 o 15 minutos aproximadamente. Se hacía una recapitulación de los temas abordados en la sesión. Se les preguntaba cómo se habían sentido durante la sesión, o qué temáticas/preguntas se llevaban de la misma. En un ejercicio de síntesis de la sesión, se les pedía a las madres que nombraran la sesión en una palabra o frase corta.

Aunque había una planeación de temas específicos, los cuales se pueden revisar en el Anexo G, y que se proponían por ser factores de riesgo reportados en la revisión de la literatura, las mujeres terminaron por abordar temáticas nuevas, no planeadas o abordaban brevemente la temática sugerida y posterior a eso pasaban a temas diferentes. Se les permitió abordar temas fuera de la programación, porque al ser temas de su interés y sugeridos por ellas, nos permitiría conocer las problemáticas que inquietaban a las participantes. Y saber así, cuáles eran los factores que estaban incidiendo en la aparición de la sintomatología ansiosa-depresiva.

Grupo de referencia

Algunas de las mujeres que habían sido entrevistadas, pero no se habían podido integrar a ninguno de los grupos, continuaron preguntando sobre la apertura de nuevos grupos psicoterapéuticos, respondieron nuevamente las pruebas de ansiedad y depresión, lo que permitió conformar lo que sería un grupo de referencia, con el cuál poder comparar los puntajes finales de aquellas mujeres que habían estado en alguno de los dos grupos y habían recibido una intervención de doce sesiones y aquellas no que habían tenido dicho proceso.

Aunque se tenía la idea de conformar un grupo control con las mujeres que no participaron de la intervención, no puede ser nombrado como tal, y la investigación quedó como cuasi-experimental, ya que no se cumplió el criterio para ser experimental, principalmente porque los grupos no fueron construidos de manera aleatoria. También si hubiese sido experimental, este fue contaminado al no estar todas las participantes en igualdad de condiciones al inicio del grupo, ya que algunas mujeres con criterios de exclusión terminaron siendo incluidas, y otras se encontraban con medicamento psiquiátrico al inicia el grupo o iniciaron el consumo de medicamentos durante el transcurso del proceso psicoterapéutico.

Análisis de los datos

Se opta por el análisis de discurso para el análisis de las entrevistas y de las sesiones, dado que, lo que se busca es conocer las experiencias de las participantes relacionadas con la maternidad y los conflictos o psicopatología que ésta ha traído.
Para la parte cuantitativa del proyecto se utilizó una comparación de medianas para ver la diferencia de los puntajes obtenidos con el pre-post, debido a la muestra no paramétrica.

Características de las participantes

El primer grupo estuvo conformado por seis mujeres: Valeria, Fabiola, Martha, Bianca, Estela y Melissa, con un promedio de edad de 28 años y medio. Cinco de ellas son madres primerizas y para Martha es su segunda hija. Cuatro de ellas son profesionistas (tres docentes y una ingeniera), y dos se encontraban estudiando al momento de embarazarse, por lo que tuvieron que suspender sus carreras. Cinco de ellas tuvieron cesárea y vivían con su pareja y padre del bebé. En el grupo 1 hubo dos bebés del sexo masculino y cuatro del femenino.

El segundo grupo estuvo conformado por cinco mujeres: Mónica, Norma, Esmeralda, Selene y Verónica, con un promedio de edad de 30 años. Una de ellas es madre por primera vez, tres de ellas son madres por segunda ocasión, y una más acaba de tener a su tercera hija. Tres de las participantes de este grupo son profesionistas (dos psicólogas y una ingeniera) y dos cuentan con estudios de nivel preparatoria. De este grupo, solo dos participantes tuvieron cesárea. Cuatro de ellas vivían con su pareja, y padre de su segundo hijo/a. En el grupo 2 hubo tres bebés de sexo masculino y dos de sexo femenino.

El grupo de referencia estuvo conformado por cinco mujeres: Romina, Elvia, Mireya, Yatziry y Flor. Tres de ellas son madres por primera ocasión, y para dos de ellas es su segunda hija/o. Tres de las participantes tuvieron parto vaginal y dos, cesárea. Este grupo tuvo un promedio de edad de 24 años.

Aspectos éticos

El proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (UAEM). Número de protocolo 220622-82 (Anexo A). Las mujeres que no cumplían los criterios de inclusión, pero estaban interesadas en orientación y/o atención psicológica, fueron derivadas al Laboratorio de

Salud Mental Perinatal (CITPsi, UAEM), con quienes ya se tenía previo acuerdo para poder recibir a dichas mujeres.

A seis de las mujeres entrevistadas se les emitió una Hoja de Referencia con carácter de urgente a Psiquiatría, ya que presentaban sintomatología muy elevada y/o de riesgo. Todas las hojas de referencia fueron entregadas a ellas en presencia de su contacto de emergencia, que en su mayoría fueron parejas, madres y hermanos. Dos de las mujeres que recibieron hoja de referencia y debido a la gravedad de su sintomatología, quedaron fuera de los grupos psicoterapéuticos. Sus cuadros clínicos eran considerados criterios de exclusión del proyecto, por ejemplo, consumo de sustancias, probable Trastorno Límite de la Personalidad, y planeación suicida días antes de establecer el contacto.

Cuatro de las mujeres a quienes se les emitió una hoja de referencia tenían complicaciones para costearse un tratamiento psiquiátrico privado por problemas económicos o no contaban con seguro social. Cuando establecieron contacto con instituciones públicas, fueron agendadas para dentro de tres meses. Ya que tampoco era ético dejarlas sin atención de ningún tipo esos tres meses, y como ambos grupos psicoterapéuticos estaban a días de iniciar, se optó por integrarlas. Su ingreso a alguno de los grupos permitiría mantener contacto con ellas, y darles seguimiento mientras establecen contacto con Psiquiatría. Solo Estela y Martha concluyeron el programa de intervención psicoterapéutica.

Para la presentación de resultados se han cambiado los nombres de las participantes por pseudónimos. Así mismo los nombres de sus hijos e hijas también han sido cambiados.

CAPÍTULO 4.- ANÁLISIS DIFERENCIADO DE RESULTADOS

En este cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación-intervención, tanto cualitativos como cuantitativos. El capítulo se ha dividido en tres apartados. En el primero se encuentran breves historias de las once mujeres que participaron en la investigación, esto con la finalidad de conocer la razón por la cual llegaron al grupo psicoterapéutico, algunos antecedentes y situaciones-personas que contribuyen a su malestar emocional. Estas historias son el resultado y síntesis de las entrevistas semi-estructuradas que se realizaron con cada mujer para la selección de las participantes.

En el segundo apartado se han identificado y analizado los factores que contribuyeron a la aparición de la sintomatología ansiosa-depresiva. Para presentar dichos factores se ha utilizado el modelo ecológico como medio organizativo. Encontrando así, factores a nivel micro, meso, exo y macrosistema.

Se finaliza el capítulo de resultados, presentando al grupo como entidad. Analizando algunos fenómenos grupales que se presentaron durante la intervención. La perspectiva grupal de la maternidad. La dinámica y lo que contribuyó a la conformación del grupo, el trabajo analítico del mismo, y el cierre.

4.1 Las Mujeres Participantes

4.1.1 Valeria

Mujer de 26 años, madre primeriza, con un bebé de seis meses. En la semana 7 de gestación sufre una caída y el embarazo se vuelve de riesgo, por lo que tiene que reposar hasta que nazca el bebé. Tuvo que renunciar al trabajo, el cual era muy demandante. Lamenta no estar empleada porque estaba acostumbrada a realizar otras actividades, contar con independencia económica e interactuar con más personas. Tuvo diabetes gestacional. Los miedos al parto iban aumentando conforme se acercaba el momento de dar a luz. En la

semana 38 el bebé deja de moverse, y le realizan una cesárea de emergencia. La internaron justo después del parto porque se elevó la presión arterial.

Cuando le entregan a su bebé y llega a casa se da cuenta que todo apenas empezaba, su madre estaría acompañándola la cuarentena. A pesar de agradecer el apoyo que le brindó, reconoce que también fue un factor estresante, "me hacía sentir inútil, como que no lo estaba haciendo bien".

Padece violencia económica por parte de la pareja, quien además ha minimizado su trabajo desde que eran novios, "siempre estoy con el estrés de ganar dinero" "mira cómo tienes la casa (refiriéndose a que los trastes están sucios, o la ropa no está lavada)" y cuando *le ayuda* lo hace de mala gana, recriminándole que lo tiene que hacer porque ella no puede. La relación de pareja se hizo más distante, solo está cinco minutos con el bebé y se lo regresa diciendo que el bebé quiere estar con ella. Le dice que no debe estar triste, que debería estar feliz, porque está con el bebé.

Presenta sintomatología ansiosa y rasgos obsesivos. Necesita corroborar tres veces que ha apagado la estufa, que cerró bien las puertas, las llaves de agua, que ha puesto seguros. Dice en voz alta que ya lo ha hecho y lo corrobora cierto número de veces. Tiene miedo a que entren a la casa o a que el bebé deje de respirar.

4.1.2 Fabiola

Mujer de 23 años, madre de una bebé de tres meses. Estudiaba y trabajaba al momento de quedar embarazada, no reporta complicaciones obstétricas durante el embarazo, salvo una caída y contagiarse dos veces de COVID, sin complicaciones.

A pesar de reconocer que cuenta con una red de apoyo grande, se siente sola. Los primeros días posparto fueron complicados, se enfermó de brucelosis al mes y medio. Estando sola con su bebé aparecen los miedos a que se le caiga, a no saber cómo cuidarla, a

no saber qué sentir, pensar qué podría ocurrir algo catastrófico. Lo que la llevó a evitar cargar a la bebé y subir o bajar escaleras con ella. Por las noches siente una carga muy pesada, como si algo le cayera encima.

Su principal preocupación es no sentirse conectada con su hija, sobre todo porque le habían dicho que cuando su hija naciera se enamoraría inmediatamente de ella, pero no fue así. Entonces apareció la tristeza, angustia y frustración. Intenta todo para poder *conectar*, por ejemplo, leerle, cantarle, le cuenta cómo le va en el trabajo. Incluso el darle biberón o cambiarle el pañal son oportunidades que no desaprovecha.

Ella reconoce que tiene metas profesionales a las que no le gustaría renunciar. Regresó a trabajar hace un mes, cuando su bebé tenía dos meses de haber nacido, con el fin de no sentirse inútil, mantenerse ocupada para no sentir miedo ni ansiedad, y no recordar que se pierde a sí misma como persona. Se ha convertido en la mamá de Carla, o la esposa de Rafael, pero ella no se reconoce, por eso el trabajo le ayudará a *no perder la cabeza*, porque ahí es la Maestra Faby, se refieren a ella por su nombre. Ahora todo lo tiene que hacer rápido, se la pasa irritable, y triste, por cómo han cambiado las cosas en su vida, por ejemplo, extraña cómo era antes su relación de pareja, quiere no sentirse encerrada, sentirse ella, extraña todo lo que era antes del parto.

4.1.3 Martha

Mujer de 34 años, madre por segunda ocasión, con una bebé de un mes, y otra hija de casi ocho años. Martha es hija adoptada. Con el papá de su primera hija tiene una relación complicada, le puso una demanda por pensión alimenticia que sigue como provisional.

Cuando se entera del embarazo decide abortar, no quería dejar de estudiar, ni volver a empezar con una crianza. Su padre se opuso, diciéndole que si abortaba estaría muy

molesto y decepcionado de ella, que se arrepentiría el resto de su vida. Al mes le dicen que tiene amenaza de aborto y que necesita reposo, por lo que suspende la escuela y demás actividades. Se le bajaba la presión arterial. Embarazada se enferma de COVID con su hija, su padre estaba aterrado por contagiarse y la aísla, al grado de pasarle la despensa por la ventana. La bebé nació en la semana 39 de gestación.

Se siente frustrada, sola, porque no ha tenido el apoyo que hubiera querido. A los 15 días posparto operan a su pareja. Le ha costado mucho la lactancia. Todo el mes ha estado llorando y sintiéndose triste. "Ha sido un mes cansado, estresante, y el ver qué pues sí, estoy con ella, sola… Me siento enojada, y yo quisiera salir corriendo". Ha pensado en dejar a sus hijas con cada uno de sus padres e irse. Describe el posparto como mucha carga para ella. En una ocasión la bebé no dejaba de llorar y en su desesperación le tapó la boca, mientras le gritaba *¡Ya cállate! ¡Ya cállate!*

Ha pensado que la mejor decisión hubiera sido abortar, así no estaría pasando por todo esto, seguiría estudiando, todo sería diferente. Incluso ha llegado a desear que les hubiera pasado algo a ella y a la bebé, por ejemplo, que el embarazo no se lograra o que durante el COVID o la cesárea *se hubiesen complicado las cosas*. Su hija no estaría tan molesta como ahora, y le podría dedicar más tiempo.

4.1.4 Bianca

Mujer de 28 años, madre primeriza con un bebé de 4 meses. Mantenía una relación de pareja de dos años y medio cuando planearon tener al bebé. Deciden vivir cada uno con sus padres, mientras compraban una casa y cuando naciera el bebé se pudieran mudar.

Su malestar comienza cuando descubre que su pareja le es infiel, encontrando unos mensajes. Se la pasaba llorando. Actualmente dice no querer sentir molestia con su pareja,

y no por él, sino para que no le perjudiquen al bebé esos problemas, ya que era un bebé muy deseado.

Embarazo sin complicaciones obstétricas, sin embargo, es descrito como difícil, doloroso y triste emocionalmente, ya que lo pasó sola. Su pareja casi no la visitaba, no la ayudaba económicamente, ni se involucraba con el bebé, lo que le generaba molestia, "nunca se puso las pilas como papá".

Después de doce horas en que el bebé no bajaba le realizan cesárea. Cuando nace el bebé en la semana 38 de gestación, se van a casa de sus suegros. A pesar de que reconoce su apoyo, también describe a su suegra como *metiche*, quien se tomaba *atribuciones* que no le corresponden, como llevarse al bebé sin avisar. Cuando estaba en esa casa le daban ganas de llorar muy seguido, se ponía de malas, porque no estaba cómoda, no quería estar ahí, quería su propio espacio.

Los meses posparto han sido difíciles, porque no puede dormir, siente que la gente no la comprende, ni tiene la empatía para ayudarle, incluso le dicen, *pues tú querías hijo ¿no?*, "las madres siempre quedan al último, primero está el darle de comer al bebé, no te puedes ni bañar, o cuando comes ya está frío".

4.1.5 Estela

Mujer de 36 años, madre primeriza con una bebé de seis meses. Bebé planeado y deseado. Amenaza de aborto en las semanas 11 y 25. Tiene retención de líquidos cuando iba a dar a luz, y ya que la bebé no se acomodaba le programan cesárea.

Su bebé es alérgica a la proteína de la leche, diagnóstico que le dieron hasta el mes y medio de posparto. Este retraso en realizar el diagnóstico le trajo problemas de peso y desarrollo a la bebé. Y también complicaciones a la madre, quien empezó con malestar emocional. Ella sentía que ni los doctores ni sus familiares veían la desesperación que ella

estaba pasando, quería saber que no estaba *loca*. La hacían sentir mal porque decían que no podía calmar a su hija, que cómo era posible que no supiera qué tenía la bebé. Lo que más le preocupa de no darle pecho es creer que no se ha formado el *apego*, además de sentirse rechazada por la bebé.

La relación con la pareja es difícil, ya que no la ha apoyado, ni económicamente ni emocionalmente. Constantemente discuten. Ya le ha dicho que se separen, que se vaya de la casa, pero él ahí sigue.

Siempre está molesta, irritable, no puede dormir ni comer bien, vive con mucho miedo. Ha tomado medidas como limpiar y sanitizar todo, la barra, los platos, los juguetes. Se lava constantemente las manos, tiene mucho cuidado en quien toca a la bebé. Le da miedo tomar café con leche, porque después podría besarla y eso le haría daño. Le da miedo salir, o descubrir que su hija es alérgica a algo más, al sol incluso.

Le da miedo pasar por un mueble con la bebé, ya que se imagina en cómo sería si se golpeara en la cabeza contra el mueble, si le saldría sangre, si le dolería. Cuando se descubre teniendo estos pensamientos siente culpa, y evita pasar por ahí, o se aleja lo más rápido posible. Le da miedo pensar que sería capaz de dañar a su propia hija. Le ha llegado a dar nalgadas. Cuando no puede calmarla, la deja en la cama y se aleja para llorar, respirar y volver a intentarlo. Se siente totalmente rebasada por la situación, al grado de pensar en morirse y llevarse a la bebé con ella.

4.1.6 Melissa

Mujer de 25 años, madre primeriza con una bebé de un mes. Embarazo deseado, recibe la noticia con alegría. Pero también culpa, al recordar que años atrás se había practicado un aborto, llegando a creer que no podría tener hijos.

El embarazo lo vivió con muchas preocupaciones, tenía miedo a que algo le pasara a la bebé, llegó a ir a 20 citas médicas aproximadamente. Amenaza de aborto a los seis meses. Le realizan cesárea después que la oxitocina para agilizar el parto no funcionara. Tenía miedo a morirse en el parto, le decía a su pareja que, si tuviera que decidir entre ella o la bebé, que salvara a la bebé, tenía miedo a que la bebé no respirara. El quirófano le generaba mucha ansiedad, y miedo porque se le durmió todo el cuerpo con la anestesia. Al final del parto tiene problemas para respirar, ve a la bebé cuando nace, y pierde el conocimiento. Despierta cuando la están sacando del quirófano.

Existe el miedo a estar sola, porque le recuerda momentos de su vida, en donde se sentía abandonada. Además, el tema de la maternidad la hacía pensar mucho, porque tenía ejemplos en su madre y hermana que no le gustaba, la maternidad era vista como *fea* y dolorosa. No le agradaba la idea de tener una niña, porque no quería que su hija sintiera hacia ella la tristeza y el enojo que ella misma siente hacia su madre. Además de que se sentía obligada a ser una mujer *ideal*, y la mejor madre.

Ha tenido ataques de pánico desde la adolescencia, describe estos episodios como que se ponía fría, el corazón le late muy rápido, se le entumen partes del rostro, se le subía la presión arterial. Las primeras dos semanas posparto se la pasó llorando, con miedo a que su bebé se ahogara. Se frustra cuando no puede dormirla. Reconoce que el posparto es una etapa muy demandante. Emocionalmente no puede sentirse mal, porque sabe que la bebé depende de ella. No puede descuidar su alimentación ni ponerse a llorar, porque no quiere *pasarle* su malestar a la bebé. Cuando llega la noche el malestar aumenta, se angustia, empieza a llorar, quisiera que alguien la fuese a rescatar.

4.1.7 Verónica

Mujer de 30 años. Tiene un hijo de cinco años y una bebé de cuatro meses. Recibió la noticia del embarazo con alegría, era una bebé planeada y deseada. Aunque siempre estuvo el miedo de que no se lograra, porque había tenido dos abortos espontáneos recientemente. Durante el embarazo tuvo desprendimiento de placenta y se le bajaba la presión, ambas situaciones se controlaron con medicamento. A los 7 meses se va su pareja al extranjero y ella se queda en casa de su suegra. La bebé nace en la semana 40.

A la semana de que se fue su esposo, descubrió que le había sido infiel. No era la primera vez que esto sucedía en la relación. Sigue pensando en separarse, lo que implicaría volver a trabajar y dejar a sus dos hijos solos.

El posparto ha sido complicado, y no por el cuidado de la bebé, sino porque tiene ganas de llorar constantemente sin saber por qué, se desespera al pensar en criar a su hija sola como con su primer hijo. Le cuesta entender por qué su marido le fue infiel y probablemente lo siga siendo, después de todo lo que ella ha hecho por la relación. Busca distraerse para no estar en silencio. Dejó de trabajar por el embarazo, y se frustra al depender del dinero que envía su esposo. Nunca había sido así, desde pequeña había trabajado y ganado su propio dinero, ahora se siente *amarrada*. Todo se ha acumulado, sintiéndose enojada, muy irritable y sola.

4.1.8 Emma

Mujer de 37 años, tiene una hija de siete años y un bebé de mes y medio. El bebé no estaba planeado, incluso tomó la pastilla del día siguiente, y aun así quedó embarazada. Embarazo de alto riesgo, por la edad, y por un mioma que le descubren. Este segundo embarazo lo vive diferente en comparación con el primero, no tuvo náuseas ni mareos, solo

le daba mucho sueño durante el día. Se sentía apoyada por su pareja, con quien tenía un año de relación.

Tiene un parto vaginal, recuerda la experiencia como traumática. Cuando empezó con labor de parto y llega al hospital, la regresan por no tener suficiente dilatación y porque no había camas disponibles. Le realizaron episiotomía porque el bebé estaba muy grande. Cuando nace y se lo entregan, tiene complicaciones para darle de comer, el bebé se deshidrata y no les querían dar el alta porque decían que ella se negaba a dar de comer, cuando no era así.

Desde el embarazo ha tenido episodios de ansiedad. No podía dormir, se levantaba en la madrugada, lloraba frecuentemente, sentía que no podía respirar, sudaba, el corazón le latía muy rápido, tenía ganas de salir corriendo. En el embarazo aparecía la ansiedad cuando pensaba en cómo cuidaría ahora a dos hijos, y los gastos económicos que se venían. Está contracturada de cargar al bebé, tiene que dormir en un pedacito de la cama, el bebé llora mucho y no lo puede calmar, lo regaña porque no se calla y no la deja dormir. En su desesperación le ha pegado al colchón, o le ha sacudido la cobija al bebé gritándole que ya se calle. Se siente rebasada entre el cuidado del bebé y atender a su hija mayor. Siente que no atiende a ni uno ni a otro, quiere que la dejen en paz por un momento.

4.1.9 Susana

Mujer de 25 años, madre primeriza con bebé de seis meses. Después de una relación de pareja de ocho años, deciden tener un hijo. Bebé planeado y deseado. No presenta complicaciones obstétricas. El bebé nace en la semana 40 por parto vaginal.

El malestar emocional empieza cuando nace el bebé y llegan los primeros días a casa de su suegra. Desde antes ella creía que no le caía bien a la familia de su pareja, por lo que los primeros días serán complicados, por ejemplo, las primeras dos noches donde ella

no podía calmar al bebé, porque éste estaba hambriento y tenía dificultades para agarrar el pecho, llega la suegra y se lo quita para ella intentar tranquilizarlo. Este evento la hará sentirse triste, enojada y confundida, porque no le estaban permitiendo aprender a calmar a su bebé, pensaba que no era competente, y no dijo nada para que nadie se molestara. Aparte de la tristeza, no tenía ganas de hacer nada, ni de levantarse, ni de comer, no podía dormir, quería atender a su bebé, pero no sentía la felicidad que se supone debía sentir al estar con él. Esto duró los primeros cinco días posparto, luego se mueve a la propia casa y la sintomatología disminuye.

Los días en que su pareja trabaja, ella se va a casa de sus padres para no quedarse sola. Le agrada ir, porque ahí ellos la apoyan con el cuidado del bebé, se siente cómoda y acompañada. Ahora lo que le preocupa es pensar en lo difícil que será retomar su vida profesional, o compaginarla con el cuidado del bebé. Al demandar toda su atención parece que sus metas académicas y profesionales han quedado de lado, para ahora ser solo madre.

