

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO
COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON
DEPRESIÓN PRENATAL

Licenciado

JOSÉ L. AGUILAR GUERRA
8-787-476

Tesis de grado presentada
a la Facultad de Psicología
como uno de los requisitos
para obtener el Grado de
Magister en Psicología
Clínica

Panamá, República de Panamá
2015

Dedicatoria

Dedicatoria

Dedico este trabajo, culminación de una etapa académica, ante todo a mi madre y a mi padre (QEPD). Padres que han brindado sudor y sacrificio constante a la expansión de mi conocimiento y adquisición de las habilidades para crecer como profesional y como ciudadano ejemplar. Padres que siempre han confiado en mí potencial, y brindado lo mejor de cada uno para lograr el objetivo de llevarme al lugar en donde me encuentro.

A la Lic. Arcia, y a todo el equipo en APLAFA, quienes desde el primer momento vieron el potencial de esta investigación y la apoyaron incondicionalmente.

A las madres, que me brindaron su confianza y accedieron a participar, abriendo su vida al cambio.

A cada profesor de la carrera, que a su manera propia me han brindado motivación, guía y experiencia.

A toda persona que ha influido positivamente en mi vida.

A todo lector interesado.

Agradecimientos

Agradecimientos

Agradezco a Dios, guía moral y motivador para brindar ayuda a aquellas personas que lo necesiten.

A mi asesor de Tesis el Prof. Ricardo López que con mucha paciencia me ha brindado amablemente su experiencia y profesionalismo.

A todas las mujeres que con gusto participaron en este programa de intervención psicoterapéutica y compartieron su vida.

A todo el equipo en APLAFA, que me han abierto las puertas y que día a día trabajan por el beneficio de toda la población que asiste a sus distintos centros.

A todo aquel que directa e indirectamente me ha ayudado en el desarrollo de este trabajo y en mi formación profesional.

Resumen

El presente trabajo de investigación consiste en medir los efectos de un tratamiento para la depresión en mujeres embarazadas, utilizando la Terapia Cognitivo Conductual, a través de un diseño de investigación cuasi-experimental, pre-prueba y post-prueba, con grupo experimental y grupo control. Las mujeres participantes son todas referidas por la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA), reportando múltiples síntomas de depresión y obteniendo el puntaje necesario en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (EPDS), instrumento utilizado en la investigación. La muestra estuvo integrada por seis mujeres embarazadas. El tratamiento fue ofrecido en ocho sesiones, una vez por semana con una duración de una hora por sesión. Se pudo comprobar mediante el análisis estadístico de los resultados de las pre-pruebas y las post-pruebas que la Terapia Cognitivo Conductual individual es efectiva en el tratamiento de la depresión prenatal debido a que se redujo la sintomatología depresiva en el grupo experimental.

Abstract

The present research consist of measuring the effects of treatment for depression in pregnant women using cognitive behavioral therapy, through a quasi-experimental design, with pre-test and post-test, an experimental group and group control. Participants are all referred to by the Panamanian Association for Family Planning (APLAFA), reporting multiple symptoms of depression and obtaining the necessary score on the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the instrument used in this research. The sample was composed of six pregnant women. Treatment was offered in eight sessions, once a week with duration of one hour per session. It was found by statistical analysis of the pre-tests and post-tests results that Cognitive Behavioral Therapy for individuals is effective in treating prenatal depression because depressive symptoms were reduced in the experimental group.