4.1.10 Nohemí

Mujer de 26 años. Madre por tercera ocasión, su bebé tiene un mes de nacida. Sus tres hijas han sido planeadas y deseadas. Cuando su segunda hija tenía 6 meses, se volvió a embarazar. Ha sido el embarazo que más ha disfrutado. La bebé nace en la semana 36 por parto vaginal, y ha sido el más rápido de los tres, ni siquiera les dio tiempo de pasarla a la plancha.

Su pareja ha sido su principal apoyo. La ayuda no solo económicamente, también se involucra con el cuidado de sus hijas, las desveladas, hacer la comida y la limpieza del hogar. Lo difícil para ella viene en el posparto, cuando su pareja le avisa que tendrá que salir cuatro días por motivos laborales. Su principal apoyo se marcharía, y se quedaría sola con las tres niñas, que enseguida enfermaron.

Fueron días muy agotadores y desesperantes, porque mientras la bebé quería comer, la segunda quería que la abrazara y la más grande con tos. Se siente culpable porque la bebé se le ha enfermado muy pequeña, y no puede darle la atención a cada una como quisiera. Luego, cuando llega su esposo también se enferma, y menos podría ayudarle a cuidar a las niñas. La casa estaba sucia, ella con el dolor del parto todavía, sin poder dormir, porque si no la despertaba alguna de sus hijas era su pareja. Ha llegado a arrepentirse de tener a su tercera hija tan pronto, piensa que quizás debió esperarse un poco más.

Se la ha pasado llorando frecuentemente, se siente sola, desanimada, culpable, cansada y estresada. Ha querido desaparecer de tanto cansancio que tiene. Ha estado tan molesta que en algunas ocasiones la ha gritado a su hija mayor. También está molesta con ella misma, por no poder con todo.

4.1.11 Mónica

Mujer de 33 años, madre por segunda ocasión, su bebé tiene un mes de nacido. En el sexto mes tiene amenaza de aborto, por lo que suspende el empleo. No quería hacer nada, para que no le pasara nada al bebé. Se le subió la glucosa.

En el embarazo estuvo muy ansiosa. Se imaginaba que podría tener algún accidente en el carro, o que algo le pasaría a ella y al bebé. Miedo a que se resbalara, a una bala perdida, a que le picara un alacrán o una araña. Sentía que le hormigueaban las manos. Tenía miedo de que le pusieran mal la epidural y después no pudiera caminar. Que su hijo tuviera algún síndrome. Con todas sus preocupaciones no podía dormir, se la pasaba encerrada en su cuarto. El parto es en la semana 38 y le entra líquido amniótico al bebé en los pulmones, preocupándose aún más.

En el posparto descubre que no sabía nada sobre bebés y las preocupaciones continúan. Le preocupaba contagiarse de COVID, que el bebé se enferme, que a su hijo

mayor le pase algo cuando sale de la escuela o su esposo tenga algún problema del corazón. Que alguno se contagie de la viruela del mono. Que alguien se meta a la casa. Siempre le preocupa algo. Se lava las manos constantemente y sanitiza. No le gusta que toquen a su bebé, o si lo hacen que se pongan gel anti-bacterial.

Creyó que regresaría a trabajar al mes posparto, como con su primer hijo, pero el bebé es muy demandante. Se molesta porque, aunque su suegra y su hijo le ayudan en algunas ocasiones, el bebé quiere estar solo con ella. No puede ni comer por tenerlo en los brazos. Se le dificulta diferenciar el llanto del bebé y saber qué tiene. Le molesta no ser paciente. No quiere dejar solo al bebé, porque *algo* le podría pasar. Tiene miedo de tirar al bebé. La ropa de su esposo y del bebé tiene que estar limpia y ordenada. Corrobora ella misma que las puertas y las llaves de agua están cerradas, y las luces apagadas. Le cuesta mucho trabajo salir, se la pasa todo el día en su cuarto.

Se siente molesta, con mucha rabia, y lo único que puede hacer es irse al baño a llorar, agarrar una toalla y ahogar su grito. Llora cuando está desesperada, que es casi toda la semana, porque no puede decir nada de lo que siente, no puede decir que es complicado, que le duelen los brazos de cargar al bebé, que no ha dormido, que está muy cansada. No puede decir que su hijo la desespera. No sabe qué hacer para que deje de llorar, lo carga, le cambia el pañal, le da de comer, lo arrulla, *ya fue y ya vino*, pero no sabe qué quiere. No se siente *suficiente* para su bebé, y que por mucho que lo intente, no es la madre *perfecta*.

4. 2 Factores Asociados a la Aparición de la Sintomatología Ansiosa-Depresiva

Se identificaron y analizaron aquellos factores que estaban incidiendo en la aparición de la sintomatología ansiosa-depresiva de las mujeres participantes. Para dar a conocer dichos factores se ha ocupado el modelo ecológico como medio organizativo. Es decir, que podrían agruparse los factores encontrados en los sistemas propuestos por Bronfenbrenner (1987), micro, meso, exo y macrosistema.

Estos son descritos como entornos en donde se desarrollan las personas, actúan y se comunican de manera interconectada, por lo que de una u otra manera se afectan mutuamente, e impactan en el desarrollo de la persona. Cada uno de los subapartados de esta sección se complementan en su mayoría con testimonios de las participantes que expresaron durante el proceso psicoterapéutico. Dentro del discurso grupal se han elegido las participaciones que mejor han dejado ver el sentir del grupo o han resumido de mejor manera el tema abordado en ese momento.

4.2.1 Microsistema

Se entiende el microsistema como aquellas relaciones que tienen cercanía con las mujeres. La afectación es directa, por ejemplo, en este subapartado se incluyen los factores individuales que se identificaron, como el historial de salud mental, las experiencias de violencia de las que han sido víctimas las participantes, en específico, la violencia obstétrica experimentada. También se encuentran la relación con sus bebés, la lactancia, hijas o hijos mayores, parejas y exparejas.

Historial de salud mental

El factor individual que se identificó y que se encontraba relacionado con el malestar actual fue el historial de salud mental de las mujeres. La sintomatología ansiosa-depresiva no aparece únicamente como respuesta a los factores contextuales actuales ni

como resultado del periodo perinatal, sino que es la reaparición de algún problema psicológico previo generalmente. Las mujeres ya habían experimentado en algún momento de su vida, principalmente en la adolescencia o juventud algún cuadro psicológico.

La sintomatología más frecuente fueron la ansiedad y la depresión. En algunos casos lo que parecen ser depresiones graves, llegando algunas de ellas a intentos suicidas o autolesiones. También muchas de ellas ya sabían lo que era un ataque de pánico. Algunas han recibido tratamiento psiquiátrico, pero en su mayoría solo han estado en atención psicoterapéutica individual por algún tiempo.

Víctimas de violencias

La mayoría de las mujeres cuentan con un historial de violencias, de diversa índole, a lo largo de su vida. Por ejemplo, las han acosado en el trabajo, en espacios públicos y al interior de la misma familia. Estas violencias han sido ejercidas por hombres desconocidos, jefes y supervisores, cuñados y exparejas. Las agresiones van desde intentar tocarlas o tocarlas en contra de su voluntad, violencia económica, psicológica y verbal, llegando hasta agresiones físicas, incluso estando embarazadas.

> De mi primer embarazo sí fue difícil porque yo tenía 17 años y su papá también tenía 17 años… Éramos unos escuincles jugando a ser papás… chamacos, éramos tontos, inmaduros, él me pegaba… Cuando yo salí embarazada, toda mi familia dijo - no, cómo crees ¿qué va a decir la gente? - me fui a vivir con él… me pegaba, no me dejaba salir ni a la esquina… Cuando nació mi hijo, me separe a las semanas (Mónica)

Violencia obstétrica experimentada

Varias de las participantes tuvieron una mala experiencia con el parto, además de sentirse impotentes lo describen como excesivamente “doloroso, difícil, complicado, espantoso, frustrante y muy confuso”. Las mujeres que eran madres por primera ocasión se informaron a través de páginas, cursos, videos, foros, etc. sobre cómo reaccionar, pero llegado el momento todo eso resultó inútil. Algunas optaron por dar a luz en un espacio médico privado, porque habían escuchado sobre el trato que se daba en hospitales públicos, pero ni eso fue suficiente.

Aunque ellas quisieran parto vaginal, dar pecho desde el primer momento o tener cerca a sus bebés, nada fue así, y sus experiencias de parto reportaron la realización de cesáreas, episiotomías, regaños por no pujar adecuadamente, les dieron fórmula a los bebés sin preguntar a las madres, se los llevaban hasta por cinco horas. Incluso a una mamá la amarraron de las manos, sin darle alguna explicación de por qué lo hacían. Aparte ella fue objeto de burla para los médicos por estar diciendo incoherencias, como pedir que le pusieran bien la inyección ya que no se quería quedar sin poder caminar, o que le colocaran el brazalete a su hijo.

No reclamaron los malos tratos, primero, porque se supone que como mujeres deben ser amables. Segundo, por miedo a que su reclamo tuviera consecuencias, pensaban que por venganza las podrían tratar peor. Y tercero, porque parece que es el deber de las mujeres, sufrir, sin quejarse, sin gritar, porque los médicos o las enfermeras se podrían molestar, así que, frente a todo eso, ellas optaron por callar.

> Los doctores y las enfermeras fueron groseras en el primero, entonces a mí de mi primera hija me decía, - no grite, señora, no grite - Yo ¿cómo lo voy a gritar, sí me está doliendo? ... (Nohemí)

El/la bebé

La salud de las/los bebés es uno de los factores que generan angustia en las mujeres. Complicaciones médicas que aparecieron a lo largo del periodo perinatal, y han generado la ansiedad materna, es decir, elevada preocupación, y de manera posterior la sintomatología ansiosa-depresiva. Algunas de las situaciones médicas fueron amenazas de aborto, diabetes gestacional, aumento o disminución de la presión arterial. Durante el parto, problemas como que el/la bebé esté enredado con el cordón umbilical o traguen líquido amniótico. Y en el posparto que se enfermen a los días de haber nacido o que tengan alguna alergia. Todas las complicaciones médicas, son vividas con culpa por parte de las mujeres, quienes creen que han fracasado como madres. Aunque reconocen que las situaciones están fuera de su alcance, piensan que algo de lo que ellas hicieron o no hicieron, en el embarazo, en el parto o en el posparto, ha generado consecuencias sobre sus bebés.

Lactancia

El caso de Estela y su hija Miranda es el ejemplo de cómo una situación, como la alergia a la proteína de la leche, puede ser el inicio del malestar emocional de la participante, quien además de tener miedo por ser primeriza se sumaba uno más, llevándola a tomar medidas para que su bebé no tuviese contacto con algún producto lácteo, aunque eso significaba no salir de casa o salir con demasiado miedo.

> Ella literal, me rechazaba, me rechazó el pecho. Fue una situación muy difícil para mí… Antes del embarazo tomé cursos de lactancia, de crecimiento, o sea, cómo que trate de estar al cien para mi bebé. Pero jamás me preparé para que

> mi hija fuera alérgica a la leche… Sentía que no me bajaba la leche porque tampoco ella se me quería pegar… (Estela)

Varias de las mujeres se frustraban con el tema de la lactancia, la describen como horrible. Sin importar si eran primerizas o multíparas, dar pecho resulta una experiencia difícil y dolorosa. La bajada de la leche no había resultado tan sencilla como las otras mujeres a su alrededor decían, era el momento del día que más las agobiaba, y que poco a poco les iba afectando a nivel emocional. Cuando la/el bebé no paraba de llorar ellas se preguntaban qué era lo que estaban haciendo mal, si era acaso su manera de acomodarse al bebé, si era su alimentación. Se auto-comparaban con mujeres externas al grupo que no presentaban la misma problemática, preguntándose cómo era posible que ellas (las participantes) no podían hacerlo tan fácilmente, ni tan natural siendo madres.

> La primera semana que amamanté me dolía como los mil demonios… Yo, de verdad, ni siquiera quería pegarme al bebé, yo lo alejaba. Llegaba la hora de la comida y yo la verdad que hasta le pensaba en dar, yo no quería darle, pero pues me decían, - tienes que darle, y no duele -. Ni madres, si duele y duele un chingo. Y hasta me sangraba, y yo lloraba y yo - por Dios, esto es esto es horrible - y todos no, - es que es bien bonito verle la cara -. Pues yo veo que me duele, me duele un chingo, porque los entuertos duelen también un chingo. O sea, a mí me dolía hasta respirar y todos, - pero es bien bonito -. Yo los primeros quince días la verdad es que no le vi lo bonito por ningún lado a la lactancia, dije - no, bonito nada, horrible (Valeria)

La lactancia es un tema de vital importancia, que inclusive las mujeres reciben consejos de otras mujeres, como la madre, la abuela o la suegra, para que produzcan más leche, como tomar atoles o cerveza. Existe una preocupación por el bienestar de las mujeres, principalmente por su alimentación. Detrás de esa preocupación se encuentra la

idea de pasarle los suficientes nutrientes a su bebé para que crezca sano y fuerte. En realidad, quien les preocupa a las personas no es la madre sino el bebé.

> -Tu sácate la leche, yo le doy- ni le das nada y luego piensa que la leche sale, así como por arte de magia… luego uno se frustra, por qué no sacan la cantidad de leche que es. - Y es que no le sacaste tanta leche -, pues si no soy vaca, o sea hice mi mayor esfuerzo ¿no?, no es magia esto y todavía le hacen el feo a tu oncita que sacas, o sea… (Valeria)

Las mujeres han querido dejar de dar pecho, o cambiar la lactancia exclusiva por fórmula, pero no lo han hecho porque las personas además de hacerlas sentir culpables las etiquetarían de mujeres a quienes no les importa la salud de su bebé. No les permiten dejar de dar pecho por los innumerables beneficios que trae para sus hijos/as la leche materna. Entonces las mujeres terminan aguantando el dolor, la resequedad y el sangrado de los pezones.

Las únicas oportunidades aceptables para dejar la lactancia son que el bebé ya no demande, o que cambie a alimentación complementaria sugerida por el/la pediatra. Ni que las mujeres se enfermen les permite dejar de dar pecho. Debían aguantar el dolor lo más posible, y solo si era insoportable acudían al médico. Suspender la lactancia por tratamiento médico es vivido con culpa, ya que consideran están perdiendo la oportunidad de que su hijo/a crezca fuerte y de formar el vínculo con ellos/ellas.

> Es como si no tuvieras permitido enfermarte, no está permitido en este proceso, por ejemplo, a mí me pasó que tuve mastitis y tenía escalofríos y calentura horrible y sin embargo no me di como ese chance de acostarme en la cama y dormirme y dejar que pasara la calentura, la temperatura, sino que seguí amamantando a pesar de que mis pechos me dolían mucho, seguí amamantando a Norma, a mi bebé y medicandome para que la fiebre se me bajara, se me quitara

> rápido y yo pudiera estar con ella. No tienes permitido esa parte de estar enferma, tienes que estar bien… (Grecia)

Una de las preocupaciones al tener dificultades con la lactancia, era creer que no se formaría el vínculo materno-infantil, ya que consideraban este era el único medio para lograrlo. El vínculo materno-infantil, fue el motivo por el que llegaron algunas mujeres al grupo psicoterapéutico, les preocupaba que no se sentían conectadas con sus hijas/os, no sentían ese enamoramiento instantáneo que se supone tienen las mujeres cuando ven a sus hijos por primera vez, no se les derretía el corazón con su sonrisa, no sentían que fueran el uno para el otro.

> Eso (*diagnóstico de alergia*) afectó mi vínculo con mi bebe y yo no me sentía conectada con ella, o sea, yo decía, es que esta bebé, mi hija, yo la tuve, pero yo no sentía pues realmente ese amor grande que me decían todos, que uno debería de sentir por su bebé. Entonces yo me sentía muy mal, me sentía muy culpable… (Estela)

Todo lo relacionado con el bebé había hecho que desarrollaran miedos específicos, por ejemplo, a la muerte de cuna, a que se ahoguen con la comida o mientras duermen, a que aparezca algún trastorno del desarrollo, miedo a que la alergia empeore, a que contagien a su bebé con algún virus como el herpes, a cruzar la calle, porque un carro podría atropellarlas cuando llevan la carriola, miedo a cargar al bebé, porque se les podría caer, a que se caigan ellas con su bebé en manos, a morir de un paro cardíaco mientras están solas con su bebé. Incluso externaron su miedo a pasarles la depresión posparto a sus bebés.

> Yo sí tengo miedo de morir, de morir y que se muera mi bebé. La verdad es que yo todavía, no sé, me da miedo que me pase algo, porque los accidentes pasan,

> de que se cae en la regadera y se mueren. Y me da miedo, por ejemplo, morirme, y que el bebé esté todo ese tiempo solo… que el bebé se muera y yo no sé cómo. O sea, yo sé que ese es muy frágil y le puede pasar cualquier cosa y por eso mismo tengo mucho miedo y no sé cómo afrontar esas ideas, porque son ideas que de repente, desayunando, estoy comiendo algo - ¿y si me da un paro ahorita? -, O ¿y si se me atraganta el bebé?, o ¿sí se le va una flema al pulmón y ya no los saca?, o sea, o son cosas que vienen así de la nada ¿no? … Y estoy todo el tiempo con esa ansiedad de que se, se me, me va a morir o me voy a morir. No sé cómo manejarlo… (Valeria)

> Por ejemplo, miedos a la alergia, más la situación de pareja, la situación económica, fueron tantas cosas que exploté. Miedo a que por tener depresión posparto haya puesto mis semillitas negras en mi bebé y eso le afecte. No puede haber una palabra felicidad porque son como muchas cosas que me van haciendo chiquita, chiquita, chiquita y no, no podía, y hay días que no puedo, entonces, no sé si es una ansiedad adquirida por ser mamá, más una ansiedad de una condición física de mi bebe, más una ansiedad de todos los demás problemas que pasaron, no sé… (Estela)

Para evitar que sus miedos se vuelvan realidad, han tomado diversas medidas, como no dormir, o levantarse cada cierto tiempo durante la noche para corroborar que los/las bebés sigan respirando, regañan a su esposo o cualquier persona que cargue mal al bebé o jueguen muy brusco con ellos/ellas, van constantemente al médico, piden a los familiares que se laven las manos o se pongan gel antibacterial antes de tocar al bebé, les piden que no besen a su bebé, ellas se lavan constantemente las manos, han hecho listas de los alimentos que no puede comer la bebé.

Todos sus miedos llevaban a un solo escenario, que su bebé podría morir. Pensar en la muerte de su bebé es intolerable para las mujeres, causa terror de solo imaginarlo. Por lo que hacían todo para no llegar a ese punto. Durante el proceso terapéutico evitaron el tema, y fue hasta la penúltima sesión cuando el primer grupo comentó, que era curioso que hablando del periodo posparto no se hubiese abordado el tema del bebé. Había solo una

sesión dedicada a ello, y en esa ocasión terminaron hablando sobre la relación con sus madres. Estela comentó: “Ya sabemos porque no quisimos hablar del bebé, es igual a miedo y ansiedad”.

Por todas estas medidas que han tomado, sus parejas u otros familiares las han tachado de exageradas, mamonas y payasas. Ellas no saben si todas sus preocupaciones son algo normal o no. No saben si aparecieron porque tienen que cuidar a un ser frágil e indefenso, o por alguna otra razón. Aunque no ven sus miedos ni sus maneras de prevenirlos como exageradas, o que se han vuelto sobreprotectoras, sí reconocen que es cansado estar pensando en que algo malo podría suceder.

Hijas e hijos mayores

Con la llegada de una/un bebé al hogar, la dinámica familiar se ha modificado, incluida la relación con las/los hijos mayores. El tiempo que les dedican es menor, ya no pueden llevarlos/las a la escuela, ayudarles con su tarea, ni jugar con ellos/ellas, lo cual es vivido con culpa por parte de las mujeres. El quitarle tiempo e interés a sus hijas/os era imperdonable, se sentían malas madres, por no haber anticipado esa situación y por haberse embarazado. El cuidado de su bebé no las exime de seguir siendo buenas madres con sus hijos/as mayores, aunque eso les implique mayores niveles de estrés.

> Yo tengo dos... la más grande está en primer grado de primaria y entonces también trato de no descuidarla, pero por lo mismo, me lo tomo todo corriendo y… Justamente… ayer la llevé a la escuela... Y a mí bebe resulta que no le gusta ir en la carriola... Entonces, desde que salimos de la casa… empieza a llorar… terminó haciendo un berrinche horrible en la calle, pero estaba muy frío (el ambiente), entonces yo no lo podía sacar… Estaba súper enojadísima… porque el chamaco iba chillando horrible, parecía que lo estaban matando... Entonces iba corriendo porque le dije a mi hija, -te voy a comprar lunch- porque ahora, con la llegada de mi bebé...

> pues la verdad es que me presionó demasiado y entonces opté por mejor comprarle comida para que se lleve a la escuela, entonces ahí estamos tratando de comprar comida y este chamaco llorando horrible… y la gente, todo mundo voltea y se me queda viendo con cara de - mugre señora que no atiende a su hijo -… y yo bien enojadísima porque dije - ¿porque me tienen que mirar así?, este niño no se calma - … Entonces llegué a mi casa, bien enojada con el niño… así súper enojada... Y... Llegando, este, ya cuando abrí la puerta, ya se había quedado dormido… Entonces lo llevé… a su camita, y todo, y me vine a sentar aquí en la mesa y me puse a llorar... Porque dije - ni atiendo bien a la otra, la otra también bien estresada porque llevo a su hermano - (se le quiebra la voz y empieza a llorar)… (Emma)

El cambio en la dinámica familiar ha sido resentido por los hijos/as mayores, quienes se sienten solos/as y han tenido diversos cambios conductuales, como volverse más traviesos, o rebeldes. Al mismo tiempo se han vuelto objeto de agresiones por parte de las participantes. Hay gritos, regaños y uno que otro manotazo en la nueva dinámica madre-hijo/a.

> La verdad es que el miércoles mi límite llegó, porque estábamos comiendo… me costó mucho trabajo hacer la comida. Mi hija se levanta y se mete a la cocina y la bebé estaba llorando. Me levanto por ella, la cargo, y en lo que vuelvo pruebo otra vez la comida, estaba súper salada y dije – ora - y le digo, - oye hija, ¿le pusiste algo a mi plato? -, -no mamá-. Luego - dime la verdad -, - no - ah bueno, le doy otra probada, la comida súper salada, dije - yo no como tanta sal, o sea, no estoy loca -. Luego - que mala onda, o sea, que me salaste mi comida -, la verdad sí le dije de groserías, - te estás pasando de pendeja… chinga, tú ves el esfuerzo que a mí me cuesta hacer la comida… y me quiero sentar por lo menos un día a comer comida de casa, luego tú con una mano en la cintura, vienes y me las salas -… La verdad si me enojé muchísimo con mi hija… (Martha)

> No me gusta (arrear a su hijo mayor en las mañanas para que se levante), no, no me parece, y entonces a veces le digo, ya ni la friegas, nada más te la pasas haciéndote tonto todo el día… Y se enoja y me dice mamá, pero es que yo hago mis cosas, ¿cuáles cosas? tú no lavas, tú no planchas, no haces de comer, tú no recoges trastes, tu nada más vas a la escuela… o sea tú aquí no te ocupas de nada y me tengo

> que ocupar de tu hermano… Y luego digo que mala onda, él no tiene la culpa porque hasta hace 3 años nada más éramos él y yo contra el mundo… Toda mi atención era para él, todo mi dinero era para él, toda mi estabilidad era él y ahora no… Ahora somos 4 más 1 y estamos en una casa que realmente no nos… gusta… no estamos al 100%... y todo ha cambiado. Y, entonces yo me siento culpable porque él es una adolescente donde no se encuentra a sí mismo y yo no lo puedo ayudar porque ni siquiera sé yo quién soy… (Mónica)

Las mujeres reconocen que no les agrada para nada como se ha tornado la relación con sus hijas/os mayores. Claro que quisieran tener el tiempo para mantener la rutina con ellos/ellas, sin embargo, el cuidar a su bebé no se lo permite, porque lo que cada vez tienen menos, es tiempo y ánimo. Esto favorece en ellas el malestar y la culpa.

Tratar de equilibrar el cuidado de su bebé y la relación con su hija/o mayor era más difícil cuando no tenían apoyo con las labores del hogar. Ellas aparte de estar con sus hijas/os, debían preparar la comida, lavar, barrer, trapear, planchar. Lidiar con todo eso, las había puesto muy irritables. Externaron ese cansancio e irritabilidad, con la persona más cercana a ellas, en este caso, sus hijos/as mayores.

Pareja y/o exparejas

La pareja fue identificada como uno de los principales factores de malestar emocional. Los problemas con las parejas iniciaron en diversos momentos del periodo perinatal. Sin embargo, en todos los casos se debía a que las mujeres no percibían ningún tipo de apoyo de sus parejas, ni económico, ni emocional. La falta de apoyo de sus parejas provocó en las participantes, molestia, sensación de soledad, pero, sobre todo, decepción. Incluso las parejas se han llegado a convertir en una carga más describiéndolos como faltos de sentido común y empatía, primitivos, tontos y más adjetivos.

Las parejas no se involucran en el cuidado del bebé. No han aprendido a calmar a sus hijos/as cuando están llorando, ni a identificar sus necesidades, es decir, no saben si los/las niñas están llorando porque tiene hambre, sueño, cólicos, o si ya se hicieron del baño. Cuando el/la bebé llora se los devuelven a las participantes, argumentando que quieren estar con ellas, o que quieren pecho. No importa si dan lactancia mixta a su bebé, tampoco en esos casos se involucran. Todo esto ha generado resentimiento en las mujeres.

> Entonces se quedaba dormido en una esquina y yo decía - qué bonito me ayudas -. Y si esa parte del resentimiento, de decir, no doy pecho, doy fórmula y aun así da lo mismo… (Estela)

El desentendimiento de las parejas también es con las labores del hogar. No lavan trastes ni ropa, no trapean, no preparan la comida, no se involucran en nada del aseo. Las parejas dicen no involucrarse debido al cansancio que les ocasiona ir a trabajar. Asumen que como las mujeres están en el hogar todo el día, a ellas les da tiempo suficiente de estar con el/la bebé, limpiar la casa y preparar la comida. En los casos en que las mujeres trabajan, ellas tienen que llegar a limpiar, cocinar y pasar tiempo de calidad con sus bebés.

> Exploté el fin de semana… con mi esposo, porque ¡ah!, porque fue mi cumpleaños y este…cuándo despierto y…y yo no pedía, o sea, yo realmente nunca lo he celebrado, pero pues esperaba por lo menos el… el que lavara los platos, ¿no? …. ya ni una flor, nada, ¿no? ¡que lavara los platos! Y yo muy enojada le digo… Ah, porque es que mi bebé lo estamos llevando a clases de estimulación temprana, y este y lo estoy preparando para irnos temprano y bajo y me dice ¿qué vamos a desayunar? … Digo, pues ahí sírvete lo que puedas, porque… ya nos vamos, ¿no? Y este y me dijo, ¡no!, pero es que tú te tienes que parar temprano… Ah, y ya le grité, la verdad, explote, le dije muchas groserías, la verdad sí le dije, pues te pasas de pendejo, ni… ni porque ni porque es mi cumpleaños, te pones en consideración, ni me ayudas a la casa, nada más estás esperando que te diga qué hacer, digo no eres un niño, eres un adulto y debes ser un adulto funcional y no me estás ayudando en

> nada, ¿dar dinero? … dar dinero cualquiera, hasta yo estoy trabajando y doy dinero dije, pero la cosa es que estés aquí, que me ayudes, una cosa es la carga mental que ya tengo aquí en la cabeza, que si el trabajo, que si la escuela, que si la comida, que la limpieza, que si el marido, que si un ya estoy gorda o cosas así, ¿no? … (Valeria)

Dentro de los roles de género, se cree que la función de los hombres solo es proveer económicamente el hogar. El problema fue que, en varios casos, además de no involucrarse ni en el cuidado del bebé, ni en las labores del hogar, tampoco aportan el dinero suficiente para solventar todos los gastos, ni para cubrir eventualidades como que alguno de los hijos/hijas se enfermen y lo tengan que llevar al pediatra. La concepción que se tiene de la maternidad y la paternidad son completamente diferentes, si una mujer asume su maternidad, está siendo responsable, está cumpliendo con su labor. Mientras que, si un hombre asume su paternidad de una manera responsable, es aplaudido por todos.

> A los hombres no les juzgan, nos juzgan a las mujeres, a las mamás, porque… mi esposo me ayuda mucho y dicen, -ay, es que tienes un esposo maravilloso, … agradece que te tocó un buen esposo y que te ayuda-, porque por ejemplo mi esposo llega y me ayuda a lavar los trastes, que llega y ve las niñas, pero pues él está ejerciendo su paternidad responsable… Aunque llegue cansado de trabajar, llega a jugar con ellas, a darles de cenar, ayudarme a bañarlas… Y dicen, -ay es que tienes un esposo maravilloso-, y yo -… ¿Por qué? si nada más está haciendo lo que le toca ¿no? Y muy dentro de mí, pienso ¿y yo porque no soy maravillosa?, si yo me quedo con mis hijas todo el tiempo, ¿no? Ayer yo veía a mi esposo dormir y de verdad lo estaba mirando con un odio, con un odio que no tienes ni idea, pero mientras lo veía dormir yo en chinga y cosiendo la almohada (trabajo de la escuela para su hija mayor) y estaba esperando a que la bebé no se despertará y que la otra bebé no se despertara… pero de verdad me dio muchísimo coraje, muchísimo coraje, porque decía, o sea, ¿porque tú sí puedes dormir, y yo no?, ¿porque tú no te pones a hacer la almohada, por qué no te pones a hacer algo?... (Nohemí)

Algunas de las participantes tuvieron a sus primeras hijas/os con otra pareja. Mantienen contacto con sus exparejas, para que sus hijos puedan seguir en contacto con ellos. Esta relación también se ha convertido en una fuente de problemas, por ejemplo, por los enfrentamientos indirectos entre la expareja y la actual pareja sobre la autoridad/educación de los hijos/as. Las mujeres se encuentran en una situación difícil, teniendo que decidir entre dejar que sus hijos/as continúen viendo a sus padres, o darle un lugar a su actual pareja, y padre de sus segundos hijos/as.

> A mi hijo le hablé de la situación con su papá desde el principio. Que fuera consciente que su padre por él no da ni peso. La que le atora soy yo. Entonces, pues sí fue duro al principio porque él se pone triste porque él quería verlo, pero pues su papá no demostraba interés y pues yo ahí no podía hacer nada porque pues estás de acuerdo que, a la fuerza, pues no, imposible… (Ana)

También hay un desentendimiento económico y afectivo de sus exparejas para con sus hijos e hijas. Como el caso de Martha, quien puso una demanda por pensión alimenticia, que actualmente es de 500 pesos. Pero si hay gastos extras quien tiene que conseguir el dinero es ella, ya que su expareja le dice que con lo que le da es suficiente, que ella buscó eso al ponerle la demanda, y que si quiere más dinero será hasta que le quite la pensión alimenticia.

> Yo le metí una demanda por pensión alimenticia. Y justo cuando le pido para cosas extras de eventos o justo ahorita ¿no? el doctor, medicinas, o que ya no tiene zapatos y cosas así, siempre su respuesta es de - pues con lo de la pensión puede alcanzar ¿no?, para eso me metiste la pensión - …o - es lo que tú decidiste y pues ahora te aguantas -. Entonces con él han sido muchas, muchas peleas, discusiones y de tiro por viaje… Imagínate, se enferma, es doctor, la consulta pues cuesta 50 pesos, de medicamentos son 200, o sea, se me fue la mitad... (Martha)

4.2.2 Mesosistema y exosistema

En este subapartado se incluyen aquellas relaciones en que la persona puede tener una participación activa (mesosistema) o no (exosistema). Es el desenvolvimiento de la persona en diversos entornos, más allá de lo inmediato, como lo es el microsistema. Aquí se incluyen los las relaciones con los familiares consanguíneos y no consanguíneos, por ejemplo, la casa de la madre o la suegra no eran donde vivían regularmente las mujeres y sus parejas, sin embargo, al requerir cuidados por la cirugía de parto, se han movido temporalmente a casas de esas familiares, ampliando las relaciones con suegros, cuñadas/os, sobrinas/os, etc. Y en los casos en que no se fueron a vivir a casa de su madre o suegra, las mujeres se veían afectadas por lo que sucedía en esos sistemas, esto se veía cuando las suegras, a la distancia, hacían comentarios sobre cómo debían vivir la maternidad las participantes.

Familiares consanguíneos

De la relación con familiares consanguíneos que estaban afectando emocionalmente a las mujeres se encuentran la que tiene con el padre y con la madre principalmente. La relación con el padre fue abordada en menos ocasiones que la relación con la madre, a la cual le dedicaron varias sesiones. Los padres de las participantes fueron recordados por su ausencia, como débiles emocionalmente, agresivos, poco afectivos y con nulo involucramiento en la crianza.

A pesar de ser las madres de las participantes las principales figuras de apoyo durante el periodo perinatal, son también ellas quienes les generan demasiado estrés. El apoyo brindado se percibe de mala gana, con reproches y exigencia. Haciendo que las mujeres se sientan incomprendidas, inútiles y/o como una carga para los demás.

El tema con la figura materna resultó ser uno de los factores que estaban provocando malestar, pero de manera más inconsciente, ya que este factor se descubrió durante el proceso psicoterapéutico. Recordaron conflictos emocionales del pasado, mismos que de alguna manera estaban incidiendo en su malestar actual, la manera de maternar, de relacionarse con la pareja, y demás. El tema fue favorecido debido a que en el periodo actual las mujeres se encontraban jugando los roles de madre e hija al mismo tiempo, así como la cercanía con las madres de las participantes, y el recuerdo de su historia personal.

La octava sesión de ambos grupos fue nombrada de manera similar: no soy mi madre y no quiero ser mi madre. Concluyeron temer parecerse a sus madres en la manera de maternar, lo cual generaba miedo y coraje, porque sus hijos/as sentirían lo que ellas vivieron en su infancia. No quieren que sus hijas/os sientan por ellas resentimiento, coraje, decepción, abandono, distanciamiento emocional, mismos que ellas tuvieron y tienen para con sus madres.

> Cuando supe que estaba embarazada… Aquí está mi niña y todo, ¿no?, no lo tomes a mal hija, pero... Pero la verdad es que yo no quería tanto una nena porque me daba miedo, o más bien yo sabía que iba a tener que trabajar todo, o sea, desde mi relación actual con mi mamá, hasta personalmente regresar a mi infancia y… y como toda esa relación que tuve con mi mamá y, trabajar la relación nueva que construyera con mi hija, entonces yo decía: -ay mejor un niño, porque un niño pues ya, o sea, va a ser diferente- … Y entonces, cuando supe que era niña, sentí que me cayó un balde de agua fría… O sea, sí me he dispuesto a hacer las cosas, diferente de cómo me las han hecho a mi o de cómo siento que las hizo mi mamá… porque el día… que me necesite de cualquier forma yo quiero estar ahí, yo quiero poder hacer las cosas… (Melissa)

> Y ahora entiendo también, comprendo muchas cosas, ¿no? Porque quizás ahora empecé siendo muy aprensiva con mi maternidad y queriendo no repetir muchas cosas, y el miedo a equivocarme y a lo mejor caer en los errores que tuvo

> mi mamá, ¿no? Entonces este pues, tal vez por eso, por esa parte empecé viviendo mi maternidad así siendo muy aprensiva, con miedos, inseguridades, porque no quería caer a lo mismo… (Grecia)

> Justo eso yo pensaba, y por ejemplo muchos de mis comportamientos o de cómo soy, pues tiene que ver mucho en la forma en que fui criada y en mi historia desde niña, a lo mejor, no quiere repetir algo que se vivió dentro de mi familia. En mi caso pues mi mamá me dejó muy chiquita con mi tía y mi mamá tuvo que ir a trabajar… Porque pues por no cometer un error que a lo mejor cometió mi mamá yo me estaba como no permitiendo hacer, irme a trabajar o salir, entonces yo siento que en lo personal mi comportamiento, mi actitud pues es por mi propia historia de vida… (Grecia)

Familiares no consanguíneos

Aunque familiares no consanguíneos como los cuñados/as y los suegros se encuentran involucrados en el malestar emocional de las madres, fueron mencionados en mucho menos ocasiones, en comparación con las suegras. En la mayoría de los casos, las suegras son las segundas figuras en la familia que auxilian a las mujeres, en la cuarentena, solo después de las madres. Sin embargo, en determinado momento, se convierten también en una de las principales agentes generadoras de malestar emocional, después de la pareja. Son percibidas como agresivas y persecutorias.

> Es una lucha constante de poder, de amor, autoridad, de economía…. Todo, todo, todo... A eso le sumamos que el post parto, el embarazo, el matrimonio, nuestros hijos, nuestros hijos que son nuestros esposos…. O sea, no… Ya mejor llévame diosito… (Mónica)

El primer y principal medio que utilizan las suegras para incomodar a las mujeres, es haciéndolas sentir malas madres. Esto lo logran cuestionando su manera de maternar. Les dan consejos que las madres en ningún momento solicitaron, sobre cómo cuidar a sus

bebés, cómo vestirlos, alimentarlos, cargarlos, bañarlos, y más. También si hay hijos/as mayores, ellas cuestionan su alimentación y educación.

> Mi suegra… me dice, - ¿Moni vas a bañar al bebé? Y le dije, si Rosa, ah porque le digo Rosa, porque no le gusta que le digan suegra… y haz de cuenta que tengo el agua, lo voy a bañar y todo y está así (hace un gesto imitando a su suegra con las manos cruzadas y luego en la cintura). Le digo a mi esposo, siento que me está… contando el tiempo, viendo mis movimientos… no me dijo nada, pero… siento que me está vigilando ¿y por qué le echas tan poquita agua? y ya voltéalo y yo así con mi cara de - si Rosa… contrólate -. Ella … lo cambio y, por ejemplo, mi esposo le puso una pulserita roja, para las energías y malas vibras. Mi suegra -no le pongas eso, eso no es de Dios - y yo así - se la compró su papá Rosa -, - pues se lo voy a poner, pero eso a Dios no le gusta -. Yo entre mí digo, - tampoco le gustan los metiches -… (Mónica)

Las constantes críticas son reafirmadas con sutiles cuestionamientos o miradas. Las mujeres se sienten malagradecidas si no reciben con agrado esos consejos. Sentían que no debían responder mal a su suegra, sobre todo después de que las ayudaron. Además, si no les hacían caso, se podían molestar y ese sería un gran problema no solo para ellas, sino también con la pareja y el resto de la familia. Esto llevaba a las mujeres a elevar su nivel de estrés, para evitar la crítica, se esmeran en hacer bien todo lo relacionado con el/la bebé. Como hacer que no se inquieten, no lloren, no se enfermen, ya que, si eso pasa, será utilizado en favor de las suegras reafirmando que tienen la razón.

> En mi caso sí… pues mucha de mi depresión, creo yo, y de mis cosas y todo lo que tuve fue por ella, porque… Ella era mi problema. Y luego yo soy una desgraciada, mala, malagradecida, ¿no? O sea, tanto que me ha apoyado y yo tan mensa que me pongo… (Mónica)

El segundo medio que utilizan para hacer sentir mal a las mujeres es, criticando su desempeño como mujeres. Es decir, evidenciando que las participantes no pueden tener su casa limpia, ni atender bien a su marido. Además de comentarios como que, si las mujeres de antes podían con diez hijos, que ellas debían poder con uno o dos. Que antes las mujeres hacían frente a la maternidad sin quejarse, y aguantaban al marido. Haciendo que las mujeres se vean obligadas a tener siempre limpia la casa, arreglarse para que no creyeran que la maternidad las estaba consumiendo.

Las agresiones que realizaba la suegra, continuaban gracias a una alianza no dicha entre suegras y las parejas de las participantes. Ellos le decían a la suegra lo que platicaba la pareja. Sus parejas veían a sus madres como las cuidadoras y consejeras de las participantes. Lo que imposibilitaba a las mujeres poder defenderse. Dejándoles como única opción quedarse calladas.

> Y mi suegra siempre está así de – lo haces gastar mucho y que se vaya a dormir a otro cuarto para que lo dejen descansar. Y no pobrecito, no le tienes caliente la comida, cuando llegue ya debe de estar servido el plato ahí -, ay no invente, cállese señora… (Mónica)

> Yo estaba cansada… Y con esta situación de que mi hija lloraba todo el día pues yo me desesperaba mucho. Entonces le decía a mi esposo, - pues ayúdame a cambiar, aunque sea los pañales -… Me decía, - es que no sé -, - te enseño -. Bueno, le enseñe. Y luego mi suegra me dijo - ay, ¿por qué pusiste a mi hijo a cambiar pañales, que no ves que él no sabe? - Y yo así de, - pues por eso le enseñe -. - No, él no sabe y no puede. Porque tienes sus dedos muy grandes y le da miedo lastimar a la niña -. Y yo así de – ay, mi peor enemiga el día de hoy es mi suegra -. Lamentablemente, otra mujer que ha sido madre de tres hijos. ¿Cómo puede ser posible?... (Estela)

Cuando las mujeres viven en casa de sus suegras la situación se complica aún más. Ya que, al ser su casa, quien manda es la dueña de esta, es decir, la suegra. En estos casos, la única opción de las mujeres fue quedarse calladas, sin responder y doblegándose a la autoridad de las suegras. Porque son defendidas por sus mismas parejas, y porque están en una casa ajena, de invitadas.

> Y, no puede haber dos reinas, eso sí, lo puedo decir, no puede haber dos reinas… (Mónica)

Empleo

Las mujeres que se encontraban empleadas al momento de quedar embarazadas describen su trabajo como estresante y desgastante emocionalmente. En algunos casos las trataban como si no estuvieran embarazadas, les seguían pidiendo el mismo nivel de productividad que a los demás compañeros de trabajo, y/o ejercían demasiada presión psicológica sobre ellas.

En el caso de Melissa tuvo miedo de anunciar su embarazo, ya que su la persona encargada la regañaría. La obligaron ir a trabajar en los días festivos o puentes diciéndole que tenía que reponer las vacaciones (incapacidad laboral por maternidad) que se iba a tomar en algunos meses, debía compensar los días. Temía pedir incapacidad médica por alguna infección en vías urinarias o amenaza de aborto. Todo lo mencionado le impidió disfrutar su embarazo, recordándolo como una etapa muy breve, donde olvidaba que estaba embarazada durante la jornada laboral, y sólo lo recordaba porque la bebé se movía un poco por las tardes.

> Desde que despertaba, yo no me acordaba que estaba embarazada hasta que salía de trabajar… Había días que, no tenía tiempo ni de desayunar, y entonces me sentía culpable, y decía, ay, si pasa algo, soy yo, y es por mi culpa, porque no comí bien, y porque no puedo comer bien, y no me puedo preparar de almorzar, y entonces sí fue… estresante, y el estarme culpando todo el tiempo… (Melissa)

> Hasta decía yo, Robertito va a nacer loquito de tanto estrés (docente de secundaria), de que me dormía súper tarde planeando, una carga administrativa horrible… o igual no me daba tiempo de preparar algo en forma, de desayunar, y pues si me hace sentir culpable, de que - ay pobrecita mi criatura, eso porque está adentro, si no, ya me la hubiera quitado el DIF -… (Lourdes)

4.2.3 Macrosistema

El macrosistema hace alusión a aquello que se encuentra en la sociedad, y que aparentemente no tiene relación directa con la persona, pero en realidad, si marcan muchas de las pautas de comportamiento. Con esta afectación presente, no tan visible, y quizás indirecta, nos referimos a todo aquello que se mueve en la cultura, el conjunto de creencias e ideologías. Aquí se incluyen las ideas sociales que se tienen sobre la familia tradicional, roles sobre lo que implica ser hombre o ser mujer, la creencia de que las mujeres pueden ser calificadas como *buenas* o *malas* madres.

Roles de género tradicionales

Las mujeres comentaron que toda su vida, han estado inmersas en un ambiente machista, donde siempre está el hombre antes que la mujer. La educación para ambos es diferente. El discurso para ellas, desde que son niñas, es que, deben quedarse en casa, preparando la comida y cuidando a su bebé, mientras los hombres salen a trabajar. Los juguetes que les regalaban, eran para perpetuar ese discurso. A ellas les daban muñecas y *trastecitos*, mientras que a ellos les daban carros, herramientas, cualquier otro juguete, pero

jamás un muñeco. Actualmente siguen creyendo lo mismo, que la crianza y el cuidado de los/as hijas depende únicamente de las mujeres. Y que a los hombres solo les corresponde lo económico.

> Pero es que seguimos en el machismo, ¿no?... no se acaba. A pesar de que estamos en el siglo XXI, el machismo sigue muy arraigado… con los mismos papás. Yo lo veo con mi papá… llega a un punto de machismo, donde, pues tú quédate en la casa y atiende a tus hijas y pues haz la comida, ¿no? Y no, no trabajes. Y lo veo porque desde hace 8 años que tuve a mi primera hija, pues fue eso, fue como un acuerdo, ¿no? Quédate en casa y yo te apoyo en lo que necesites. Desafortunadamente, hasta la fecha sigo sin trabajar… (Martha)

Los hombres no se involucran, no importa la edad que tengan, porque ni padres, tíos, hermanos, suegros o abuelos lo hacen, ellos no saben cambiar un pañal ni dar biberón. Las educan para poder con todo: con los hijos, la casa, el marido; todo recae sobre ellas. Quienes tienen que realizar las modificaciones en su vida, son ellas.

En busca del modelo familiar tradicional

Dentro de los mandatos de género se encontró la aspiración de tener una *familia completa*, conformada por madre, padre e hijos/as. Las mujeres hacían todo por cumplir con ese ideal de familia. Si por alguna razón la familia se desintegra, a quienes culpan son a las mujeres. Por eso cuando querían terminar la relación con sus parejas o exparejas, las detenía la idea de no *destruir* la familia, ni dejar a sus hijos sin padre.

> Dicen que elegiste mal al papá de tus hijos. No, yo no lo elegí mal, él decidió ser un mal padre… Pero nosotras somos las culpables, porque yo lo escogí, porque

> yo no me di el tiempo de conocerlo, porque yo no le puse las pautas, porque yo, yo, yo… (Emma)

Una mujer soltera es mal vista porque no sigue el modelo familiar tradicional. Se tiene la idea errónea que para que la familia esté *completa* hace falta un hombre, si no, todo será más complicado. Las mismas personas alrededor, como las madres, los padres, las suegras refuerzan dicho ideal. Hacen sentir culpables a las mujeres por no *aguantar* lo suficiente.