INDICE GENERAL

	PÁGINA
PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN / ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Depresión Prenatal	4
1.1. Antecedentes históricos	4
1.2. Características Generales	6
1.3. Prevalencia de la Depresión en la población de mujeres embarazadas	7
1.4. Factores de Riesgo	9
1.5. Consecuencias a la Depresión Prenatal	10
1.5.1. Consecuencias para la madre	11
1.5.2. Consecuencias para el feto	12
1.5.3. Consecuencias para el bebé	12
1.6. Herramientas Diagnósticas	12
2. Tratamiento de la Depresión Prenatal	13
2.1. Tratamiento Farmacológico	14
2.2. Tratamiento No Farmacológico	15
2.3. Tratamiento Psicológico	16
2.3.1. Terapia Interpersonal	17
2.3.2. Terapia Cognitivo Conductual	18
2.3.3. Terapia Psicodinámica	19
2.3.4. Apoyo de los pares o compañeras	20

CAPÍTULO II: LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN PRENATAL

1. Modelo Terapéutico Cognitivo Conductual	23
1.1. La estrategia terapéutica en la Terapia Cognitivo Conductual	24
2. Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck	25
3. Técnicas Cognitivo Conductuales	27
3.1. Activación Conductual	27
3.2. Restructuración Cognitiva	29
3.3. Entrenamiento en Resolución de Problemas	32

CAPITULO III: METODOLOGÍA

1. Planteamiento del Problema	34
2. Justificación	34
3. Objetivos de la Investigación	35
3.1. Objetivo General	35
3.2. Objetivos específicos	35
4. Hipótesis	35
4.1. Hipótesis Conceptual	35
5. Unidades de observación	36
5.1. Definición conceptual de las variables	36
5.2. Definición operacional de las variables	37
6. Diseño y Estrategia de Investigación	37
6.1. Diseño de Investigación	37
6.2. Estadística utilizada	39
6.3. Hipótesis de investigación y estadística	40
7. Concepto de Población y Muestra	41
7.1. Población	41
7.2. Muestra	41
7.2.1. Criterios de inclusión	42

7.2.2. Criterios de exclusión	42
8. Instrumentos de medición	42
8.1. Entrevista Clínica Individual	42
8.2. Criterios Diagnósticos del DSM-IV TR	43
8.3. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
1. Caracterización de la muestra	47
2. Resultados clínicamente observados y puntuación de la EPDS	55
3. Resultados estadísticos	56
CAPÍTULO V: INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
1. Interpretación y análisis de los resultados	61
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
1. Conclusiones	64
2. Recomendaciones	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	75

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS Y TABLAS

CUADRO		PÁGINA
I.	Caso Clínico I	49
II.	Caso Clínico II	50
III.	Caso Clínico III	51
IV.	Caso Clínico IV	52
V.	Caso Clínico V	53
VI.	Caso Clínico VI	54
VII.	Análisis de los resultados de sintomatología depresiva (EPDS) Prueba T para la correlación entre la pre-prueba del grupo experimental y la pre-prueba del grupo control.	56
VIII.	Análisis de los resultados de sintomatología depresiva (EPDS) Prueba T para la correlación entre la 1ra y 2da medición del grupo experimental.	57
IX.	Cuadro X. Análisis de los resultados de sintomatología depresiva .. (EPDS) Prueba T para la correlación entre la 1ra y 2da medición del grupo control.	58
X.	Análisis de los resultados de sintomatología depresiva (EPDS) Prueba T para la correlación entre la post-prueba del grupo experimental y la post-prueba del grupo control.	59

FIGURAS

1.	Psicopatología y modelo del mecanismo de la activación conductual	28
2.	Comparación entre la pre-prueba y la post-prueba de la EPDS	55

TABLAS

1. Síntomas de la Depresión Mayor	6
2. Descripción de la Muestra	48
3. Resumen de la puntuación del EPDS	55

INDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Consentimiento Informado	81
ANEXO II: Casos Clínicos	83
ANEXO III: Escala de Depresión Post-natal de Edinburgh.....	106
ANEXO IV: Definición Operacional de la Terapia Cognitiva Conductual	108
ANEXO V: Lecturas y Documentos proporcionados	120

Introducción

Esta investigación consta en la aplicación de una terapia individual con el enfoque en la Terapia Cognitivo Conductual para el manejo de la depresión en mujeres embarazadas que sean referidas en la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA).

Cuando nos referimos a depresión prenatal nos referimos al estado depresivo clínico que se inicia durante el embarazo el cual se acentúa y permanece debido a las circunstancias psicosociales originadas por la noticia del embarazo como problemas en la relación de pareja, problemas en la relación familiar, problemas laborales.

De acuerdo con la literatura consultada, las consecuencias de la depresión prenatal van dirigidas no solo a la madre, sino al bebé no nacido y a la familia cercana.

El modelo Cognitivo Conductual que se encuentra entre los modelos sugeridos para el tratamiento efectivo de la depresión prenatal, permite establecer un marco teórico adecuado en el trabajo investigativo con las madres asistentes.

El ayudar a no solo una persona sino que existieran ramificaciones positivas en su ambiente social y familiar, fue motivante a trabajar con este segmento de la población que frecuentemente es olvidado por la salud mental.

Consideramos conveniente señalar que para la realización de este trabajo se desarrolló un plan de trabajo que se describe de la siguiente manera: capítulo I, fundamentación teórica; capítulo II, la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión prenatal; capítulo III, metodología; capítulo IV, resultados; capítulo V, análisis de los resultados y capítulo VI: conclusión y recomendaciones.

En el capítulo I, la fundamentación teórica se presenta mediante una revisión de la Depresión que ocurre durante el embarazo. En resumen los antecedentes históricos, características generales, prevalencia y las consecuencias directas e indirectas. Además observamos las herramientas diagnósticas y los tratamientos existentes y en estudio.

En el capítulo II, se realiza una descripción de la terapia mediante el modelo cognitivo conductual y el impacto de la misma sobre la depresión. Se describen las técnicas como la activación conductual, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en resolución de problemas.

En el capítulo III, se plantea la metodología utilizada. Se enuncia el problema, las preguntas de investigación, se establecen objetivos, se determina el diseño de la investigación y la formulación de hipótesis. Además se presentan las variables, los instrumentos de medición, el análisis estadístico de los resultados y la muestra a la cual se le aplica el tratamiento.

En el capítulo IV y V, se presentan los resultados de la investigación reconociendo los grupos experimental y control, y se infiere los resultados a través del análisis de estos mediante el método estadístico de t de student.

En el capítulo VI, se presentan las conclusiones y recomendaciones. En las conclusiones se resume los puntos clave sobre el trabajo investigativo, desarrollados en base a los resultados obtenidos y la experiencia clínica durante el periodo de trabajo. Las recomendaciones tienen el objetivo de mejorar los parámetros de investigación y buscar posibles formas de ampliar el conocimiento científico en la materia de psicología prenatal.

Finalmente presentamos la bibliografía con la cual se nutrió la investigación y los anexos correspondientes que sin los mismos no fuese posible esta investigación.

CAPITULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Depresión Prenatal

1.1. Antecedentes Históricos

De acuerdo a Gómez y Soledad (2002), el embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo.

En el siglo IV a. C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigua Grecia (Oviedo y Jordán, 2006); y Sorano de Efeso (100 d.C) la define como una situación de “frenitis aguda” entendida como “enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno” (Gómez y Soledad, 2002).

En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe “Enfermedades propias de las mujeres” (Oviedo y Jordán, 2006).

En 1858, Louis Victor Marcé (1828-1864) médico francés nacido en París, publicó un libro de texto monográfico sobre los trastornos mentales del embarazo y puerperio, que se considera el primer tratado de psiquiatría perinatal. Era el “*Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*” (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas). En este tratado,