> Ser mamá soltera es señalado. Ser mamá que ya rehízo su vida es todavía más señalado…Ya rehiciste tu vida y *si* por diferentes circunstancias te vas a separar de esa persona, porque simplemente no funciona, pues imagínate ¿no?, el peso que va a ser ahí, ya dos veces fracasada, dos veces. Y otra vez ya dejó a sus hijos y al rato se va a juntar otra vez … ¿no? Y como yo he escuchado expresiones de *vieja cochina* ¡no manches! Pero eso sí, para ellos no tienen nada, nadie lo señala, nadie. O sea, él sí pudo haber sido infiel mientras estaba casado contigo, mientras estabas embarazada, lo que sea, pero nadie dice nada ahí, nadie respinga… (Emma)

> Si ellas tienen otras parejas las juzgan, a los hombres no, pero un hombre puede tener parejas y parejas y parejas y a él nunca le dicen nada, nada, nada, nada. O sea que padre, qué padre ser hombre ¿no? porque siendo hombre no te dicen nada, llevas la menor carga, puedes hacer lo que tú quieras… (Nohemí)

Buenas y malas madres

La carga social para las mujeres aumenta cuando se vuelven madres. Serán doblemente juzgadas si no cumplen satisfactoriamente sus deberes de mujer y madre. Se espera de ellas que sean *súper mujeres*, madres *todoterreno*, que no se cansen y todo lo hagan sonriendo. Y solo hay dos categorías para evaluarlas, o son *buenas* o son *malas madres*. En el grupo la mayoría de las participantes externaron que, en repetidas ocasiones,

las habían hecho sentir *malas madres*. Término que aparecía una y otra vez durante el proceso. Todo lo que hacían o no hacían estaba encaminado a no ser *malas madres*.

> Se quiere manejar que seamos como súper-mujeres, o sea, quieren que estés, o sea que estés al cien para tu esposo, para tu hijo, para el trabajo, que estés guapa, que estés con buen cuerpo, que esté cuidada, o sea es un montón de carga que se te viene. Y se viene, o sea se acerva más cuando eres mamá, o sea, de por sí ya está la presión sobre ti mujer para que seas todo, cuando eres mamá la presión se vuelve al cien, o sea que trabajes y si no trabajas, que en la casa y porque en la casa. Y pobre de tu esposo y pobre de tu suegra y pobre de todo el mundo menos de ti… también imagínense tener paciencia para el bebé y el esposo a veces cuenta como dos bebés y luego súmale mamá del esposo, tu mamá, la mamá de todo el mundo, o sea de verdad es que te cansas, te terminas cansando de todo el mundo… o sea, siempre hay una crítica… (Fabiola)

Las mujeres que ya no regresaron a laborar después del parto, que fueron la mayoría, solo dos de las participantes regresaron a trabajar. fue por complicaciones relacionadas con la salud de sus bebés, o porque querían pasar más tiempo con sus hijos/as. Aunque dos de las participantes regresaron a laborar, la mayoría compartía la preocupación de que las fueran a juzgar como *malas madres*, por darles prioridad a otro aspecto de su vida que no fueran su bebé. Por dejar a sus hijas/os en guarderías o con algún familiar.

4.3 El proceso psicoterapéutico grupal

Una vez que se identificaron los factores que inciden en la aparición de la sintomatología ansiosa-depresiva, a continuación se presenta cómo fue llevado el proceso psicoterapéutico grupal. Se ha dividido en tres etapas, la primera, correspondiente al inicio y conformación del grupo; seguido del proceso analítico, y culminando este último apartado de resultados con los puntajes que arrojaron las pruebas pre-post intervención y el cierre del proceso psicoterapéutico. Si se tuviesen que distribuir las doce sesiones, las primeras dos corresponden a la conformación del grupo. El trabajo analítico llevó la mayoría de las sesiones, aproximadamente ocho sesiones. Al cierre del proyecto se le dedicaron las últimas dos sesiones.

Conformación del grupo psicoterapéutico

Con la presentación de las participantes también se identificó un interés particular. Además de conocer sus motivos de consulta, buscaban con asombro y curiosidad a alguna otra mujer a quien también le estuviera resultando complicada la experiencia de maternar. Al identificar a otras mujeres *como ellas*, con historias de vida diferentes, pero como miedos y preocupaciones similares, la ansiedad y el miedo que implica el inicio de un grupo fue disminuyendo. Permitiendo así una interacción más fluida, conformando así el grupo psicoterapéutico, con los fenómenos que eso implicaba. Por ejemplo, la identificación con mujeres con problemáticas muy semejantes. La *locura* y la soledad dejaban lo singular para dar paso al plural.

> Pues yo, la verdad, me sentí un poquito más tranquila porque, pues no, no estoy sola, no estoy loca. No soy la única a la que todo le molesta, todo me cae gordo, todos me caen mal, y yo pensé dije, soy yo la que está mal, ¿no? … Me siento más identificada, más escuchada, menos criticada y más aceptada. Porque no

> estamos idealizando la maternidad como todo el mundo, estamos diciendo las cosas como son, como las sentimos, y siento que eso no nos hace menos madres… (Valeria)

> Necesitamos sentirnos identificadas, para saber que no somos las únicas a las que está cargando el payaso, a la que le está yendo mal… (Ana)

Al sentir que alguien más entiende su situación, porque está viviendo una experiencia de lo perinatal de manera similar, pudieron expresar con mayor confianza y libertad sus preocupaciones, por ejemplo, lo difícil que les resultaba ser madres, cuestionar los ideales de mujer y madre. Se escucharon las expresiones: *me identifico, te entiendo, me siento identificada,* de manera constante. No se sentían juzgadas como se sentían fuera del grupo, con la pareja, la madre o a suegra. Asentían y sonreían cuando las otras participantes relataban algo. Las experiencias les resultaban muy conocidas, como si ellas mismas las estuvieran contando.

> Es que yo la escucho, la veo y de verdad que sus lágrimas son mis lágrimas, porque quién de nosotras… se duerme con la luz prendida para ver si tu hijo sigue respirando... Y uno tiene un mandato súper increíble, que tienes que estar pendiente cada segundo de estarlo cambiando para que no se roce, tenemos que chingarnos la espalda, la cintura, el cuello, los brazos, dejar de comer… A veces nuestras mentes y cuerpos colapsan, de verdad… Yo llevo 3 meses en vivo… (Mónica)

Con la sensación de confianza y saberse acompañadas surgió la esperanza de que juntas, podían ayudarse y mejorar su situación desde el dispositivo grupal. El sentirse escuchadas fue un tema tan sencillo pero novedoso, ya que muchas veces en ninguno de sus contextos ni con las personas más cercanas se permiten hablar.

Lo que favoreció que el grupo se integrara fue la aparición de los factores terapéuticos. Primero, la universalidad, es decir, el darse cuenta de que su problema

también lo tenían otras mujeres. Aprendizaje, cuando creyeron que el grupo sería una especie de taller, donde se les darían clases. Al final si aprendieron, pero no como ellas lo imaginaban. El altruismo se vio cuando querían ayudarse unas a otras. Se solidarizaron con la problemática de otras mujeres. Lo que hizo que llegaran a la sesión número doce fue la esperanza, confiaban en que su situación podría mejorar.

Junto con estos factores psicoterapéuticos apareció la cohesión grupal. Convirtieron una sala de Zoom en *su espacio*, donde podían llegar cada semana a contar cómo les había ido, qué habían pensado desde la última sesión, hacer preguntas. Pero también donde recibieron la motivación para la toma de decisiones. Así dio inicio *el club de las malas madres*, que fue como se autonombró el segundo grupo en la primera sesión, como una respuesta sarcástica a su entorno hostil.

El Grupo 1 pareció conformarse con mayor rapidez que el Grupo 2, quizás por la frecuencia de reunión al trabajar dos veces por semana. Las mujeres del primer grupo se veían casi tres horas a la semana. Mientras que el Grupo 2 se veían solo hora y media a la semana. Además del periodo vacacional que se atravesó con el segundo grupo.

Aunque había una planeación de temas para las sesiones, las participantes pusieron nuevos temas sobre la mesa, por lo que en determinado momento la indicación inicial se volvió una invitación a que hablaran de lo que ellas quisieran. Así hubo nuevos temas que no estaban contemplados, dedicando el tiempo y sesiones que ellas consideraban pertinentes a cada uno. Por ejemplo, solo se tuvo dedicada una sesión para conocer los motivos de consulta, sin embargo, ambos grupos tomaron dos sesiones para que todas las participantes se presentaran.

Mientras que el primer grupo utilizó cuatro sesiones para terminar de exponer sus motivos de consulta, hacer catarsis e integrar el grupo. Al segundo grupo le llevó más de

siete sesiones lograr lo mismo. El periodo vacacional afectó a las participantes ya que por dos semanas no tuvieron su espacio de escucha, además de exponerse a situaciones de pareja y familiares complicadas con motivo de las fiestas decembrinas.

El grupo 1 se caracterizó por tener mayor interacción, las mujeres participantes tomaron confianza de manera muy rápida, quizás esto se debió a la frecuencia con que se veían a la semana. Al ser el grupo donde las participantes eran más jóvenes y madres por primera ocasión, eso hizo que la universalidad de las problemáticas las uniera todavía más, aparte de las historias complejas de vida que cada una traía compartían el miedo de ser madres primerizas.

El grupo 2 se mostró más reservado en cómo se vulneraron frente al grupo, había mucha cautela en lo que decían, y su discurso se notaba un poco más cansado, ya que la mayoría eran madres por segunda ocasión, por lo que ellas sabían que ya no tenían los mismos miedos que con su primer/a hijo/a, ellas mismas dijeron ya saber responder ante esas eventualidades, sin embargo, cada que hablaban de los problemas que implicaba el maternar, lo tenían que hacer por ambos hijas e hijos.

La situación de la pareja también era distinta en ambos grupos, mientras que el primer grupo tenía un poco más de apoyo de sus parejas, el segundo grupo tenía que lidiar con sus parejas y sus exparejas, padres de sus primeras/os hijas/os. En cuanto a los silencios, estos eran más comunes con el segundo grupo.

Aunque todas las participantes prendían su cámara y micrófono como se les solicitó en el encuadre, las mujeres del grupo 2 eran mayormente interrumpidas, ya sea por sus hijas o hijos mayores, o algún otro familiar en la casa. El grupo 1 se podía enfocar un poco más en las sesiones, ya que por ejemplo, si su bebé lloraba podían pedirle a su madre que les ayudara a cuidarla en lo que terminaba la sesión, o podían encargar a su hija con su

padre o su abuela, se podían encerrar en un espacio a tomar la sesión. En el caso de las mujeres que tenían más de un hijo/a, y por la edad pequeña se asomaban por curiosidad a la pantalla. En dos ocasiones saludaron al grupo o querían cercanía con las participantes y el/la bebé. A las mujeres que tenían un/una bebé, del grupo 1, generalmente podían tomar la sesión con ellos/ellas en brazos. Al final de la sesiones se realizó la observación que los/ bebés permanecían casi toda la sesión dormidas/os. Si despertaban era cuestión de darles mamila o cambiarles el pañal en menos de 2 minutos y continuar con la videollamada. Algunas participantes acomodaban el dispositivo para la sesión, que generalmente era el celular, de tal manera que a un lado tenían al bebé en su cuna, la cama o un portabebé, del otro lado tenían juguetes, sonajas, y también cerca se encontraban algunos pañales y biberones con leche.

El trabajo analítico

El trabajo psicoterapéutico fue posible gracias a varios fenómenos grupales, por ejemplo, las transferencias, la cohesión, los roles, etc. En cuanto a roles, en el primer grupo Martha y Estela se posicionaron como las personas con mayor experiencia y a veces con un rol materno, al ser ambas mujeres de mayor edad en comparación con el resto del grupo, y al tener dos hijas en el caso de Martha. Grecia y Melissa se convirtieron en las hijas del grupo, por ser las más jóvenes de edad. Fabiola jugó un rol silente, y tuvo sentido su rol cuando expresó siempre tener dificultades para establecer relaciones interpersonales. Valeria y Bianca jugaron un rol más confrontativo, eran las *valientes* porque se enfrentaban a sus parejas, a sus suegras, y más.

En el segundo grupo, el papel de líder lo desempeñó Mónica, quien proponía los temas. Emma fue la portavoz del dolor y coraje, hacía que el grupo se moviera hacía lo emocional, en conjunto con Verónica. Sarahí era la inexperta, al ser de las más jóvenes de

edad y la única madre primeriza en el segundo grupo. Nohemí tuvo un rol silente, ya que faltó a varias sesiones. Cuando se conectaba, hacía mancuerna con Mónica, siendo ambas portadoras de la molestia. Transferencialmente recrearon la dinámica familiar en el primer grupo con mayor facilidad. Eran hijas, madres o hermanas.

> Veo a Martha y también o sea, no sé, me siento, me siento por momentos, o sea, de verdad se va a escuchar bien loco, pero por momentos la veo y digo ay, me siento tu hija y quiero decirte Martha abrázame… y, a la vez también quiero abrazarla porque veo a mi mamá y pienso, ay, qué difícil debió ser porque sé lo que fue y que las cosas que pasó y de verdad digo ay no, o sea, y quiero como que decirle tantas cosas, pero a la vez también proyectó cierto enojo que obviamente nunca le he proyectado mi mamá… (Melissa)

El portavoz fue cambiando en cada sesión, todas en algún momento propusieron temas al grupo. La transferencia que mayor se observó fue hacia el mismo grupo y hacia el exterior, más que la horizontal y la vertical. El cuerpo o desarrollo del proceso fue el apartado más prolongado, y al que se le dedicaron mayor número de sesiones. Se logró conocer cómo es vivida la maternidad para las participantes, y frente al ideal social de la maternidad ellas hablaron de la *maternidad real*, la cual es vivida como dolorosa, con críticas y culpas, renuncias-pérdidas.

El primer tema que expresaron fue la molestia. Reconocieron estar enojadas con sus parejas, suegras, exparejas, madres, y con ellas mismas. Dicha molestia y la falta de poder externarla, explicaba su irritabilidad los últimos meses. La razón de su molestia era saberse solas en la etapa perinatal, sobre todo, el que no las dejaran opinar ni decidir en ningún aspecto de su vida. Les molesta demeritan su agotamiento físico y mental. La principal razón es la constante crítica a la que se enfrentan, y el no reconocimiento de maternar. Esto ha llevado a que la maternidad sea una etapa que padezcan.

> Ellos dicen: se queda en casa, come, duerme y se echa la siesta con el bebé, pero ¿cuál? O sea, apenas y dormimos porque estamos al pendiente… Y ya tiene hambre otra vez, y ya tiene sueño, y ya está llorando… Empezamos a comer, y ya quiere que lo cargue… Mi esposo dice, te quedas en casa para cuidar al bebé, muy contentos todos, muy felices, pero no sabe la chinga que uno se lleva en casa… aparte tengo que lavar y cocinar. Y ¿Dónde quedamos nosotras? ¿Dónde queda lo que uno quiere hacer? Ellos pueden irse a trabajar, todos pueden irse a trabajar, para hacer lo que quieren hacer ¿y nosotras? Estancadas, y aparte criticadas… (Valeria)

La maternidad aparece como un ideal social: el *culmen* en la vida de las mujeres, lo que les permitirá *realizarse*, estar *completas* y ser *felices*. Lo que *completará* la familia. Sin embargo, en el grupo psicoterapéutico se puso sobre la mesa la idea contraria al ideal de maternidad, la maternidad real. Hablar de la maternidad real, es hablar de la experiencia que las participantes habían tenido los últimos meses. Del agotamiento, cambios en su cuerpo, días completos sin dormir, dolor en los pezones, estar todo el día en pijama, sucias de vómito, y más. La que realmente es difícil de vivir, y la que ha hecho que lleguen al grupo, es la maternidad real.

> Esperan además que siempre estés contenta, y que, la vida es hermosa, y como esta telenovela del dos, y, o sea, es como mucha presión y no te puedes sentir cansada, y no te puedes ver cansada tampoco. Hace rato fui a pintarme el pelo, y me dice el chavo, te ves como mamá (*provoca las risas del grupo*) y yo, si, o sea, que bonita manera de decirme, te ves cansada… (Estela)

En los estándares de madre ideal no se incluye la tristeza, ni cualquier otra emoción que no sea la felicidad. Deben ser *madres perfectas*, y no cometer errores, ni pedir ayuda. Deben estar felices, y el motivo de esa alegría debe ser su bebé, la *bendición* de Dios. No estar feliz por esa *bendición*, las hacía sentir como unas mujeres *malagradecidas.* Por todo

lo que se socialmente se espera de las mujeres cuando se convierten en madres, ellas desarrollan determinada autoexigencia.

> Es como una vez le dije a mi esposo, puede que yo tenga depresión, no lo sé - ay Mónica, por favor, o sea, ¿depresión? - … ay Mónica, ¿por qué vas a tener depresión? O sea, esto es para gente mal agradecida, porque a ti te mandaron una bendición… perdimos uno (*aborto espontáneo*) y ahora está aquí el otro y mira, tenemos que seguir adelante… Ay eso no, eso no es cierto, eso es mentira, eso es lo que se crean ahora las feministas para ser huevonas... Digo, esto no me lo dijo mi marido, pero sí, sí lo he escuchado de personas cercanas… (Mónica)

Se dice que el pilar del hogar son las mujeres. Quizás porque son las que *cargan* con todo y con todos en la casa. El segundo grupo tituló una sesión, *el pilar culpable*. Porque todo llevaba a la culpa, aparecía en todos los temas del proceso. Si algo salía mal en casa, se les culpaba a ellas. Si su bebé se enfermaba, ellas eran las culpables. Si no daban pecho, ellas eran las culpables. Si no generaban el vínculo con su bebé, ellas eran las culpables. Si descuidaban a los hijos/as mayores, ellas eran las culpables. Si la relación de pareja no funcionaba, ellas eran las culpables. Si la suegra se molestaba, ellas eran las culpables. Si no eran las *madres perfectas*, ellas eran las culpables.

> Yo siento que a todas nos venden la maternidad de que tiene que ser así… nos meten tanto en la cabeza del tiene que ser perfecto, que, si nosotros vemos que no cuadramos con esos estándares o con esas ideas, pues yo, bueno, yo en lo particular me frustraba y decía algo estoy haciendo mal…Y estaba yo muy molesta conmigo, con mi esposo, con la vida, decía yo, es que no me sale, no me sale como a las de los vídeos, que se levantan temprano, se bañan, se arreglan, se pintan, se ponen a hacer la casa, cuidan al bebé, ya tienes la comida hecha y se la pasan todo el día, súper alegres. Y yo me veía en el espejo y sin bañar, greñuda, sin depilar y sin comer, la casa sucia y decía, pues no sirvo…no sirvo para para esto… (Melissa)

La maternidad se ha convertido en sinónimo de cansancio extremo. Desempeñar todas las labores de cuidado es sumamente agotador. Además de cuidar a su bebé, debían de cuidar a sus hijos/as mayores, es decir, seguir preguntándoles por la tarea, llevarlos a la escuela, levantarse temprano para darles de desayunar antes de salir de casa. Mantener la casa limpia, lavar los trastes y la ropa, tender las camas, lavar pañales.

> Solo quiero descansar, solo cinco minutos y ya. Ya no aguanto los brazos… Estoy que ya no puedo. Un cansancio acumulado increíble… (Emma)
> Empezó a llorar (*el bebé*) y así de no por favor y me puse a llorar por qué dije… Necesito 5 minutos… bien, bien, bien para mí… Pues sabes que estoy cansada y estoy enojada… No eres el único que está cansado (*a esposo*), pero qué crees que resulta que aquí, aunque yo me sienta mal y estoy cansada, me tengo que chingar porque yo sí me tengo que hacer cargo de un bebé, de una niña, de una casa y medio hacerme cargo de mí y yo ya no puedo hacerme cargo de ti… Yo estos días he aventado, gritado, ya le pegué a la cama a las almohadas, las mordí… Y me siento mal y, dije, bueno es que también todo el tiempo estoy aquí encerrada, ¿no? ¿Pero a dónde me voy yo? ¿Qué hago? … Pero llegó un punto en el que pues cansa ¿no?, o sea, yo le luego le digo, hijo, te quiero, te amo y te adoro, pero ya no te quiero cargar, ya me cansé… Me dice mi mamá hace rato, pues ahora te aguantas… querías un hijo, pues ni modo… (Emma)

Con la llegada de la maternidad, llega también un mandato de sufrir. Sufrir para ser *buenas madres*. Mientras más sacrificio haya de su parte, mayor será su reconocimiento. Si la maternidad no duele, algo están haciendo mal. No es claro, si lo que quiere la sociedad son madres o *mártires*. El dolor y sufrimiento lo justifica la sociedad con que nadie *ama lo que no duele*. Muestra de ello es el dolor de parto, sin pensar incluso en que el problema puede no ser ese dolor, sino otros factores como la atención médica, la relación de pareja, y todo lo que viene con el posparto.

La maternidad es un proceso que las mujeres atraviesan en soledad. Desde el embarazo, el parto y el posparto. No hay nadie que las acompañe ni les ayude con las labores de cuidado. La soledad que más pesa es no tener el apoyo de sus parejas. Cuando alguien llega a ayudarlas, esa ayuda se percibe como de mala gana, con reproches y regaños.

> Pues yo digo que todas, cuando estamos en esa parte del posparto, si necesitamos mucha ayuda, pero a veces es difícil que alguien nos ayude, o hay personas que nos ayudan y, luego como que dicen, ay, pero, tú quisiste tener al bebé, o esos malos comentarios… (Bianca)
> Pues yo creo que lo único que esperaríamos a cambio es un poco de comprensión o de apoyo… (Verónica)
> Es que a veces me siento sola contra el mundo… (Estela)

Las mujeres ya no tienen tiempo ni ánimo, sus actividades son restringidas a vivir la maternidad y el cuidado de su bebé. No hay tiempo para las amigas ni para actividades académicas ni profesionales. No hay tiempo de ocio. Mirarse al espejo se ha vuelto un problema, porque no se reconocen. Ahora no les da tiempo de arreglarse, de maquillarse, vestirse con ropa *bonita*, ni de realizar actividades de aseo personal.

Son demasiadas renuncias, al grado que la maternidad es comparada con una pérdida de identidad. Desde el embarazo, donde pierden su propio cuerpo. Son ellas quienes soportan los síntomas, las náuseas, el cansancio, la hinchazón de pies, el dolor de espalda, las estrías, y el verse obligadas a modificar su alimentación. Ellas soportan el parto y la recuperación de este.

La maternidad es entonces una serie de renuncias, de *pérdidas y duelos*, como lo nombraron en la primera sesión. Son demasiados cambios y en tan poco tiempo resulta

complicado asimilarlos todos. Convertirse en madre trae consigo una crisis identitaria. Han dejado de ser ellas mismas para ser *solo madres*. Incluso pierden el nombre, ya no son Fabiola o Nohemí, son la mamá de Carlos o de Lidia. Se convierten en *máquinas de leche*, en un *dispensador de comida*.