Marcé describió el embarazo y puerperio como un periodo de vulnerabilidad psíquica específica, con un pronóstico favorable. Discutía la visión tradicional de que el embarazo era bueno para la salud mental de la mujer, si la mujer ya tenía un trastorno mental. Con una visión clínica y empírica, fue un pionero que ya habló del mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal en mujeres con trastornos psiquiátricos, del efecto del estado mental materno en el neurodesarrollo fetal, y que hizo una completa descripción clínica de la psicosis. Definió, además, la lactancia como un “estado puerperal prolongado” y mencionó que el destete abrupto podría ser causa de descompensación psíquica en algunas madres. Describió las preocupaciones, ansiedades, cansancios, desesperanzas, obsesiones, etc., de gestantes y púerperas. Habló con sorprendente precisión de la importancia de los trastornos afectivos en el puerperio, de su prevalencia y de la importancia de la prevención de los mismos. Sin embargo, su obra fue prácticamente ignorada durante más de 150 años (Trede, Baldessarini, Viguera, y Bottero; 2009)

En las últimas dos décadas ha habido un incremento en el interés por problemas de la salud mental durante el periodo del embarazo y postparto. Hasta mediados de la década del 80 del siglo pasado, prevaleció la idea de que la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se sabía, por supuesto, que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar y que las púerperas eran algo más vulnerables (Welner, 1982), pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía de afecciones psíquicas. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito prevaleciente hasta entonces cuando, en un texto inglés de la época, inició el capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo con la pregunta siguiente. “¿Sirve el embarazo, como se ha afirmado a menudo, para proteger a la futura madre de la enfermedad mental?” (Oppenheim, 1985). A la fecha, depresión postparto ha sido el foco de atención de los investigadores mientras que la depresión durante el embarazo ha sido relativamente descuidada (Misri, Kendrick, Oberlander, Norris, Tomfohr, et al., 2010). Este campo por explorar es el que invita al estudio, por lo cual debemos definir en mayor medida en que consiste la depresión prenatal.

1.2. Características Generales

Investigaciones recientes han indicado que el embarazo, una transición importante de la vida, puede ser un momento de mayor vulnerabilidad para la aparición o la recaída de la depresión. De hecho, los síntomas depresivos son la perturbación afectiva más común exhibida por las mujeres embarazadas (Affonso, Lovett, Paul, Sheptak, Nussbaum, Newman y Johnson, 1992).

Según Jadrésic (2010), las características clínicas de la depresión mayor del embarazo son, en lo fundamental, similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida. Por este motivo, para el no especialista, es útil conocer los síntomas de depresión mayor, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (Tabla 1) (APA, 2000).

Tabla 1. Síntomas de la depresión mayor*

<ul style="list-style-type: none">• Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas, y/o• Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta <p>Otros síntomas que pueden presentarse</p> <ul style="list-style-type: none">• Fatiga o falta de energía• Inquietud o sensación de enlentecimiento• Sentimientos de culpa o minusvalía• Dificultades para concentrarse• Alteraciones del sueño• Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

*modificado de: American Psychiatric Association, 2000.

Se debe tener presente que algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión. Asimismo, es pertinente recordar que las embarazadas pueden sufrir de ciertas patologías médicas, tales como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por ello, se recomienda explorar sistemáticamente los síntomas psíquicos de depresión

mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida (Jadrésic, 2010).

1.3. Prevalencia de la Depresión en la población de mujeres embarazadas

La depresión es una condición crónica y recurrente y una de las causas principales de incapacidad en mujeres globalmente (Murray y López, 1997). Las mujeres son dos a tres veces más probables de tener depresión, con una tasa prevalente a ocurrir durante los años de fertilidad (APA, 2000; Halbreich, 2004). Era una vez pensado que el embarazo proporcionaba protección de la depresión, pero información epidemiológica ha mostrado tasas comparables para mujeres embarazadas y no embarazadas (Gavin et al., 2005; Vesga-López et al., 2008). Diversos estudios indican que la prevalencia del Trastorno por Depresión Mayor en mujeres embarazadas va desde 7% al 13% (Bennet, Einarsonm Taddiom Koren y Einarson, 2004; Bland, 1997; Evans, Heron, Francomb, Oke y Golding, 2001). Aun así, estas tasas casi triplican para algunos grupos de alto riesgo, incluyendo mujeres con un bajo status económico, minorías, adolescentes, solteras y viviendo solas o con una historia previa de Depresión (Bennet et al., 2004; DaCosta, Larouche, Dritsa y Brender, 2000; Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer y Cameron, 1995; Pearlstein, 2008; Zayaz, Cunningham, McKee y Jankowski, 2002).

Estudios recientes en Europa occidental estiman la frecuencia de depresión prenatal en el 20% (por ejemplo, Manzano, Righetti, y Conne Perreard, 1997). Aunque hay una disminución en el periodo postnatal en Francia (11% en promedio), se mantiene en un nivel inquietante. Esta tendencia representa una grave preocupación por la salud mental pública.

Otras áreas del mundo muestran niveles significativamente más altos de depresión perinatal. Los estudios realizados en Australia muestran frecuencias de 18% y 14% (Buist, Barnett, Milgrom, Ericksen, Condon, Hayes & Brook, 2005). En Canadá, DaCosta et al. (2000) encontró un nivel de 16%, similar al nivel de 13% que se encuentra en los EE.UU. (Beck, 2001). La niveles aumentan significativamente, como por ejemplo en Turquía a 40% (Budgayci, Sasmar, Tezcan, Kurt, y Öner, 2004).

Depresión en el embarazo y el puerperio es un grave problema de salud para las mujeres y las familias. Concordamos que entre 10-16% de las mujeres son diagnosticadas con un episodio depresivo mayor durante el embarazo o en el primer año después del parto (LeStrat, Dubertret y Le Foll, 2011; O'Hara y Swain, 1996) que es superior a los aproximadamente 5% de las mujeres adultas diagnosticados con depresión mayor cada año. Anualmente, aproximadamente 4,000,000 de mujeres dan a luz en los Estados Unidos; por lo tanto, al menos 400.000 mujeres experimentan depresión en el embarazo o el posparto cada año (Martin, Hamilton y Ventura, 2012). En el sistema de salud de la Universidad de Michigan, los datos experimentales sugieren que la depresión se diagnostica en sólo el 0,8% de las mujeres gestantes (Marcus, Barry, Flynn y Blow, 1998 citado en Marcus, Barry, Flynn, Tandon y Greden, 2001). Por lo cual, teniendo en cuenta que las estadísticas indican una tasa de prevalencia entre el 10% - 12% (Bennett et al., 2004a) o 10% - 16% (LeStrat et al. 2011) esta tasa de detección es baja. Otros estudios indican que alrededor del 65% de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo nunca son diagnosticados (Ko et al. 2012), a menudo debido al estigma asociado con la depresión y otras barreras a la búsqueda de tratamiento (Dennis y Chung-Lee, 2006).

Los estudios epidemiológicos que se han realizado sobre la prevalencia de la depresión prenatal han producido estimaciones que varían considerablemente. Sin embargo, un meta-análisis cumplió el objetivo de obtener una estimación global de la prevalencia de la depresión por trimestre del embarazo, determinada por dos cuestionarios de auto-informe y entrevistas clínicas estructuradas (Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004a). Veintiún artículos cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados mostraron que la prevalencia de depresión fue del 7,4% en el primer trimestre, un 12,8% para el segundo trimestre y 12,0% en el tercer trimestre. A través de los tres trimestres las tasas no difirieron significativamente. Para las mujeres de bajo nivel socioeconómico, la resultados de este meta-análisis mostraron una tasa de prevalencia del 47% para el segundo trimestre y 39% para el tercer trimestre, cuando determinó mediante cuestionarios de auto-informe y el 28% y 25%, respectivamente, cuando alcanzado por entrevistas estructuradas. Los investigadores sugieren que dado los artículos incluidos en el estudio, es probable que las tasas que encontraron sean

conservadoras. Basado en los estudios de prevalencia realizados hasta el momento, está claro que las tasas de depresión durante el embarazo, especialmente durante el segundo y tercer trimestre, son sustanciales.