> ¿Cuál relación con nosotras mismas? No tenemos relación con nosotras mismas, no somos nosotras mismas, es lo que estaba pensando ahorita que estaban hablando. En estos momentos no hay nosotras, nos enfocamos a ser la esposa, la madre, la hija, la hermana, la tía y la prima, pero no hay primero yo…Tu mundo deja de girar en tu entorno y gira en torno de tu bebé y… O sea, cuando tienes a tu bebé y te ves en el espejo y dices quién soy… Yo no era así, esta que veo en el espejo no soy yo… (Mónica)

Si las mujeres hablan o expresan lo que sienten son etiquetadas como *groseras*, *malagradecidas*, *mamonas*, *payasas*, y más. Frente a todo lo que ocurre en el proceso de ser madres, las mujeres han decidido callar y *aguantar* la frustración, así no las involucran en más problemas.

> Y terminé llorando…Terminé llorando porque me dijo, pero por qué, por qué, ¿por qué te pones así? Es que estoy enojada, estoy enojada porque no puedo sentarme a comer en paz… porque ya tengo tanto acumulado que ya necesito sacarlo… Y me acuerdo que ya hubo un día en el que yo ya no podía y agarré mi… me fui a mi cama ya en la noche… Y, entonces empecé a agarrar una almohada y me la puse así en la boca y empecé a gritar, obviamente, con el objetivo de que la almohada ahogara el grito, porque dije, pues si no voy a espantar a todos… Y, además de gritar… a golpear la cama… Ay, voy a llorar… (Emma)

Cierre del proceso psicoterapéutico

Para abordar la fase de cierre del proceso psicoterapéutico se propone retomar los cuatro tipos de transferencias: hacia las demás participantes, hacia el terapeuta, hacia el

grupo externo y hacia el grupo en sí. Este último momento del proceso psicoterapéutico sirvió para reconocer los logros obtenidos, externar sentimientos que traía la despedida, tanto de las mujeres que las habían acompañado como del espacio, donde durante mes y medio o tres meses habían llegado cada semana a contar cómo les había ido en la semana, sus preocupaciones, dudas y logros.

La transferencia horizontal, es decir, aquella dirigida hacía las demás participantes del grupo, fue la más observada. Con dicha transferencia fue con la que inició el cierre del proceso. Se despidieron de cada una de las mujeres que las habían acompañado durante doce sesiones. Escuchar a las otras participantes, ser testigo del cambio ocurrido, y convivir durante mes y medio o tres meses, había hecho que desarrollaran cierta estima. El que se hayan contado cosas *privadas, íntimas,* incrementó su *conexión*, lo que hacía difícil la despedida. Sin embargo, el grupo había cumplido su objetivo y el cierre del proceso era inevitable.

Cuando se despidieron de cada una de las participantes, reconocían un cambio en todas ellas. Se encontraban más tranquilas, *relajadas*. Las críticas que se hacían a sí mismas, ya no eran tan severas. Se permitían dejar el/la bebé con sus parejas. No se auto-exigían no cometer errores, pedían ayuda, se notaban más alegres, un poco más sinceras para con los/las demás, más fuertes, con ganas de salir adelante, diciendo lo que les molesta y no quedándose calladas, buscando tiempo para sí mismas, la maternidad era una nueva faceta que estaban descubriendo.

> Yo las noto todas más, más confiadas, más seguras de sí mismas, más fuertes… Yo creo que incluyéndome a mi, este grupo fue como un salvavidas, la verdad, o sea como que cuando más lo necesitaba apareció… Entonces yo creo que nos ayudó a todas... las veo un poco más tranquilas… Claro que hay días, como

> todos dijimos, días buenos y días malos, pero en lo general las veo más... Más seguras de lo que ustedes quieren hacer consigo mismas y con su bebé… (Melissa)
>
> Y yo las veo fuertes, saliendo adelante y les mando un abrazo a la distancia las voy a extrañar mucho... Gracias por abrir sus corazones y por platicar todas sus experiencias, me llevó mucho de todas… (Estela)
>
> De cada una he aprendido algo, Grecia transmitía mucha paz, a pesar de que ya no está, la veo y me calmo. De Estela me gustaría tener su empoderamiento. Quisiera poder decirle a todos lo que pienso, igual que Bianca. De Martha quisiera poder malabarear con dos niñas. De todas veo algo muy padre… (Melissa)

Además esta mejora que notaban unas con otras se pudo corroborar en cómo se movieron los puntajes en las escalas para detectar sintomatología ansiosa-depresiva. A continuación en la Tabla 2 se pueden observar los puntajes de cómo ingresaron al grupo, en la primera medición, y como fue al concluir la intervención, después de 12 sesiones. Después de 6 o 12 semanas, dependiendo la frecuencia de reunión.

Todas las participantes, tanto en los dos grupos de intervención, como en el grupo de referencia, se encontraban en un inicio por encima del punto de corte. Para el segundo momento de evaluación, después de la intervención, esos puntajes habían reducido en todas las participantes, sin embargo, casi todas las mujeres del grupo de referencia (grupo 3) a excepción de una de ellas, seguían todas por encima del punto de corte clínico para la detección de sintomatología ansiosa y depresiva. En los grupos que se intervino, el 1 y el 2, algunas participantes lograron salir de ese punto de corte.

Tabla 2

Ansiedad y depresión pre-post intervención

Participante	Grupo	Semanas posparto en 1ra medición	*Resultados pre-intervención* Puntajes totales de sintomatología depresiva		*Resultados post-intervención* Puntajes totales de sintomatología ansiosa	
			Pre	Post	Pre	Post
Melissa	1	5	19*	8	65*	36*
Estela	1	26	19*	5	44*	13
Martha	1	5	20*	13*	31*	17
Bianca	1	19	14*	12*	45*	22
Fabiola	1	11	22*	16*	85*	72*
Valeria	1	29	21*	9*	62*	35*
Mónica	2	5	19*	17*	90*	49*
Norma	2	5	14*	5	30*	20
Esmeralda	2	6	14*	5	29*	6
Selene	2	24	14*	3	33*	7
Verónica	2	19	21*	13*	49*	34*
Romina	3	6	21*	13*	41*	26*
Elvia	3	17	27*	26*	58*	34*

Mireya	3	5	28*	11*	83*	42*
Yatziry	3	17	25*	22*	62*	46*
Flor	3	17	18*	13*	39*	25

Nota: Elaboración a partir de los puntajes obtenidos en las pruebas EPDS y PASS de las mujeres participantes
Clave: Grupo 1= Se reunió dos sesiones por semana; Grupo 2= Se reunió una sesión a la semana, Grupo 3= Mujeres que no participaron en la intervención psicoterapéutica.
El punto de corte para Depresión es 8 y para Ansiedad 26.

*Indican que se encuentran por encima del punto de corte describiendo sospecha de riesgo clínico.

Aunque los puntajes del grupo de referencia disminuyeron, continuó siendo el grupo con mayor puntaje por encima del punto de corte, lo que nos hace sospechar de la eficacia clínica de la intervención. De los grupos que recibieron intervención, el que logró quedar fuera del punto de corte clínico fue el segundo, quienes se reunían una vez a la semana, durante tres meses. El grupo 1 si tuvo reducción de la sintomatología, sin embargo, al finalizar la intervención continuaban clínicamente por encima del punto de corte. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes pre y post evaluación si se pueden observar los cambios clínicamente y en los discursos de las participantes.

Tabla 3

Grupos de intervención y grupo de referencia

	Depresión			Ansiedad		
	T1	T2	*p*	T2	T2	*p*
Grupo 1	19,50 ± 2,8	10,50 ± 3.9	028	53,50 ± 19.1	28.50 ± 21.5	.028
Grupo 2	14,00 ± 3.4	5,00 ± 6.1	042	33,00 ± 25.8	20.00 ± 18.4	.043
Grupo 3	25,00 ± 4.2	13,00 ± 6.6	043	58,00 ± 17.9	34.00 ± 9.4	.043

Nota: Se presentan las medianas y desviaciones estándar *(M ± SD)*.
Los valores de *p* se obtuvieron mediante la prueba de Wilcoxon.

Tabla 4

Momento posparto y reducción de sintomatología en los 3 grupo

Variable	*Momento (Semana posparto)*	*Grupo 1 (M ± SD)*	*Grupo 2 (M ± SD)*	*Grupo 3 (M ± SD)*	*p*[1]
Depresión	*T1 (5-29)*	*19.50 ± 2.8*	*14.00 ± 3.4*	25,00 ±4.2	.057

	T2 (12-36)	*10.50 ± 3.9*	*5.00 ± 6.1*	13,00 ± 6.6	.152
Ansiedad	*T1 (5-29)*	*53.50 ± 19.1*	*33.00 ± 25.8*	58.00 ± 17.9	.490
	T2 (12-36)	*28.50 ± 21.5*	*20.00 ± 18.4*	34.00 ± 9.4	.448

Nota:
Se presentan las medianas y desviaciones estándar *(M ± SD)*.
[1] Los valores de *p* se obtuvieron mediante la prueba Kruskal- Wallis

Tabla 5

Comparación interna de la sintomatología en ambos grupos de intervención

Variable	*Semana posparto*	*Grupo 1 (M ± SD)*	*Grupo 2 (M ± SD)*	*p*
Depresión	*T1 (5-29)*	*19.50 ± 2.8*	*14.00 ± 3.4*	*.186*
	T2 (12-36)	*10.50 ± 3.9*	*5.00 ± 6.1*	*.518*
Ansiedad	*T1 (5-29)*	*53.50 ± 19.1*	*33.00 ± 25.8*	*.361*
	T2 (12-36)	*28.50 ± 21.5*	*20.00 ± 18.4*	*.361*

Nota:
Se presentan las medianas y desviaciones estándar *(M ± SD)*
p<.05 (hay diferencias estadísticas)
[1] Análisis Estadísticos: Prueba de U Mann-Whitney

La segunda transferencia observada fue hacía el terapeuta. Quien les había brindado la oportunidad de participar en el proyecto de investigación ahora se ha convertido en la persona que las privaba de su espacio, provocando una ambivalencia entre agradecimiento y molestia. Apareció en la última sesión el reclamo al terapeuta, quien les estaba *quitando*

su espacio. Con comentarios como que el grupo había sido solo *una probadita*, que tenía un final *tajante*, que fue muy poco tiempo, que aún había temas que trabajar. Fue comparado con *cortar las alas*, *dejarlas solas al pasar la calle*, *abandonarlas*, quitarles su *salvavidas* que era el grupo.

> Pero hablando desde mí mis heridas me hubiera gustado que fuera más tiempo, o sea, para irnos bien agarradas de lo que tenemos. O sea, ahorita lo siento como una probadita de chin, ya se acabó ¿y luego?... Yo te digo que nos diste alas y luego no las cortaste… (Mónica)
> La verdad decía tengo que hacer, yo no voy a esperar hasta marzo. Y estando hoy aquí sentada se lo digo, no por favor, no, no, que no nos abandone, estoy como como como un niño en la calle, así como que a dónde, pérdida, ósea si se para, dónde voy y sé, sí sé qué tengo que cruzar la calle, pero no me animo a hacerlo porque yo ocupo a alguien que me dé la mano todavía… (Mónica)

La tercera transferencia fue hacia un objeto externo, en este caso, hacía la pareja, la suegra, y demás familiares. Quienes en un momento las habían hecho sentir mal, incómodas e incluso inseguras, ahora eran confrontados. Se les hizo frente a la pareja, la suegra, el cuñado, etc. Se habían permitido cuestionar el ideal de la maternidad, las relaciones de pareja, la relación con el bebé, con ellas mismas. Lo que las llevó a disminuir la ansiedad, porque entendían que la *madre perfecta* no existe, que ellas estaban haciendo lo que podían, su mayor esfuerzo. Dejaron de compararse, o comparar a sus bebés, porque comprenden que así solo se angustian y estresan más. Reconocieron que cada bebé, y por consiguiente cada maternidad es diferente, y que no hay nada de malo en ello. Era como *quitarse un peso de encima*.

Se dieron cuenta que no había nada de malo en pedir ayuda, y que incluso era necesario hacerlo. Que debían involucrar a las parejas, para que ambos, tanto ellas y ellos

pudieran vivir de la mejor manera su maternidad y paternidad respectivamente. El pedir apoyo con el cuidado del bebé por algunos minutos, o con alguna labor del hogar no las hacía menos madres, ni menos mujeres. Para llegar a este punto tuvieron que hablar sobre la culpa, el gran eje de la maternidad. Aún había culpa, parecía que era imposible de quitar, pero ahora ya podían manejarla de una manera más eficiente

Parte de ese *descubrirse* a ellas mismas, fue confrontar a las personas que les insinuaban ser *malas madres*. Primero tocó el turno al principal agente estresor, la pareja. En algunas ocasiones solucionaron sus diferencias dialogando amablemente, resultó que no reaccionaron como ellas lo esperaban, hasta descubrieron que la llegada de un/una bebé también les había movilizado temas emocionales a ellos, de los cuales hablarán en los espacios y momentos pertinentes, éste no lo era. En algunos otros casos el diálogo no fue tan amable la primera vez, pero aún eso había servido a las mujeres a externar todo el coraje y frustración guardados por meses. A la suegra también se le hizo frente. Hace unos meses cuando recibían algún comentario incómodo de ellas, se sentían mal o se ponían a llorar, ahora no, ya pueden responder o ignorarlas.

> Lo paré en la noche y al otro día iba trabajar, pero dije, se puede desvelar 5 minutos, no pasa nada y se puede desvelar 10 y no se va a morir, ¿no? O sea, va a estar más cansado, pero va a agarrar el ritmo, igual que yo agarré el ritmo de no dormir hace meses. Porque a partir de esa noche ya me escuchaba que me levantaba y se paraba y me decía, ocupas algo, entonces dije, bueno, ya es un avance… (Melissa)

> Dije, pues si en el grupo decimos todo lo que sientes, pues ahora sí se la voy a soltar a la señora porque ya me tiene hasta la madre… o sea, no discutimos, pero si le deje muy claro que pues respetara ¿no?... (Bianca)

La cuarta y última transferencia, la segunda más observada fue hacía el grupo mismo. Se despidieron del grupo como entidad. Desde la sesión tres, que fue nombrada *¡gracias!*, se notaba la transferencia hacía el mismo grupo, porque el agradecimiento si bien era para cada una de las mujeres participantes, también era para el espacio en sí, donde habían llegado cada semana a platicar sus problemas y eran escuchadas por mujeres que vivían lo mismo y las entendían, donde recibían *porras*, donde se daban cuenta que no eran las únicas que la estaban pasando mal con la maternidad, dónde no las juzgan.

> Ahora ¿con quién voy a platicar de mis problemas o con quién voy a sacar realmente lo que siento? Que a nadie más se lo he dicho a nadie, a nadie, nadie y es un peso que vamos cargando día a día. Y es como una bola de nieve y entonces repito, ahí va mi barco salvavidas, mi terapia, mi día a la semana en donde yo podía expresarme y decir todo lo que siento… No se vayan, por favor… (Mónica)

> Era como un stand by, una pausa nuestra reunión y mira como que bueno me apuro, voy a tener mi reunión y como que… No sé, era como tú rato spa, pero de mente, de pensamientos, de conciencia, no sé… (Sarahí)

> Y pues abrazo a todas chicas me da gusto haber coincidido con ustedes en este punto de la vida, las aprecio mucho y espero que de aquí en adelante después de esto, pues, logremos llevar nuestra maternidad de una mejor manera. Gracias y cuídense mucho… (Verónica)

Se extrañaría alguien que escuchara, alguien que hiciera preguntas incómodas, de esas que hacen enojar, pero que dejan pensando toda la semana. *Su* espacio, dónde podían compartir sus puntos de vista, pensamientos y experiencias. Se extrañaría el espacio que tuvieron durante seis y doce semanas, se extrañaría el espacio para explayarse y reflexionar, al parecer el único lugar donde podían hacer catarsis, sacar todo aquellos que la sociedad, la

familia, sus parejas han dicho que no se debía decir, eso de la maternidad que nadie quiere escuchar porque incómoda, la maternidad real.

CAPÍTULO 5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este último capítulo de la tesis se presentan las conclusiones del estudio, junto con las discusiones. Se responde a las preguntas de investigación y a los objetivos de la misma. Se agrega el cómo perciben las mujeres la maternidad, los factores que promueven la aparición de la sintomatología ansiosa-depresiva , y rasgos de otras psicopatologías.

Otros hallazgos, como las experiencias de violencias que han vivido las mujeres participantes, la respuesta del grupo psicoterapéutico frente a quienes las han hecho sentir *malas madres,* los factores que ayudaron al éxito de la intervención, el rol de maternar, que la intervención haya sido a distancia, que el terapeuta principal sea varón. Cerrando con las limitaciones de la investigación.

¡La intervención funciona!

El objetivo general se cumplió al disminuir clínicamente la sintomatología ansiosa-depresiva, lo que nos permite asegurar que un tratamiento grupal breve, en línea, de corte psicoanalítico, tiene como ventajas, la atención de más mujeres en menos tiempo, sin importar su ubicación geográfica, y fomentando la escucha y la reflexión se logra disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva. Los objetivos específicos también se lograron cuando se identificaron los factores que estaban incidiendo en la aparición de dicha sintomatología, y al finalizar cuando apareció el autocuidado de las mujeres, interesándose por su salud mental, y procurando tiempos y espacios para ellas mismas.

Respondiendo a la pregunta general de la investigación, sobre si la intervención psicoterapéutica grupal breve con mujeres en posparto lograba disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva la respuesta es que sí, no de manera significativa estadísticamente, pero de manera clínica y cualitativamente, si se logró disminuir la sintomatología.

Se logró que las mujeres tuvieran mayor estabilidad emocional, que disminuyeran conductas como el llanto frecuente y la compulsión por desinfectar todos los espacios con que el/la bebé tenía contacto. Lograban poner un alto a las ideas obsesivas y rasgos compulsivos. Los episodios de ansiedad además de ser con menor frecuencia, ahora lograban identificar que les estaba provocando esa ansiedad. Se encontraban siendo más flexibles en las decisiones que tomaban. Incluso eran menos estrictas con sus sentimientos, ahora no pasaba nada si se sentían molestas, tristes o agotadas, eran emociones que formaban parte de maternar, y que no debían estigmatizar.

Se pudo observar la idoneidad de una intervención grupal, ya que, frente a la falta de apoyo social, frente al estigma social sobre un tema tan idealizado socialmente como es la maternidad, el dispositivo grupal les brindó un espacio para que el malestar dejara lo singular, para que se retroalimentaran, para cuestionar el ser hombre, el ser mujer y el ser madre.

La experiencia *agridulce* de maternar

Laney y cols. (2015) mencionan que el proceso de convertirse en madre puede generar conflicto debido a que hay cambios en el estilo de vida, e incluso la identidad. Ser madre fue comparado con una montaña rusa, es un sube y baja de emociones, pensamientos y deseos. Tiene sus momentos agradables, y otros en los que se arrepienten de haber tenido un/una bebé. La ambivalencia predomina. Describieron la maternidad como experiencias *agridulces*. Se la viven entre la frustración y el estrés. Se vuelven aprehensivas, y a ratos quieren que alguien las rescate. Almuerzan a las tres de la tarde y comen a las ocho de la noche. La maternidad es como un *balde de agua fría*.

Cuando las participantes se embarazaron, tuvieron que dejar sus empleos, todas por un momento estuvieron en casa, y aunque podría pensarse que era un apoyo de sus parejas

o familiares, se debía más a lo que menciona Barrantes y Cubero (2014) sobre que a la maternidad se la ha quitado del espacio público y relegado en lo privado, en el hogar, donde deberán perpetuar los estereotipos del ser mujer y madre, haciéndoles creer que el ser madre es la única manera en la que adquirieren valor y poniendo a los hijas y su familia en primer término se realizarán como personas (Medina et al., 2010; Medina et al., 2014; Ordóñez, 2022).

Aquellas mujeres que no viven la maternidad con ideales de sacrificio y abnegación, se les castiga con culpa y estigma social (Gudiño, 2012; Visa y Crespo, 2015). Se les califica de *buenas* o *malas madres* (Kukla, 2008; Henderson et al., 2015; Hernández, 2020). En un primer momento, todas las participantes llegaron diciendo que las personas a su alrededor las han hecho sentir malas madres, término que se revisó en varias ocasiones, y al finalizar el proceso psicoterapéutico se pudo modificar un poco, ahora describen la maternidad como una *odisea*, una serie de cambios muy acelerados difíciles de asimilar tan rápido. Es vista como una etapa dolorosa y que viven en soledad, sin poder quejarse con nadie, porque les han dicho incluso lo que deberían o no de sentir, un trabajo más agotador que el de sus parejas, porque ellos sí tienen una hora de entrada, de salida, un día de descanso, vacaciones, y las mujeres no, no tienen tiempo ni para comer, ni para dormir, ni para descansar, ni siquiera para ir al baño.

Factores protectores y de riesgo para la sintomatología ansiosa-depresiva

De los factores relacionados con la aparición de la sintomatología ansiosa-depresiva, reportados por De Castro y cols. (2015), Goodman (2004), Ceballos-Martínez y cols. (2010), Mojica-Perilla y cols. (2019), Leach y cols. (2017), Giménez y cols. (2018), González y cols. (2017), Navarrete y cols. (2012) y, Juárez y cols. (2021) se coincide en este proyecto con: dificultades en la relación de pareja, estrés, eventos adversos en la vida,

falta de apoyo de la pareja, violencia, sexo femenino del menor, falta de apoyo social, historia personal de enfermedad mental, embarazo no planeado y/o deseado, historial de abuso y violencia doméstica, problemas de salud mental, violencia, problemas en el embarazo y en parto, complicaciones obstétricas, adherencia al rol femenino tradicional. De manera implícita aparecieron los siguientes factores: bajo estatus socioeconómico, depresión en el embarazo y en el posparto temprano, inseguridad alimentaria, tener más de cuatro hijos, haber cursado con algún evento depresivo que ameritó tratamiento, bajo peso al nacer, pérdida fetal y no tener pareja.

Podríamos agregar como factores que incidieron en este proyecto en la aparición de la sintomatología ansiosa-depresiva, el vivir en la casa de la suegra, el empleo, que su bebé tenga alguna condición médica o del desarrollo, la lactancia, exparejas y padres de sus primeros/as hijas, las suegras y la reactualización de los problemas con las figuras parentales en la infancia.

Más allá de la depresión y la ansiedad posparto

Si bien, la depresión posparto ha sido la entidad clínica con mayor estudio (Araya y Barrantes, 2020), no es la única que se llega a presentar en el periodo perinatal. Se puede iniciar o exacerbar un Trastorno Obsesivo Compulsivo [TOC] (Fernández y Olza, 2018). Aunque no se diagnosticó un TOC, si hubo presencia de algunos pensamientos sobre la posible enfermedad, e incluso muerte de las madres o el bebé. Conductas compulsivas como cerrar muy bien las puertas, las llaves del gas, evitar el contacto de personas ajenas y sus bebés, e incluso desinfectar/lavar para evitar que su bebé se enferme.

Problemas con el peso y la imagen corporal, pueden ser reactivados, por los cambios de peso corporal propios del periodo perinatal, incluso con el riesgo de recaída, o agravamiento de diagnósticos de TCA, como lo menciona Behar (2013) y a su vez, esto

relacionarse con ansiedad y depresión en las gestantes (Mackenna et al., 2021). En el proyecto, aparecieron de manera muy breve en una o dos sesiones, y no hubo oportunidad de abordarlos, sin embargo, si dejaron ver, que hay problemáticas con cómo se perciben las mujeres, y el disgusto que pueden llegar a tener con su cuerpo por los cambios de los últimos meses. Hubo una participante que durante el proceso psicoterapéutico recordó que en la adolescencia hubo un tiempo que presentó problemas con su alimentación, mismos que terminaron en la misma adolescencia, pero que ahora se relacionan con el tema de la imagen corporal que externaron otras participantes.