Esto ciertamente produce alarma, y no ha de ignorarse. Debemos tomar en cuenta cuales son los factores de riesgo que producen números tan altos a manera de buscar herramientas de prevención y reducir las posibles consecuencias negativas de la Depresión Prenatal.

1.4. Factores de Riesgo

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión en el embarazo, encontrados mediante metanálisis por Lancaster, Gold, Flynn, Yoo, Marcus y Davis (2010), son:

- **Ansiedad materna:** alta asociación
- **Acontecimientos vitales estresantes:** alta asociación
- **Antecedentes personales de depresión.** Alta asociación
- **Falta de Apoyo Social, especialmente la de la pareja.** Asociación media
- **Violencia doméstica.** Media a pequeña asociación
- **Embarazo no deseado:** baja asociación.
- **Relación de pareja:** asociación media entre el no vivir con la pareja. Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo.
- **Sociodemográfica:** se encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud. El nivel socioeconómico no mostró asociación. Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja.

Sin embargo, más de 20 estudios han informado variables demográficas y psicosociales asociadas con la depresión prenatal. Aunque la calidad metodológica de estos estudios es variable se informaron algunas asociaciones consistentes. En particular,

la falta de apoyo social, en general y de la pareja, se asoció fuertemente con la depresión prenatal en numerosos estudios (por ejemplo, Barnet, 1996; Pajulo, 2001; Rubertsson, 2003; Seguin, 1995; Zelkowitz, 2004), así como los eventos de la vida estresantes o negativos (por ejemplo, Barnet, 1996; Blaney, 2004; Glazier, 2004; Rubertsson, 2003; Seguin, 1995). Además, los conflictos con la pareja o el padre del niño o las relaciones deficientes se asociaron con la depresión prenatal en cuatro estudios (Barnet, 1996; Glazier, 2004; Johanson, 2000; Zelkowitz, 2004).

A diferencia de los estudios sobre depresión postparto, que han encontrado asociaciones muy fuertes entre los síntomas depresivos y los antecedentes psiquiátricos personales, los antecedentes psiquiátricos se asociaron con la depresión prenatal sólo en un estudio (Marcus, 2003), y no se asociaron con la depresión en otros cuatro estudios que incluyeron esta variable (Chen, Chan, Tan & Lee, 2004; Seguin, 1995). Entre las variables obstétricas las complicaciones en los embarazos anteriores o la cesárea se asociaron con depresión prenatal en tres estudios (Chen et al, 2004; Fatoye, 2004; Rubertsson, 2003), mientras que las complicaciones en el índice de embarazo no se asocian de forma consistente con la depresión (Blaney, 2004; DaCosta et. al., 2000; Pajulo, 2001). De las variables demográficas sólo los bajos ingresos se asociaron reiteradamente con la depresión prenatal (Blaney, 2004; Glazier, 2004; Lindgren, 2001; Pajulo, 2001; Seguin, 1995).

La depresión prenatal, se ha descrito como un factor de riesgo para la depresión postparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comenzaron en la gestación (Evans, Heron, Francomb, Oke y Golding, 2001).

1.5. Consecuencias de la Depresión Prenatal

La evidencia creciente en los últimos años se ha sugerido que hay varias consecuencias negativas de la depresión prenatal en el bienestar de las madres y del feto/bebé. Las dificultades psicológicas pueden crear cambios químicos en el embarazo y

estos cambios, junto con un estilo de vida alterada como consecuencia de la depresión, puede afectar a la madre, así como el desarrollo del feto (Misri, 2005).