Otro trastorno mental sería la alteración vincular materno-infantil (Palacios-Hernández, 2016), donde la interacción entre la diada se ve afectada. Las participantes llegaron con cierta dificultad para establecer la *conexión* con sus hijas/os, no sentían el enamoramiento que les dijeron sentirían cuando los vieran por primera vez, al contrario, estaban padeciendo la maternidad. Al finalizar la intervención las mujeres que llegaron con problemas de vinculación materno-infantil, se sentían ahora más unidas a sus bebés. Ya no era una obligación estar con su bebé, sino que en realidad disfrutaban esos momentos, incluso ahora ellas eran quienes los buscaban.

Experiencias de violencias

Lamentablemente, como mencionan Arnao y cols. (2018); Dangelo y cols. (2020) y Vila-Candel y cols. (2021), las mujeres en periodo perinatal son víctimas de violencia de diversos tipos, por ejemplo, de violencia obstétrica. Las violencias de género se relacionan con la salud mental de las mujeres. Se pudo corroborar en casos de participantes, como se mencionan en los resúmenes de las entrevistas, donde la violencia que vivieron durante el parto, por ejemplo, el ser amarradas por estar muy *nerviosas* y sin darles ninguna explicación de por qué eran tratadas de esa manera, pedirles que no gritaran, sobre todo

porque ya habían dado a luz en otras ocasiones, tocarles los pechos *como si fueran vacas*, y muchos otros ejemplos.

Las participantes deseaban regresar a laborar, para poder tener sus propios ingresos económicos y volver a ser independientes, sin embargo, serían mal vistas si se atrevían a pensar en sus aspiraciones profesionales, por lo que continuaban en casa. Solo una participante regresó a laborar de manera formal, y otra más combinaba el trabajo algunas horas al día sin descuidar a su hijo. Esto implicaba mayores niveles de cansancio, porque después de su jornada laboral, debían llegar a casa a cumplir otras funciones (Solé y Parella, 2004; Llanes et al, 2020).

El club de las malas madres

El grupo se convirtió en *su* espacio, un espacio seguro y gratificante donde se podía experimentar y tratar de entender el afecto (Vinogradov y Yalom, 1996), un microcosmos donde trabajar el aquí y el ahora, y donde las interacciones distorsionadas comenzaban a ser más claras. Donde eran escuchadas ellas y otras mujeres, donde dijeron lo que no le habían dicho a nadie, le pusieron nombre a lo que estaba sucediendo, lloraron lo que aún dolía y no fueron juzgadas, donde habían alzado la voz para cuestionar la maternidad. Eran 90 minutos que procuraban para ellas mismas. Sentían que algo había cambiado en ellas. Porque eran capaces de pensar en un futuro donde regresaban al trabajo, a la escuela, o a cualquier otro proyecto que habían dejado pendiente hace un año.

En la convergencia entre la intra y lo intersubjetivo además de permitir el trabajo terapéutico, apareció la fantasmática grupal (Doherty y Enders, 1995). Alimentada por los recuerdos de cuando las participantes eran niñas, con una carencia de afectividad por parte de la propia madre. Lo que las ha llevado a una ambivalencia, por un lado agradecen todos los esfuerzos realizados, tratan de entender la historia de sus madres, pero también existe la

molestia por haberlas afectado directa o indirectamente con sus decisiones. La exigencia que tuvieron para crecer demasiado rápido a nivel emocional, y no pedir ayuda, o no convertirse en una carga más para sus madres. Hubo miedo a abordar el tema, por lo que fue evadido en varias ocasiones. Era recordar las fantasías de ausencia, y agresión.

La grupalidad interna prolongada hacia la externa permitió una reactualización y la oportunidad de corregir todas esas problemáticas, (Bleger y Pasik, 1997). Identificaron un recorrido en el proceso psicoterapéutico, primero se sentían molestas, luego tristes y llorando, para finalmente llegar a varios momentos de reflexión. En el proceso psicoterapéutico no todo fue sentirse mejor, también hubo momentos donde se quedaban reflexionando en una pregunta o comentario toda la semana, en algunas ocasiones salían de la sesión con más ansiedad o molestas. Aunque hubo bastante mejoría en cómo se sentían, reconocen que no fue fácil el proceso, también les había resultado doloroso externar lo que sentían o pensaban, incluso cosas que habían creído olvidadas.

Factores terapéuticos

Se observaron los factores terapéuticos de los que hablan Díaz (2000) y Vinogradov y Yalom (1996): catarsis, al permitirles desahogarse, expresar su molestia y tristeza; socialización, o su *respiro semanal*, como dijo una de las participantes; universalización, cuando se percataron de que pasarla mal con la maternidad era algo compartido y no único; esperanza y altruismo cuando se ayudan unas a otras y juntas esperan llegar a vivir de mejor manera su maternidad; aprendizaje interpersonal con los momentos de reflexión que hubo durante todo el proceso psicoterapéutico; retroalimentación, etc. Hubo otros fenómenos grupales que ayudaron al éxito del proceso, por ejemplo, la cohesión, transferencias, roles, recapitulación correctiva del grupo primario y libre asociación.

Uno de los factores que contribuyó al bienestar de las participantes fue identificar, nombrar y cuestionar lo que significaba ser *malas madres*, una vez que trataban de remover la etiqueta social de *malas madres* la culpa disminuye, entonces, se permitían sentirse cansadas, externar ese cansancio e incluso pedir ayuda, entendían que el cansancio es parte del proceso de maternar, por la exigencia física y emocional que implica. Hubo algunas participantes rumbo al cierre del proceso psicoterapéutico que se tomaban unos minutos al día para realizar alguna actividad de su agrado, se promovió así el autocuidado, dándose cuenta que ellas también importan.

La complejidad del rol materno

El rol materno es complejo ya que convergen diversos significados, vínculos y responsabilidades (Cáceres-Manrique et al., 2014). El problema está en que las mujeres no sólo asumen un rol, tienen que ser esposa, hija, nuera, hermana, cuñada, ama de casa, empleada y/o estudiante, y madre al mismo tiempo. Cada rol tiene exigencias, y al tratar de cumplirlas, las mujeres, llegan a un cansancio físico y emocional constante.

Dentro de las exigencias de los roles que juegan las participantes se encuentra el no perder contacto con sus exparejas para no *desintegrar* la familia, o no ser las responsables de dejar a sus hijas/os sin padre. Aparte de todo lo que implica la maternidad, el rol de pareja-esposa era complicado, por ejemplo, cuando sus parejas les insistían en retomar su vida sexual. Ellas argumentan su rechazo por el dolor que causa todavía la cesárea o episiotomía. Aunque el abordaje en la sesión permitió ver que ese rechazo a retomar su vida sexual se debía a que en realidad no querían tener contacto ni físico ni emocional con alguien que se estaba mostrando indiferente ante la necesidad de apoyo con el cuidado de su bebé. El contacto físico era la expresión del distanciamiento emocional que había con la pareja. Identificaron la carga social sobre las mujeres y su deber como mujeres y esposas.

También se mencionó que lo que menos les interesa en este momento es tener relaciones sexuales, lo que ellas desean es un momento para poder descansar, dormir, que les ayuden con el cuidado del bebé o que al menos las escuchen.

Si bien, no se trabajó este proyecto desde un modelo de terapia interpersonal, el retomar como una de las metas terapéuticas el análisis de las relaciones interpersonales, y el nuevo rol de ser madre, como lo hacen Handley y cols. (2017) permite la disminución de la depresión materna, y mejora el apego y la autoeficacia materna. Además de disminuir la sintomatología depresiva, las mujeres participantes expresaban sentirse más capaces en su nuevo rol, reconociendo la presencia de miedos, sobre todo, de quienes eran madres por primera vez, pero también entendiendo que la adaptación a su nuevo rol es un proceso, y un constante aprendizaje.

El brindar *sostén emocional (holding)* a la madre (Cabaleiro, 2019), el que la intervención se haya realizado de manera grupal, ayudó a combatir la idea de soledad frente a la maternidad, intercambiaron experiencias y se empoderaron en su rol (Gillis y Paris, 2019), permitió además, a las participantes, crear un sentido de pertenencia, y comenzar a tomar decisiones (Anzieu y Martín, 1971).

Un espacio virtual

El hecho de que la intervención fuera en línea, permitió a las mujeres ser atendidas de manera psicológica, sin importar su situación geográfica. Las sesiones en línea son una manera efectiva de brindar telesalud a población perinatal (Latendresse et al., 2021). No tenían que trasladarse, lo que les resultaba complicado con un/una recién nacida, además, del ahorro económico que ese traslado implicaba (Yang et al., 2019) y el aprovechamiento del tiempo, por ejemplo, algunas mujeres que tenían a sus hijos en preescolar, iban a dejarlos, regresaban a tomar la sesión en su casa y terminando, justo al medio día, salían

nuevamente por las/los menores., o algunas otras participantes, terminando la sesión se ponían a cocinar o calentar la comida para sus parejas que llegaban unos minutos después de terminada la sesión. Les resultó cómodo continuar en su hogar, porque ahí tenían todo a la mano en caso de que el/la bebé se hiciera del baño, se inquietara, le diera sueño o hambre. Aunque la desventaja fueron los problemas de conexión a internet que ocurrieron al menos una vez a todas las participantes y terapeutas.

Un terapeuta varón frente a la maternidad

En una ocasión el terapeuta tomó la palabra al mismo tiempo que una participante, ella pidió perdón varias veces y se calló, se disculpaba por haber interrumpido. La ocasión permitió dos cosas: la primera, sirvió para recordarles que el espacio era de ellas, que no tenían que pedir perdón por expresarse, que el grupo era justo para lo contrario, para que hablaran, para escuchar y ser escuchadas. De ahí en adelante fue necesario recordarles que era *su* espacio terapéutico, que no era como afuera, donde las silenciaron, aquí todo lo que dijeran era importante. Segundo, este hecho sirvió para percatarnos sobre cómo se percibía la presencia de una varón en el grupo, el sexo del terapeuta parecía que sería un problema, ya que no podrían expresarse libremente, sin embargo, gracias a los fenomenos transferenciales, es que ese varón, pudo ser visto como un ideal de pareja, fue la oportunidad para que hubiese una correción de la imagen que tenían de los hombres, con quienes se tenía el conflicto, llamese pareja, padre, suegro, cuñado, etc. Y aunque en un momento el terapeuta fue objeto de agresión, por ejemplo, cuando expresaron su molestia por la falta de consideración de sus parejas, o cuando se referían a los hombres, llamándolos tontos y demás adjetivos, y al final del proceso. Fue gracias a los fenómenos transferenciales

Limitaciones del estudio

Las limitaciones del presente estudio fueron que hubo varios factores que escaparon al control del responsable del proyecto y al equipo de trabajo, por ejemplo, el tratamiento psiquiátrico que algunas participantes tenían, o iniciaron durante el proyecto; la conformación de ambos grupos; el número tan pequeño de la muestra. Éticamente no se pudo ser muy estricto con los criterios de inclusión y exclusión.

La principal limitación fue la temporalidad del estudio, limitado a doce sesiones. Esto se debió a los breves tiempos institucionales, y del Programa de Maestría. Las participantes externaron que el tiempo de la intervención fue insuficiente, ambos grupos externaron su interés por continuar con las sesiones, incluso algunas en broma comentaban sobre un grupo permanente para mujeres en posparto, donde pudiesen llegar a hablar de sus demás preocupaciones, como el desarrollo de sus hijos, sus relaciones de pareja, el regreso a sus labores. La brevedad de la intervención en conjunto con las resistencias de las participantes, dejaron ver que había muchos temas por continuar reflexionando.

Otra gran limitación al ser una intervención a distancia fue las fallas de conexión que enfrentaron todas las participantes en mínimo una ocasión. La poca experiencia en intervenciones de corte psicoanalítico fue una limitante, que no permitió el aprovechamiento de ciertas temáticas, participaciones, etc.

Es importante señalar que hay resultados que intencionalmente no se han presentado en esta tesis, ya que por cuestiones de tiempo era imposible integrarlas, no se encontraban en la planeación inicial del proyecto, más bien corresponde al interés del responsable y de las mujeres participantes, pero sobre todo, porque esos resultados excedían los objetivos del presente proyecto, tales temas son: la aplicación de una escala para medir la alteración vincular materno-infantil a ambos grupos, cinco sesiones extra con un grupo en el que se

integraron mujeres de ambos grupos reportados aquí, escalas después de mes y medio de haber terminado la intervención. Se espera que haya la posibilidad de hacer públicos dichos resultados en un futuro.

REFERENCIAS

Abajo Llama, S; Bermant, C; Galaman, C; Cuadrada Majó, C; y Soto Bermant, L. (2016). Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género. *Musas*, 1(2), 20-34. https://doi.org/10.1344/musas2016.vol1.num2.8

Alcalá, I. (2015). Feminismos y maternidades en el siglo XXI. *Dilemata,* 18, 63-81. https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/372

Acero, P. D; Cabas, K; Caycedo, C; Figueroa, P; Patrick, G; y Martínez, M. (2020). *Telepsicología. Sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable.* ASCOFAPSI

Alfaro, N; Villaseñor, M; Valadez, I; Guzmán, A; y González, Y. S. (2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Investigación en Salud*, 8(1), 50-53. https://www.redalyc.org/pdf/142/14280108.pdf

Alonso, A; y Swiller. H.I. (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. Manual Moderno.

Alqahtani, M. M. J; Alkhamees, H. A; Alkhalaf, A. M; Alarjan, S. S; Alzahrani, H. S; AlSaad, G. F; Alhrbi, F. H; Wahass, S. H; Khayat, A. H; y Alqahtani, K. M. M. (2021). Hacia el establecimiento de una directriz de telepsicología. Convertir los desafíos de la COVID-19 en oportunidades. *Ética, Medicina y Salud Pública.* 16, 1-15. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100612

Alvarado Esquivel, C; Sifuentes Alvarez, A; Salas Martinez, C; y Martínez García, S. (2006). Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(33). http://doi.org/10.1186/1745-0179-2-33

Alvarez, A; Ponce, E. R; y Irigoyen, A. (2008). Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Archivos en Medicina Familiar,* 10 (4), 133-136. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719094003

Álvarez, C. (2006). Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. *Revista de Antropología Social*, 15, 411-455. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801517

Anzieu, D; y Martin, J. I. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. KAPELUSZ

Araya, S; y Barrantes, I. (2020). Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto. *Revista Médica Sinergia*, 5 (12). https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.618

Arbiza, M. I. (1978). La madre soltera frente a la sociedad. *Papers: Revista de Sociologia*, 9, 173-196. https://doi.org/10.5565/rev/papers/v9n0.1004

Arnao Bergero, M; Galván, V. L; y Rosso, F. (2018). Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología*, 17(2), 3-13. DOI: 10.24215/2422572Xe017

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Arlington, VA: Autor.

Barclay, L; Everitt, L; Rogan, F; Schmied, V; y Wyllie, A. (1997). Becoming a mother--an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of advanced nursing*, 25(4), 719–728. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x

Barrantes, K; y Cubero, M. F. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica*, 9 (1), 29-42. https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/15248

Barclay, L; Everitt, L; Rogan, F; Schmied, V; y Wyllie, A. (1997). Becoming a mother — an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing,* 25, 719-728. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x

Behar, R. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander,* 1, 21-28. https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3588/3715

Bello, M.C. (2000). *Introducción al psicodrama.* Colibrí.

Bermúdez Santana, D. M; y Solís Núñez, A. I. (2021). La vulneración de derechos, su incidencia en la salud mental de mujeres víctimas de violencia. *Revista Sociedad & Tecnología*, 4 (2), 624-637. https://doi.org/10.51247/st.v4iS2.174

Bernard, N. K; Bogat, G, N; Kashy, D. A; y Lonstein, J. S. (2022). Violencia de pareja prenatal y posnatal, depresión y contacto físico entre el bebé y la madre. *Comportamiento y desarrollo infantil*, 67. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101703.

Bleger, L; y Pasik, N. (1997). *Psicoanálisis grupal. Cuando, como, por qué*. Tekné

Boru, B; y Deressa, Y. (2022). Determinantes de la violencia de pareja contra mujeres embarazadas en Etiopía: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Investigación BioMed Internacional,* 1. https://doi.org/10.1155/2022/4641343

Brenes Monge, A; Yáñez Álvarez, I; Meneses León, J; Poblano Verástegui, O; Vértiz Ramírez, J. de J; y Saturno Hernández, P. J. (2020). Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo

obstétrico en México. *Salud Publica Mex*, 62, 798-809. https://doi.org/10.21149/11974

Brockington, I; Butterworth, R; y Glangeaud Freudenthal, N. (2017). Documento de posición internacional sobre la salud mental maternoinfantil (perinatal), con directrices para la práctica clínica. *Arch Women's Ment Health*, 20, 113-120. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0684-7

Bronfenbrenner, U. (1987). Primera parte: *Una orientación ecológica. La ecología del desarrollo humano.* Paidós. https://books.google.com.pe/books?id=nHdMlytvh7EC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false

Buitrago, F; Ramírez, R; Ciurana, R; Fernández, M. del C; González, P; Salvador, L; Tizón, J. L; y Villamor, N. (2024). Prevención de los trastornos de la salud mental. Maltrato hacia la infancia y la adolescencia. *Atención Primaria,* 56, 1-18. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103127.

Cabaleiro, F. (2019). Una experiencia preventiva materno-infantil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 66, 5-22. https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/549513

Cáceres Manrique, F; Molina Marín, G; y Ruiz Rodríguez, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*, 14 (3), 316-326. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74132361004

Campuzano, M. y Bello, M.C. (2013). *La psicoterapia de grupo en las instituciones y los grupos de admisión*. 2a Ed. Subjetividad y Cultura.

Ceballos Martínez, I; Sandoval Jurado, L; Jaimes Mundo, E; Medina Peralta, G; Madera Gamboa, J; y Fernández Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo.

Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (1), 71-74. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745506013

Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). (2019/2021). Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Cooper, P.J; Murray, L; Wilson, A; y Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182(5), 412-419. http://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412

Coo, S; Medina, F; García, M.I; y Pérez, C. (2022). Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Perinatal en una muestra de madres en Chile. *Ansiedad y Estrés,* 28(1), 40-46. https://doi.org/10.5093/anyes2022a4

Corona, K; Chavez, T; Stewart, K; Toledo Corral, C. M; Farzan, S.F; Habre, R; Grubbs, B; Al Marayati, L; Lurvey, N; Lerner, D; Eckel, S.P; Lagomasino, I; Breton, C.V; y Bastain, T.M. (2022). Experiencias adversas en la infancia y depresión prenatal en la cohorte de embarazos con riesgos maternos y de desarrollo derivados de factores estresantes ambientales y sociales. *J Obstet Gynaecol.* 1-16. DOI: 10.1080/01443615.2022.2125298.

Costa, M. R; Lucena, R. F; Blima, L; Santos, F; Dos Santos, A; Ferreira, V. M; Cararo, S; Gomez, L. Y; Carvalho, A. V; y Moura da Silva, A. A. (2021). Violencia recurrente, violencia con complicaciones y violencia de pareja contra mujeres embarazadas y duración de la lactancia materna. *Revista de la salud de la mujer*, 30 (7). https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8378

Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatr*, 214 (3), 127–129. http://doi.org/10.1192/bjp.2018.245

Dangelo, C; Fa, C.V; Hueller, M.F; López, A; y Otto, M.C. (2020). La atención perinatal en pandemia por covid-19: visibilizando la violencia obstétrica en argentina. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología,* 5(2), 186-207. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31118

De Castro F; Place J. M; Allen, B; Rivera, L; y Billings, D. (2016). Existencia de la detección y atención para depresión perinatal según lo reportado por prestadores: evidencia cuantitativa de unidades obstétricas públicas en México. *Salud Publica Mex,* 58, 468-471. http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.8028

De Castro, F; Place, J. M; Villalobos, A; y Allen Leigh, B. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Publica*, 57, 144-154. https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7410

De la Hoz, A. (2021). Psicoterapia del grupo familiar: padres-bebés. Sistema vincular familiar. *Norte de salud mental*, XVII (64), 65-75. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7752322

Diaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Pax.

Do, H. P: Vo, T.V; Murray, L; Baker P. R. A; Murray, A; Valdebenito, S; Eisner, M; Tran, B. X; Luong Thanh, B.Y; Nguyen, L.H; y Dunne, M. P. (2022). La influencia del abuso infantil y la violencia de pareja prenatal en las experiencias del parto y los resultados de la lactancia materna. *Epub.* DOI: 10.1016/j.chiabu.2022.105743.

Espíndola Hernández, J. G; Morales Carmona, F; Díaz Franco, E; Meza Rodríguez, P; Sánchez Bravo, C; Carreño Meléndez, J; Escalante Varela, A; Ibarra Medina, A; y Brull Jiménez, A. L. (2006). Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con trastorno mental. *Perinatología y reproducción humana*, 20 (4), 91-97. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01875337200600020 0006&lng=es&tlng=es.

Fawcett E. J; Fairbrother N; Cox M.L; White I. R; y Fawcett J. M. (2019). The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*, 80 (4), 1-27. DOI: 10.4088/JCP.18r12527. PMID: 31347796; PMCID: PMC6839961.

Fernández, L; y Olza, I. (2018). Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto. *Siglantana: Psicosomática y Psiquiatría*, 5, 29-39. https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0505

Flom, J.D; Chiu, Y.M; Tamayo Ortiz, M; Schnaasd, L; Curtin, P. C; Wright, R.J; Wright, R.O; Téllez Rojo, M.M; y Rosa, M.J. (2018). Subconstructs of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a postpartum sample in Mexico City. *Journal of Affective Disorder*, 238, 142-146. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.049

Fiorini, H.J. (2004). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.

Fonseca, C. (2018). Psicosis posparto. *Revista Médica Sinergia*, 3 (8), 7 – 12. https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.134

Frías, A; Palma, C; Barón, F; Varela, P; Álvarez, A; y Salvador, A. (2015). Trastorno obsesivo-compulsivo en el período perinatal: epidemiología, fenomenología,

patogenia y tratamiento. *Anales de Psicología*, 31 (1), 1-7. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.168511

García, Z. M. (2017). Socialización y discursos sobre la maternidad. *Veredas*, 34, 269-281. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/12-795-11473xgw.pdf

Gillis B. D; y Parish A. L. (2019). Group-based interventions for postpartum depression: An integrative review and conceptual model. *Arch Psychiatr Nurs*. 33 (3), 290-298. DOI: 10.1016/j.apnu.2019.01.009. Epub 2019 Jan 26. PMID: 31227082.

Giménez, Y; Fatjó, F; González, E; y Arranz, A. (2018). Nuevos retos en los cuidados: detección de la ansiedad en la gestante de riesgo. *Enferm Clin*, 786, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.002

Goldstein, B.L; Briggs Gowan, M. J; y Grasso, D.J. (2021). Efectos de la violencia de pareja y antecedentes de abuso infantil en la salud mental y el estrés durante el embarazo. *J Fam Viol* 36, 337–346. https://doi.org/10.1007/s10896-020-00149-1

González Castro P. J; Hulak, F; Sigales Ruizc, S.R; y Orozco-Guzmánd, M. (2016). Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatol Reprod Hum*, 38, 1-7. http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.005

González, D; Ison, M; y Espósito, A. (2017). Estrés y apoyo social prenatal y ansiedad posparto. Un estudio descriptivo en una muestra de mujeres mendocinas. *Revista Jornadas de Investigación,* 9 (9). http://repositorio.umaza.edu.ar//handle/00261/1707

González, J.J. (1999). *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas.* Manual Moderno.

Goodman, J. (2004). Postpartum Depression Beyond the Early Postpartum Period. *JOGNN*, 33 (4), 410-420. https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34182-4/abstract

Grigoriadis, S; Graves, L; Peer, M; Mamisashvili, L; Tomlinson, G; Vigod, S; Cindy Lee, D; Steiner, M; Brown, C; Cheung, A; Dawson, H; Rector, N; Guenette, M; y Richter, M. (2019). Revisión sistemática y metaanálisis de los efectos de la ansiedad prenatal en los resultados posparto. *Arch Women's Ment Health* 22, 543–556. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0930-2

Gudiño, P. (2012). Experiencia, aborto y maternidad en las católicas feministas. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences,* 34, (2). http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18126057017

Handley E. D; Michl Petzing L. C; Rogosch F.A; Cicchetti, D; y Toth S.L. (2017). Efectos en cascada del desarrollo de la psicoterapia interpersonal para madres con depresión: Asociaciones longitudinales con el apego, el temperamento y la eficacia parental materna en los niños pequeños. *Desarrollo y Psicopatología*, 29 (2), 601-615. DOI:10.1017/S0954579417000219

Heeseung, M; Pennington, E; Carr, A; y Barner, J. (2024). Eficacia de la telesalud para el manejo de enfermedades durante el período perinatal: una revisión exploratoria. *Liebertpub.* https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/tmj.2024.0501?download=true

Henderson, A; Harmon, S; y Newman, H. (2015). The Price Mothers Pay, Even When They Are Not Buying It: Mental Health Consequences of Idealized Motherhood. *Sex Roles.* DOI: 10.1007/s11199-015-0534-5

Hernández, J. (2020). La construcción social de la maternidad en México y las mujeres que deciden no procrear. FEMERIS: *Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 5 (1), 33-45. https://doi.org/10.20318/femeris.2020.5153

Huang, R; Yang, D; Lei, B; Yan, C; Tian, Y; Huang, X; y Lei, J. (2020). The short- and long-term effectiveness of mother–infant psychotherapy on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, 260, 670-679. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.056.

Imaz, M. (2014). Maternidades lesbianas, nuevas formas familiares y derecho a elegir. *Documentos de trabajo de Grafo*, 3 (1), 6-17. DOI: 10.5565/rev/grafowp.10

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID]-Principales resultados*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas a propósito del Día de la Madre.* Comunicado de prensa núm. 271/21. 1-5. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_MAMAS21.pdf

Izzedin, R. (2009). La Maternidad en la Prematurez: A Propósito de Dos Casos Clínicos. *Psicología - Segunda Época*, XXVlll (1), 95-106. https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-del-norte-mexico/ginecologia/antecedentes/66532171

Izzedin Bouquet, R. (2011). El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25 (3), 188-190. https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip113i.pdf

Jaime Espinosa, J. (2003). *Elaboración de relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo con pacientes psicóticos.* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio UNAM. https://repositorio.unam.mx/contenidos/352928

Jiménez, I. (2003). Ser madre sin pareja: circunstancias y vivencias de la maternidad en solitario. *Portularia*, 3, 161-178. https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/166/b15148269.pdf?sequence

Johnston, D; y Swanson, D. (2006). Constructing the "Good Mother": The Experience of Mothering Ideologies by Work Status. *Sex Roles*, 54, 509–519. DOI 10.1007/s11199-006-9021-3

Juárez, J; Lara, S; Navarrete, L; y Lara, M.A. (201). Perinatal Anxiety Symptoms: Rates and Risk Factors in Mexican Women. Int. J. Environ. *Res. Public Health*, 18, 82, 1-12. https://dx.doi.org/10.3390/ijerph

Kaës, R. y Anzieu, D. (1979). *Crónica de un grupo*. Gedisa.

Kaës, R. (2000). *El Aparato Psíquico Grupal*. Gedisa.

Kaës, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas de grupo*. Amorrortu.

King, C; Hayes, M; Maldonado, Monter, E; Aujla, R; Phlegar, E; Smith, C; Parker, L; Blome, K; Sandford, A; Douglas, E; y Guille, C. (2025). Un programa de acceso a psiquiatría perinatal para abordar poblaciones rurales y con acceso limitado a atención médica mediante telemedicina. *BMC Women's Health* 25 (30). https://doi.org/10.1186/s12905-025-03561-1

Kukla, Q. (2008). Measuring Mothering. *The international journal of feminist approaches to bioethics,* 1 (1), 68-90. https://www.academia.edu/609174/Measuring_Mothering?auto=citations&from=cover_page

Laney, E.K; Hall, M; Anderson, T. L; y Willingham, M. M. (2015). Ser madre: La influencia de la maternidad en el desarrollo de la identidad femenina. *Identidad*, 15 (2), 126–145. https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11 (3), 192-205.https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf

Laporta Herrero, I: y Latorre-Forcén, P. (2020). Embarazo y trastorno obsesivo-compulsivo. Una revisión bibliográfica. *Portales Médicos.com*, 15 (17). https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/embarazo-y-trastorno-obsesivo-compulsivo-una-revision-bibliografica/

Lara, Ma. A; Patiño, P; Navarrete, L; y Nieto, L. (2017). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf

Latendresse G; Bailey, E; Iacob, E; Murphy, H; Pentecost, R; Thompson, N; y Hogue. C. A. (2021). Group Videoconference Intervention for Reducing Perinatal Depressive Symptoms: A Telehealth Pilot Study. *J Midwifery Womens Health*, 66 (1), 70-77. DOI: 10.1111/jmwh.13209.

Leach, L; Poyser, C; y Fairweather Schmidt, K. (2015). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist*, 21, 4–19. DOI:10.1111/cp.12058

Lee E.W; Denison F.C; Hor, K; y Reynolds R. M. (2016). Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 29, 16-38. DOI: 10.1186/s12884-016-0831-1.

Llanes, A; Cervantes, M. J; Peña, A. A; y Cruz, J. (2020). Maternidad en legislación mexicana: Una visión desde los derechos laborales de la mujer. *Revista de Ciencias Sociales* (Ve), 1, 50-59. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28063104007

Macías Cortés, E.C; Lima Gómez, V; y Asbun Bojalil, J. (2020). Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta Médica de México*, 156. 202-208. http://doi.org/10.24875/GMM.19005424

Macias Morón, J. J; y Valero Aguayo, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36 (1), 107-113. https://doi.org/10.55414/ap.v36i1-2.717

Mackenna, M. J; Escaffi, M. J; González, T; Leiva, M. J; y Cruzat, C. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32 (2), 207-213. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.06.002.

Martínez, H. J. (2018). Maternidad subrogada. *Revista Venezolana de Legislación y Jurisprudencia,* 270 (10), 269-284. https://vlexvenezuela.com/vid/maternidad-subrogada-738471209

Meares, M. (2017). Muted Group Theory. *The International Encyclopedia of Intercultural Communication*. DOI: 10.1002/9781118783665.ieicc0228

Medina, P; Aran, S; Munté, R. A; Rodrigo, M; y Guillén, M. (2010). La representación de la maternidad en las series de ficción norteamericanas. Propuesta de un análisis de contenido. "Mujeres desesperadas" y "Cinco hermanos" (Conferencia). Comunicación y desarrollo en la era digital. *Congreso AE-IC*. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5393837

Medina, P., Figueras Maz, M; y Gómez Puertas, L. (2014). El ideal de madre en el siglo XXI. *La representación de la maternidad en las revistas de familia. Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 20 (1), 487-504. https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2014.v20.n1.45244

Medina Jimenez, V; Bermúdez Rojas, M.L; Murillo Barga, H; Rivera Camarillo, A.C; Muñoz Acosta, J; Ramírez Abarca, T.G; Esparza Valencia, D.M; Ángeles Torre, A.C; Lara Ávila, L; Hernández Muñoz, V.A; Madrigal Tejeda, F.J; Estudillo Jimenez, G.E; Jacobo Enciso, L.M; Torres Torres, J; Espino Sosa, S; Baltazar Martínez, M; Villanueva Calleja, J; Nava Sánchez, A.E; Mendoza Carrera, C.E; y Martínez Portilla, R.J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on depression and stress levels in pregnant women: a national survey during the COVID-19 pandemic in Mexico. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-3. https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1851675

Medina Mora, M.E; Borges, G; Lara Muñoz, C; Benjet, C; Blanco Jaimes, J; Fleiz Bautista, C; Villatoro Velázquez, J; Rojas Guiot, E; Zambrano Ruíz, J; Casanova Rodas, L; y Aguilar Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental*, 26 (4), 1-16. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956/954

Medina Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27 (3), 185-193. http://www.medigraphic.com/inper

Mojica Perilla, M., Parra Villa, Y. y Osma Zambrano, S.E. (2019). Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. Reflexiones en torno a la construcción del protocolo. *MedUNAB,* 22 (3), 341-355. http://doi.org/10.29375/01237047.2867

Mojica Perilla M; Redondo Rodríguez S; y Osma Zambrano S. E. (2019). Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. *MedUNAB*, 22 (2), 200-212. DOI: 10.29375/01237047.2820

Mojica Perilla, M; Parra Villa, Y; y Osma Zambrano S. E. (2019). Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. Reflexiones entorno a la construcción del protocolo. *MedUNAB,* 22 (3),341-355. DOI: 10.29375/01237047.2867

Morales Andrade, E; Ayala Hernádez, M.I; Morales Valerdi, H.F; Astorga Castañeda, M; y Castro Herrera, G.A. (2018). Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 23, 61-86. https://www.remq-issste.com/files/p4553ax182-issste-p-61-86.pdf

Nakić Radoš, S; Tadinac, M; y Herman, R. (2018). Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta clinica Croatica,* 57(1), 39–51. https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.04.05.

Navarrete, L; Lara Cantú, M. A; Navarro, C; Gómez, M. E; y Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*, 64 (6), 625-633. http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/6731

Olhaberry, M; Escobar, M; San Cristóbal, P; Santelices, M. P; Farkas, C; Rojas, G; y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 31 (2), 249-261. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000200011

Olivella-López, G., Cudris-Torres, L., & Medina-Pulido, P. L. (2020). La telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea. *Desbordes*, 11(1), 96–112. https://doi.org/10.22490/25394150.4078

Ordoñez, M. M. (2022). La maternidad disidente en La giganta: la 'mala madre' filicida. *Sincronía: Revista de Filosofía, Letras y Humanidades*, 81, 280-289. DOI: 10.32870/sincronia.axxvi.n81

Organización Mundial de la Salud. (2005). Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡*Cada madre y cada niño contaran!.* [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/handle/10665/43133

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029

Osborne L. M. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45 (3), 455–468. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.005

Palacios Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo maternoinfantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Salud: Revista de la Universidad Industrial de Santander,* 48 (2), 164-176. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343845607003

Palomar, C; y Suárez, M.E. (2007). Los entretelones de la maternidad. A la luz de las mujeres filicidas. *Estudios Sociológicos*, XXV (74), 309-340. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59825202

Palomar Verea, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana. Revista de estudios de género,* 3 (22), 35-67.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&tlng=es

Parasi, C. (2020). Una Revisión de la Salud Mental Materna en Tiempos de Covid-19. *Revista Psicológica Herediana*, 13 (2), 56-61. https://doi.org/10.20453/rph.v13i2.3903

Perry, A.; Gordon Smith, K.; Jones, L; y Jones, I. (2021). Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis. *Brain Sci*, 11, 47. https://doi.org/10.3390/brainsci11010047

Pierpoint, S; Harrison, E; Lamb, A; Johnson, K; Urban, A; y Scott, C. (2025). Factores de riesgo de depresión posparto y el papel de la telesalud en el cribado y la intervención. *Revista de Psicología y Salud Prenatal y Perinatal*, 39 (1), 22–32. https://doi.org/10.62858/apph250402

Pitt, B. (1968). Atypical Depression Following Childbirth. *The British Journal of Psychiatry,* 114, 1325-1335. DOI: 10.1192/bjp.114.516.1325

Romero Alarcón, I.K. (2019). *Adaptación y evaluación de propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale) en mujeres embarazadas.* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]

Romero, D; Orozco, L. A; Ybarra, J. L; y Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 82 (2),152-162. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9550932

Rosario, I; Santos, R; Lara, A; y Almanza, J.J. (2009). Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo en mujeres mexicanas

embarazadas y puérperas. Reporte preliminar. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría,* 42(1-4), 1-6. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70706

Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *CLEPSYDRA,* 7, 169-183. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2442-Texto%20del%20art%C3%ADculo-6474-1-10-20210326.pdf

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill. https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf

Sánchez, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32 (13), 921-953. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483044

Secretaria de Salud. (2015). Depresión posparto un problema de salud pública que requiere mayor atención en México. *Género y salud en cifras,* 15 (2), 12-25. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revista15-2VF.pdf

Seneviratne, T; Blake, L; Delvi, A; Lapraik, A; Utterson, M; Wilson, C; Foreman, D; y Brockindton, I. (2019). ¿Titulo? adaptada para población mexicana por Martínez Pedraza & Palacios-Hernández. Articulo sin publicar [sin nombre de revista].

Silva Fernandez, C.S; de la Calle, M; Arribas, S.M; Garrosa, E; y Ramiro Cortijo, D. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nurs*, 13, 1553–1576.https://doi.org/10.3390/nursrep13040130

Simon, N; Cunningham, E; Samuel, V; y Waters, C. (2023). Terapia grupal de aceptación y compromiso por videoconferencia para trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatales: perspectivas y recomendaciones de los facilitadores. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *42* (4), 700–714. https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2180143

Sit, D; Rothschild, A. J; y Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of women's health*, 15 (4), 352–368. https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.352

Solé, C; y Parella, S. (2008). «Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas». *Revista Española De Sociología*, 4, 67-92. https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64943

Somerville, S; Dedman, K; Hagan, R; Oxnam, E; Wettinger, M; Byrne, S; Coo, S; Doherty, D; y Page, A.C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Archives of Women´s Mental Health*, 17(5), 443-454. http://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8

Soria, R. (2006). Paternidad, maternidad y empoderamiento femenino. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9 (3), 86-109. https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19027

Stana, A; y Miller. A. (2019) "Ser mamá = sentir todas las emociones": apoyo social en un grupo de apoyo en línea para la depresión posparto. *Atlantic Journal of Communication,* 27 (5), 297-310. DOI:10.1080/15456870.2019.1616736

Stewart, D. E; y Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 375(22), 2177-2186. DOI: 10.1056/NEJMcp1607649. PMID: 27959754.

Suárez Rico, B.V; Estrada Gutierrez, G; Sánchez Martínez, M; Perichart Perera, O; Rodríguez Hernández, C; González Leyva, C; Osorio Valencia, E; Cardona Pérez, A;

Helguera Repetto, A.C; Espino Sosa, S; Solis Paredes, M. y Reyes Muñoz, E. (2021). Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (9). https://doi.org/10.3390/ijerph18094627

Tasnim Progga, F; y Rubya, S. (2025). Perspectivas y desafíos de las mujeres en la adopción de tecnologías de salud mental perinatal, 9 (1), 1-30. https://doi.org/10.1145/3701217

Tavera, M. (2018). La atención primaria de salud y la salud materno infantil. *Peru Ginecol Obstet,* 64(3),383-391. https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2101

Vila Candel, R; Mena Tudela, D; Gómez Seguí, A; Asensio Tomás, N; Cervera Gasch, A; y Herraiz Soler, Y. (2021). Manejo del parto, el puerperio y la lactancia en mujeres positivas para SARS-CoV-2. Estudio multicéntrico en la Comunidad Valenciana. *Enfermería Clínica*, 31 (3), 184-188. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.006

Villaseñor, C; Calderón, J; Gaytán, E; Romero, S; y Díaz Barriga. F. (2017). Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos. *Rev Panam Salud Publica*, 41, 1-7. https://www.researchgate.net/publication/333750123_Salud_mental_materna_factor_de_riesgo_del_bienestar_socioemocional_en_ninos_mexicanos

Vinogradov, S; y Yalom, I, D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós Ibérica.

Visa, M; y Crespo, C. (2015). El papel de la blogosfera en la construcción social de la maternidad: de la virgen maría a las #malasmadres. *Revista de Comunicación de la SEECI,* 37, 299-314. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=523552856009

Whiffen, V.E; y Gotlib, I.H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 274-279. https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.3.274

World Health Organization. (2008). *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland,* 1-16. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43975

Yang, R; Vigod S. N; y Hensel J.M. (2019). Videoconferencia web opcional añadida a la atención en el consultorio para mujeres que reciben psicoterapia durante el período posparto: ensayo piloto aleatorizado y controlado. *J Med Internet Res,* 21 (6), 1-10. DOI: 10.2196/13172

ANEXOS

Anexo A. Dictamen aprobatorio del CEI

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología

CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

Registro Número CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509

Cuernavaca, Morelos, 18 de octubre de 2022
Oficio No. CITPSI/CEI/97/2022
ASUNTO: Dictamen

LIC. MARIO ALBERTO SILVA FLORES
ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA
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: 220622-82
b) Título: Psicoterapia grupal con mujeres en posparto que presentan sintomatología ansiosa-depresiva.
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: Mario Alberto Silva Flores
b) Investigadores corresponsables: Dr. Luis Pérez Álvarez y Dra. Bruma Palacios Hernández
c) Razón social y dirección del establecimiento o institución de salud: Av. Universidad 1001 col. Chamilpa Cuernavaca, Morelos. Tel: 777 3297000

3. Descripción de los documentos evaluados.
Idioma: español.

a) Oficio de solicitud de revisión de protocolo, con fecha del 22 de junio del 2022.
b) Formato de solicitud de revisión de protocolo de investigación, con fecha del 22 de septiembre del 2022.
c) Curriculum breve del solicitante y del investigador corresponsable, con fecha del 22 de junio del 2022.
d) Escalas, con fecha del 22 de junio del 2022.
e) Cartel de difusión, con fecha del 22 de septiembre del 2022.
f) Consentimiento informado, con fecha del 22 de septiembre del 2022.
g) Guía de entrevistas, con fecha del 22 de junio del 2022.
h) Protocolo de investigación, con fecha del 22 de junio del 2022.
i) Aviso de privacidad, con fecha del 22 de septiembre del 2022.
j) Directorio, con fecha del 22 de junio del 2022.
k) Acuerdo de asesoría y derivación con el Laboratorio de Salud Mental Perinatal del CITPsi, con fecha del 22 de junio del 2022.
l) Curriculum breve de terapeutas Sarahí Martínez Rodríguez y Fernanda Bautista, con fecha del 22 de junio del 2022.
m) Curriculum breve de la terapeuta Zuleyma Campos Mass, con fecha del 22 de junio del 2022.
n) Formato de autorización de grabaciones audiovisuales, con fecha del 22 de junio del 2022.

4. Resolución del CEI: APROBADO.

UAEM

5. Vigencia de la aprobación de la investigación: 18 de octubre de 2022 al 17 de octubre de 2023.

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 **17 y 21 de abril de 2023** y el informe final al término de la vigencia de aprobación de su proyecto, ambos en formato 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.

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 al correo cei.citpsi@uaem.mx, 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.

A T E N T A M E N T E
Por una humanidad culta

MTRA. CINTHYA ANAMÍA FLORES JIMÉNEZ
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL
CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Firmado electrónicamente

C.c.p. – Archivo

Anexo B.- Póster



Anexo C.- Carta de Consentimiento Informado





Carta de Consentimiento Informado

Fecha: _____/_____/_____

Maternidades es el nombre de un grupo psicoterapéutico que ha sido creado para mujeres que han tenido un hijo nacido vivo en el último año, principalmente para aquellas que se han dado cuenta que la maternidad no es como les habían dicho que era, para aquellas madres que han tenido malestar psicológico derivado del periodo posparto. El grupo es un espacio para mujeres que quieran compartir su experiencia de maternidad.

Maternidades pertenece a un proyecto titulado ¨psicoterapia grupal con mujeres en posparto que presentan sintomatología ansiosa-depresiva¨, a cargo del psicólogo Mario Alberto Silva Flores, apoyado y supervisado por un equipo de psicólogos pertenecientes a la Facultad de psicología y al Laboratorio de Salud Mental Perinatal, del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, ambos pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

El grupo psicoterapéutico tiene por **objetivo** evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal breve con dos grupos de mujeres, uno virtual y otro presencial, con mujeres que se encuentren en el primer año del periodo posparto, y donde las madres que presentan sintomatología ansiosa-depresiva puedan compartir sus experiencias de maternidad, logrando así identificar mediante un dispositivo de intervención grupal aquellos factores protectores y de riesgo psicosocial que han contribuido a generar malestar emocional, analizar dichos factores y promover la gestión del autocuidado.

El grupo psicoterapéutico tiene una duración de doce sesiones, con una frecuencia semanal, y cada sesión dura una hora y media aproximadamente. Será dirigido por dos psicólogos, el responsable del proyecto, en coordinación con una colega, ambos asegurando confidencialidad en el manejo de datos a cada una de las participantes.

Todo el proceso será a través de la plataforma Zoom y en las instalaciones del CITPsi, no tiene costo alguno ni compensación económica o de alguna otra índole. El riesgo de participar en el proyecto es mínimo. Su participación es totalmente voluntaria, por lo que se podrá retirar del proyecto en cuanto usted así lo decida.

Toda la información que proporcioné será de uso **confidencial**, por lo que solo los responsables del proyecto tendrán acceso a dicha información. Al finalizar las transcripciones y el proyecto, todo el material audiovisual será destruido. Los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación, en publicaciones o presentaciones se utilizarán nombres distintos a los originales, esto con el fin de no exponer a ninguna de las participantes

Yo _____ he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas, y acepto participar voluntariamente en el grupo psicoterapéutico.

Firma de la participante: _____

Testigo

Nombre: _____

Firma: _____

Testigo

Nombre: _____

Firma: _____

Si durante el transcurso del proyecto existe alguna emergencia psicológica, o en el caso de que su vida o la de su bebé corran peligro, nos pondremos en contacto con algún familiar.

Favor de compartir un contacto de emergencia, a quien podamos llamar si se presenta alguna urgencia de cualquier índole.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Número telefónico: _____

Cuando derivado de los temas abordados en las sesiones se genere alguna sintomatología grave, y cuando el proceso psicoterapéutico grupal no sea suficiente nivel de atención para la madre, se le ofrecerán sesiones individuales de orientación psicológica.

Si la sintomatología es de riesgo para la madre o el bebé, se le proporcionará un directorio para que pueda buscar ayuda especializada en otras instancias.

Para cualquier duda o aclaración puede comunicarse con el Psicólogo Mario Alberto Silva Flores al correo electrónico: mario.silvaf@uaem.edu.mx o al teléfono 7774407674

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

Anexo D.- EPDS

Instrucciones:
Queremos saber cómo se siente, ya que tuvo un bebé recientemente.
Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre - No tanto ahora - Mucho menos - No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre - Algo menos de lo que solía hacer - Definitivamente menos - No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces - Sí, algunas veces - No muy a menudo - No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada - Casi nada - Sí, a veces - Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante - Sí, a veces - No, no mucho - No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces - Sí, a veces - No, casi nunca - No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces - Sí, a veces - No muy a menudo - No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre - Sí, bastante a menudo - No muy a menudo - No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre - Sí, bastante a menudo - Sólo en ocasiones - No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo - A veces - Casi nunca - No, nunca

Anexo E.- PASS

Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente? Por favor, marque la respuesta que mejor describa su experiencia para cada pregunta.

Opciones de respuesta:
Nunca
A veces
Con frecuencia
Casi siempre

1.- Preocupación por el bebé/embarazo
2.- Miedo a que algo lastime a mi bebé
3.- Sensación de terror de que algo malo va a pasar
4.- Preocupación por muchas cosas
5.- Preocupación por el futuro
6.- Sentirme abrumada
7.- Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas. Por ejemplo: agujas, sangre, al parto, al dolor, etc.
8.- Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos
9.- Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar
10.- Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo
11.- Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden
12.- Querer que las cosas sean perfectas
13.- Necesidad de controlar las cosas
14.- Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez
15.- Sentirme nerviosa o fácilmente usada
16.- Preocupaciones sobre ideas repetitivas
17.- Estar “alerta” o necesitar estar al pendiente de las cosas
18.- Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas
19.- Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás
20.- Temor de que los otros me juzguen negativamente
21.- Sentirme muy incómoda entre multitudes
22.- Evitar actividades sociales porque me podría poner muy nerviosa
23.- Evitar cosas que me inquieten
24.- Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película
25.- Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó
26.- Dificultad para adaptarme a cambios recientes
27.- Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas
28.- Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarse
29.- Miedo a perder el control
30.- Sentirme con pánico
31.- Sentirme con agitación

Anexo F.- Guía de Entrevista Semi-Estructurada (Adaptación de la Entrevista

Stafford, versión corta)

Datos de identificación y sociodemográficos
Nombre de la madre:
Fecha de nacimiento de la madre:
Estado civil:
Nacionalidad: mexicana
Ocupación:
Nivel de estudios:
Nombre del (la) bebé:
Sexo:
Semanas de gestación:
Fecha de nacimiento:

La entrevista puede llevarse a cabo durante el puerperio, hasta un año después del parto. Se puede llevar a cabo en dos sesiones debido a la longitud de la misma. Se pueden aplicar solo algunas secciones de la entrevista, dependiendo del objetivo clínico o de investigación.
Se tomaron ejes guía para la entrevista, por ejemplo, introducción, antecedentes sociales, psicológicos y obstétricos, cambios emocionales y trastornos psiquiátricos, relación con el feto y relación madre-bebé, todos evaluando los momentos de:
antes del embarazo,
el embarazo,
parto y
posparto.

Introducción

1.- Motivo de consulta: ¿Por qué está interesada en formar parte del estudio/solicitar apoyo psicológico?
Registre los acontecimientos que motivaron a la madre a buscar atención psicológica y los principales síntomas. Haga preguntas adicionales para aclarar estos síntomas y para explorar los principales síntomas de cualquier síndrome psiquiátrico.
2.- Desde su infancia ¿cuáles han sido los acontecimientos más importantes de su vida? Los más significativos, que crea que le han afectado, tanto positiva como negativamente.
Breve resumen de la vida de la madre.
3.- Recuerda: Explorar Historial de Salud Mental, por ejemplo, si ¿alguna vez ha recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico debido a un problema de salud mental? ¿le han dado un diagnóstico? ¿cuál? (psicosis, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, obsesiones, TEPT, trastornos de alimentación, abuso de alcohol o consumo de sustancias) Investigar si ha sido en el periodo perinatal.
Recoger los detalles de los principales síntomas, diagnósticos conocidos, el nivel de atención, el tratamiento recibido y su efectividad. Incluya los intentos de suicidio (número y método). Anotar si la madre tomaba psicofármacos al inicio del embarazo.
4.- Historia obstétrica y ginecológica

Investigar el número de embarazos (incluidas las muertes fetales) y abortos (voluntarios y espontáneos) con fechas aproximadas. Pregunte sobre las complicaciones obstétricas (problemas) asociada a embarazos, nacimientos y abortos.

Embarazo

¿Cómo fue estar embarazada? / ¿Cómo describiría su embarazo?

¿Hubo algún problema (médico) con su embarazo?

¿Cuál fue la duración del embarazo (semanas de gestación)?

Parto (alumbramiento/nacimiento)

1.- ¿Cómo fue cuando llegó el momento del parto? *Por favor describa lo que sucedió cuando llegó el momento del parto*. *Curso de los acontecimientos obstétricos: Duración, tipo de parto*

2.- ¿Tuvo alguna complicación durante el mismo? ¿Estuvo acompañada durante el parto? *Investigar la reacción durante el parto, por ejemplo, con ira, mucho pánico, confusión, perdió el control, experiencia dolorosa o angustiante, sensación de morir, etc. Especificar el motivo de su reacción, experiencia de parto, atento a TEPT.*

3.- ¿Cómo se sintió después del nacimiento?

4.- ¿Cómo describiría la atención médica? *Investigar violencia obstétrica*

Posparto

1.- ¿Cómo fue cuando vio a su bebé por primera vez? ¿Qué sintió? ¿Qué hizo?
Explorar reacción de la madre con el bebé, especificar motivos de decepción, por ejemplo, el género o la apariencia física.

2.- ¿El bebé presentó alguna complicación durante el parto o después? ¿Cuáles? ¿Requirió algún tratamiento/intervención? ¿Cuál? ¿Cómo esto le afecto a usted?
Peso del bebé al nacer, anomalías congénitas, internamiento en Cuidados Intensivos

3.- ¿Cómo se sintió los primeros días después del nacimiento del bebé? *Indagar si hubo tristeza, llanto incomprensible, fragilidad emocional, para corroborar o descartar un episodio de Maternity Blues (Tristeza Materna)*

4.- ¿Cómo ha sido la lactancia? *Investigar si hubo o no lactancia exclusiva o fórmula, motivos (por decisión propia, prematuridad, imposibilidad para amamantar, tratamiento farmacológico, etc.)*

5.- ¿Quién la apoyo durante el posparto? *(Días, tipo de apoyo, problemas por atención o falta de la misma).*

6.- ¿Cómo se sintió después del nacimiento de su bebé?
Explorar síntomas, aparición y duración, gravedad, en términos de efectos sobre las relaciones y el funcionamiento social.

7.- Principales preocupaciones desde que nació el bebé – *Cómo se siente cuidando al bebé, si tiene o no confianza, se preocupa excesivamente por la salud y seguridad del bebé, tiene pánico, miedo patológico a muerte súbita, ansiedad generalizada asociada al cuidado del bebé, preocupaciones sobre la alimentación del lactante, miedo a no ser una buena madre, temor a un apoyo insuficiente, preocupaciones financieras, preocupación a que otros duden critiquen o duden de sus habilidades maternales, etc. Especificar el foco de la ansiedad.*

Extra

Explorar si hay:

1.- Preocupación por apariencia física

2.- Horas de sueño, gravedad de la privación de sueño después del parto

3.- Cambios en el apetito

4.- Sobre su regreso al trabajo (averiguar si se trata de interés por el trabajo o de alejarse del bebé)
5.- Eventos estresantes (acontecimientos adversos) durante el periodo perinatal
6.- Relación con la pareja o padre del bebé - ¿Hubo algún cambio en la relación después del nacimiento del bebé?, permiso de paternidad, ¿te brinca apoyo emocional y práctico suficiente?, ¿han retomado su vida sexual? (informarse sobre los motivos), preguntar sobre violencia doméstica si es necesario
7.- ¿El nacimiento del bebé ha afectado su relación con sus otros hijos?, ¿de qué manera?
8.- ¿Ha habido algún cambio en las relaciones con su familia de origen o con la familia de su pareja?

Ansiedad

1.- ¿Se ha sentido más ansiosa de lo normal?, ¿cómo experimenta la ansiedad?, ¿sus preocupaciones (ansiedades) afectan su relación con el bebé?, ¿evita estar con el bebé?
Explorar preocupación excesiva, ansiedad, tensión, tensión muscular e inquietud, otros efectos tales como insomnio de conciliación y despersonalización.
Averiguar si hay obsesiones como revisar o realizar tareas (ejemplo de limpieza) de forma escrupulosa, impulsos agresivos hacia el bebé, nivel de severidad, obsesiones de dañar al bebé.
2.- ¿Se ha sentido más irritable y/o con ganas de discutir? - *Cuáles son las principales cosas/personas que provocan su irritación, sobre qué temas discute, con qué frecuencia pierde usted el temperamento. Foco, intensidad y frecuencia.*

Depresión

¿Ha tenido depresión, tristeza o angustia prolongada desde que nació su bebé? *– Averiguar sentido pesimista y sin esperanza por el futuro, pérdida de confianza o autoestima, auto-reproches y culpa, anorexia, despertar precoz. Se considera la persona adecuada para cuidar al bebé, ideación suicida, ¿ha sentido que su familia estaría mejor sin usted?, ha pensado en suicidio combinado y filicidio.*

Relación madre-bebé

1.- ¿Cómo describiría a su bebé? *– Es fácil entenderlo y calmarlo, se ha sentido decepcionada en algún aspecto respecto del bebé, como es su temperamento, problemas de alimentación, vómitos, suelo, llanto, implicación emocional con el bebé.*
2.- ¿Qué le gusta hacer con su bebé? ¿qué le disgusta?, ¿cómo se siente cuándo está lejos del bebé?
3.- ¿Se arrepiente de tener a bebé?, ¿ha pensado que estaría mejor si otra persona se ocupara de su bebé?, ¿ha pensado en darlo en adopción?, ¿alguna vez deseo que le pasara algo a su bebé? *(deseos de muerte súbita o de que el bebé fuera robado)*
4.- ¿Se ha sentido molesta con su bebé?, ¿qué ha sido lo más grave que ha hecho cuando está molesta?, ¿ha tenido impulsos de dañar al bebé?, ¿qué ha sido lo peor que ha hecho en esos momentos?, *hay deseo de alimentarlo y protegerlo*, ¿ha tenido el impulso de matar al bebé?, *anotar formas de abuso, como sacudidas, golpes, mordeduras, quemaduras, abuso infantil, negligencia, ideas o impulsos filicidas.*

Psicosis

Si hay evidencia de psicosis puerperal explorar lista global de síntomas psicóticos y revisión de registros médicos, entrevistar a un familiar. Ha tenido experiencias extrañas e inusuales, alucinaciones, despersonalización, obsesionada con ideas inusuales o preocupantes, delirios, comportamiento "fuera de lugar", ideas de estar poseída, catatonia, etc.

Otros trastornos
Trastorno alimentario, consumo de alcohol y sustancias (cannabis, anfetaminas, cocaína, etc.), tratamiento recibido.
Notas
1.- Renuncias/cambios en la rutina que implicó el embarazo y posparto
2.- ¿De qué manera la maternidad le ha cambiado a usted?
3.- ¿Quiere tener otro hijo?, ¿por qué? – *Métodos anticonceptivos, operación para no tener más hijos*
4.- ¿Hay algo más sobre el embarazo, parto o posparto que no le haya preguntado y que le gustaría decirnos?
5.- ¿Cómo se ha sentido con la entrevista?

Anexo G. Programa de intervención

Los temas sugeridos fueron los siguientes:

- Sesión 1.- Motivaciones

Tendría por objetivo presentarse, encuadrar, conocer los motivos de consulta y las expectativas de las participantes. Se les leerá la Carta de Consentimiento Informado, en específico, sobre las grabaciones de las sesiones.

Pregunta guía: ¿Qué pasa con la maternidad?, vamos a presentarnos, diremos nuestro nombre, porqué están aquí, qué esperan del grupo y cómo están viviendo su maternidad.

Video: Experimento social Día de la Madre. Espacio León

https://www.youtube.com/watch?v=TPJB8uA4y1c&t=96s

- Sesión 2.- Embarazo

Identificar y analizar cómo fue vivida la experiencia del embarazo, y descubrir cómo ésta ha impactado en su sintomatología ansiosa-depresiva.

Actividad: Vamos a realizar una actividad para conocernos mejor, voy a realizar algunas preguntas, y ustedes podrán responder si, prendiendo su cámara, o no, apagándola. Empezaré con las preguntas, pero después ustedes también podrán preguntar sobre algún tema que quieran conocer del grupo.

Sugerencia de preguntas: ¿Quiénes viven en Morelos?, ¿Quiénes tuvieron niña?; ¿Quiénes tienen más de un hijo (a)?, ¿Quiénes estudian?, ¿Quiénes ya volvieron al trabajo?, ¿Quiénes tuvieron cesárea?, ¿Quiénes tuvieron complicaciones durante el embarazo?, ¿Quiénes tuvieron embarazo de riesgo?

Quienes respondan afirmativamente se les invitará a que amplíen un poco sus respuestas. Se les motivará a que todas realicen preguntas a las demás madres.

Pregunta guía: ¿Cómo les fue en el embarazo?

- Sesión 3.- Parto

Identificar y analizar cómo fue vivida la experiencia de parto y descubrir cómo ésta se encuentra relacionada con la sintomatología ansiosa-depresiva.

Video: Por tu bien - https://www.youtube.com/watch?v=rxpVqK8oNi0

Pregunta guía: ¿Cómo les fue en el parto?

En caso de que en la sesión surjan experiencias complicadas, como partos traumáticos o violencia obstétrica, se podría ocupar la técnica psicodramática del Espejo
Actividad: Representar la escena – Vamos a representar las experiencias de dos voluntarias, quienes previamente han contado su historia, todo el grupo desempeñará un papel en la construcción de la escena. Las madres podrán desempeñar su mismo rol en la escena o elegir solo ser espectadoras y que alguien más la represente.

- Sesión 4.- Posparto

Identificar y analizar cómo fue el puerperio temprano y los siguientes meses, y descubrir la manera en qué esas experiencias se relacionan con la sintomatología ansiosa-depresiva
Pregunta guía: ¿Cómo han sido estos meses después del parto?

- Sesión 5.- Eventos estresantes

Identificar cuáles han sido aquellos eventos vitales estresantes a los que se han enfrentado en los últimos meses, cómo han sido vividos, y descubrir cómo estos han impactado en la sintomatología ansiosa-depresiva.
Video: Gestión del estrés para convivir en familia
https://www.youtube.com/watch?v=a2zT48yOqx0
Pregunta guía: A ustedes ¿qué las ha estresado últimamente?

- Sesión 6.- Apoyo familiar-social

Identificar si ha habido apoyo social hacia la madre, y descubrir como la presencia o ausencia de éste se relaciona con la sintomatología ansiosa-depresiva.
Pregunta guía: ¿Quién o quienes las han apoyado durante este periodo, desde el embarazo hasta el momento actual?

- Sesión 7.- Relación de pareja y/o con el padre del bebé (en caso de ser distintos)

Identificar y analizar cómo es la relación de pareja, y descubrir cómo esa relación ha afectado en su sintomatología ansiosa-depresiva

- Sesión 8.- Bebé deseado y planeado

Identificar y analizar la interacción madre-bebé desde antes de la concepción hasta el posparto, y descubrir cómo se relaciona con la sintomatología ansiosa-depresiva.
Video: Noticia: buzones para bebés https://www.youtube.com/watch?v=gfXosoNL__U
Pregunta guía: ¿Cómo es la relación con sus bebés?

- Sesión 9.- Violencias

Identificar y analizar si las participantes han sido víctimas de violencias.

Video: #EsViolencia: Experimento Social

https://www.youtube.com/watch?v=0FzThcf4rWQ

Pregunta guía: ¿Qué opinan del video, sobre situaciones a las que muchas veces se ven expuestas las niñas y mujeres?

- Sesión 10.- Rol materno

Identificar y analizar cómo ha sido la transición a la maternidad, los retos que han enfrentado y las estrategias que han ocupado, descubrir como el convertirse en madres ha impactado en la sintomatología ansiosa-depresiva.

Videos:

¿Qué es ser madre? - https://www.youtube.com/watch?v=fehyGBQnZXs

Ser madre en dos palabras - https://www.youtube.com/watch?v=CroIqPT82MA

Pregunta guía: ¿Cómo es la maternidad?

- Sesión 11.- Temática libre

Identificar y analizar la capacidad del grupo para trabajar con libre asociación, de manera espontánea y sin la conducción de los psicoterapeutas.

Pregunta guía: ¿Qué tema consideran importante en relación con su maternidad y el malestar psicológico, y qué no hemos abordado en las sesiones previas? Se explica que en esta ocasión es el grupo quién propone el tema.

- Sesión 12.- Cierre

Identificar y analizar cómo ha sido la experiencia de participar en el grupo psicoterapéutico.

Actividad: Nos vamos de viaje (el Puente) – Imaginemos que nos vamos de viaje, hagamos nuestras maletas, ¿a dónde se quieren ir?, ¿a dónde se irán ahora que el grupo ha terminado? ¿qué echarán en la maleta? ¿qué aprendizajes se llevan? ¿qué sentimientos, emociones dejan? ¿de quién se despiden? ¿qué les quieren decir?

Se agrega la dramatización de estar en la central de autobuses (agregar sonido), el autobús está por salir, tenemos una hora para despedirnos, hagámoslo.

Preguntas guía: ¿Qué les ha parecido la experiencia del grupo?, ¿Qué es lo que más les ha agradado?, ¿Lo que menos les agradó?, ¿Qué modificarían en el grupo?, ¿Volverían a participar en un grupo psicoterapéutico?, ¿Qué han aprendido?, ¿Qué cosas descubrieron?, ¿Qué logros alcanzaron o qué retrocesos tuvieron?

Cuernavaca, Morelos a 14 mayo 2025
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada **Psicoterapia grupal con mujeres en posparto que presentan sintomatología ansiosa-depresiva**. Trabajo que presenta el C. **MARIO ALBERTO SILVA FLORES** quien cursó la Maestría en Psicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	**APROBADO**	**CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS***	**SE RECHAZA***
DR. LUIS PEREZ ALVAREZ	X		
DRA. BRUMA PALACIOS HERNANDEZ	X		
DRA. SONIA FRIAS MARTINEZ	X		
DRA. DENI STINCER GOMEZ	X		
MTRA. CLAUDIA YERENI JIMENEZ GARCIA	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).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE
Comisión Revisora
(se anexa e-firma)

Av. Universidad 1001 Col. Chamilpa, Cuernavaca Morelos, México. Facultad de Psicología, edificio 70 Tel. (777) 329 70 00, Ext. 3704 psicologia.posgrado@uaem.mx

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANÓ INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2025-05-14 14:06:47 | FIRMANTE

iErBTWw6DrBTvnVdv5o8R63dvOnpfof2alUfuI15ZHbX3WXPOkLQBhrFRkCqgKdFHDBMZpZaqVDxqWMZ3+pUTSVtYqdTnalSCPvbKd51H44kyUge8Pq4U3No7oY4cbmMQ+wIkKijlARsDX32Fr1mclfoNFJY0ESNQjPn6OKDRx4zjWIaoqSr+zOobxY6CIwQciOZ//ZQKqim7XH6YgYsd99aLFui8ER2iPOEM7AyQdOJtcAVJbTjSx366opIJTMLlPBAXEOs0cMRzQDiTxDBFygYzHo/bt/LFWl3SMah/KwCu0fTK3IVP6WC0BcoKS1mq9u4xziDkWLzNoE0CnMA+g==

DENI STINCER GOMEZ | Fecha:2025-05-20 11:14:30 | FIRMANTE

B5gWykhmYBk+UcBXikheeuDmQ24RkIFC43zfbwlTt263uFxhmXujGPCP8J7DKMN0zLqsKNyBQ0/fZMbHSiTMoVYMl8LLD0Pf+C+zPvqqcSX8P7BBX61xCPCBbwdENbgSi7pt54uYlQrrvg9AdzOyoBtnkPbkp2SZAl+8Co7dHB89dSqCpztTIUDH/sUr/Gkx7rgpmDaAX/VPiCq9/muf2RWPgoK3SU3D1hNNjRCZZ+y79o1FHfuDL7bibCJPdLUeDZKt0Vz8W4BURRLBxgQIdIfclivzRmtYn6uHYbLd/bjSUUo6nrbkGHS3b/OtspqlBBYM0OCMK7bvcbN1HZsjPg==

BRUMA PALACIOS HERNANDEZ | Fecha:2025-06-04 11:58:23 | FIRMANTE

Owj/4jIECjCnbONm60JVlOeDuz3k1p51GlL3RedmanZv7jhSVlqkNEgQsNR6M27rxi/RnnyKmTyPWrZSC6hSC9Awqq2zjTxKnfe7k/nvBzkw/VzEg0XuHqSs4ALZZb04x1AwY+km2GR3RLmnfyzhoPd0OeafZ/vDZbDGDmOEXrfBPGkXwTDGB5ZpqGrY+Duub1HGaiiolodvnZ5PK1zbuFyB8Vu4ZJf5e00SsTGgMEPXmJVkOMWSKg4mpg6X0PRweFZGGHC2z7in6Dd6pDzvZcBrH5Ixox6P2G/pnLUQI17DkGMwXcTp0wJsLpnPDlSqukXVXA1D8tG0q9Xbi3+sIA==

SONIA FRIAS MARTINEZ | Fecha:2025-06-12 11:42:03 | FIRMANTE

W3iGD3y7nGSB++7Wq8rZVPE+vgryaSNJfVhyvUJycNeaay0SFqPGd6PqSmQmDJVYYbvZqIGuJfK54P9Z5HjYRoHPkysN2717tdTgBfwbcEz8UTOKcjNzPFB7GmsXNqMhN6L3gC2CzpV/KjWYm7VQebcDMasLyRetYnX2bX62+V9wHAT41Wtq2JNR/UrQbqWSOTU6bZr0VpDqaW9noIm56gTe2Ahc+jmTp0iFiVLTXoZ45EFGb+vNSUM3Hy8dT1EMCKEULjIcKcO389r3kZoU90na0qH9K9uQAja+iZS1eGRVzVjG085R+iP7R5iciPRMCRbPxPod4RCRVD6T0Hzuzg==

CLAUDIA YERENI JIMENEZ GARCIA | Fecha:2025-06-12 12:05:09 | FIRMANTE

gQsFVMQ0d6sne0aUN6bovr/YJbwVNAKmwFcigBwVGN+QoMXAx738rHwOpbg2Hp0uEp2RBNq1jxzP7w8YkFYz2aJvJzBp1wEOH6SjXJm4Xdsw0INtq2TT0yPn0WjSkLfo/pp6fXoEu9BezkHfTArlVRAQdZs0z5EFsTEx5JQszWSct95WMj3KIsYN9GgKv2s37EdmQfwiw4lD4ForzdRfanGP8hlvCOMHUa5yPyZSVaWXN1aWosBVEtu1DZWzIL75FPaelqi69+IV4X6NIX8Kyirj9XP30AjjaKEo7mt/PN40xUOn8a6BQQ9hpD2+DkBrEYUxanMlXCky1RcxKcPz5Q==

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

yw2gFZxUO

https://efirma.uaem.mx/noRepudio/xxqegLtAGAk8rTxhmsFVqA9CYVl8oHfZ