1.5.1. Consecuencias para la madre

Las mujeres que experimentan la depresión en el embarazo o postparto tienden a tener dificultades en la interacción emocional (Austin y Priest, 2005) y en la formación de lazos de apego con sus bebés (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck y Resch, 2006). Además se ha demostrado deterioro funcional (Birndorf, Madden, Portera y León, 2001; Kelly, Russo y Watson, 2001); mala nutrición y pérdida de peso (Zuckerman, Amaro, Bauchner et al, 1989).; pre-eclampsia (Kurki, Hiilesmaa, Raitasaol, et al, 2000); incumplimiento con la atención prenatal (Kelly, Danielsen, Golding y otros, 1999); abuso de sustancias (Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004b; Lindgen, 2001; Zuckerman, Amaro, Bauchner, et al, 1989) y; suicidio (Birndorf, Madden, Portera, et al, 2001; Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius y Piha, 2001).

Por otra parte, estudios han demostrado una estrecha relación entre la depresión durante el embarazo y la depresión posparto (Beck, 2001; Edwards, Galletly, Semmler-Booth, Dekker, 2008ab; Evans, Garza, Francomb, Oke y Golding, 2001; Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991; Heron, OConnor, Evans, Golding y Glover, 2004; Johanson, Chapman, Murray, Johnson y Cox, 2000; Kitamura, Yoshida, Okano, Kinoshita, Hayashi, Toyoda, Ito, Kudo, Tada, Kanazawa, Sakumoto, Satoh, Furukawa y Nakano, 2006; Leung, Martinson, Arthur, 2005; O'Hara, Schlechte, Lewis y Varner, 1991; Robertson, Grace, Wallington y Stewart, 2004) donde estos han demostrado que hasta un 50% de las mujeres que sufren depresión durante embarazo sufrirá de depresión posparto (Graff, Dyck, y Schallow, 1991; Johanson, Chapman, Murray, Johnson y Cox, 2000; Josefsson, Berg, Nordin y Sydsjo, 2001; Larsson, Sydsjo y Josefsson, 2004). Un meta-análisis encontró que la depresión durante el embarazo fue el más fuerte predictor de depresión posparto (O'Hara y Swain, 1996). Además, la depresión en el embarazo y el posparto está asociada con la recurrencia de la depresión dentro de cinco años (Cooper y Murray, 1998)

1.5.2. Consecuencias para el feto

La depresión prenatal también ha sido conectada a resultados adversos del embarazo, tales como: bajo peso al nacer (Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Schanberg y Kuhn, 2008; Rahman, Bunn, Lovel y Creed, 2007; Steer, Scholl, Hediger y Fischer, 1992); labor de parto prematuro (Dayan, Creveuil, Marks, Conroy, Herlicoviez, Dreyfus y Tordjman, 2006; Orr, James, Blackmore-Prince, 2002; Steer et al, 1992).; parto prematuro (Dayan, Creveuil, Herlicoviez et al, 2002.); bebés muy pequeños para la edad gestacional en mujeres adultas (Steer et al, 1992.) y; mayor riesgo de cesáreas de emergencia y analgesia epidural (Chung, Lau, Yip, Chiu y Lee, 2001).

1.5.3. Consecuencias para el bebé

Efectos físicos y de comportamiento negativos para los recién nacidos también se han encontrado tales como: una capacidad motora pobre, menos actividad física, actividad cerebral deteriorada (Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn Yando y Bendell, 2003); menos intereses, expresiones faciales restringidas, menor desarrollo físico (Lundy, Campo y Pickens, 1996) y; llanto excesivo y dificultades para ser calmados (Zuckerman, Bauchner, Parker y Cabral, 1990) y lo cual significa desregulación en el comportamiento, fisiología y bioquímica (Field et al., 2008).

Por ende, la depresión prenatal puede tener un efecto negativo sustancial que se extiende más allá de embarazo. Estos resultados negativos apuntan a la importancia de la detección de síntomas de la depresión durante el embarazo y ofrecer intervenciones eficaces.

1.6. Herramientas Diagnósticas

Diagnóstico preciso puede ser un reto debido a que puede ser difícil distinguir la depresión y las condiciones relacionadas al embarazo (Choate, Ginter y Gary, 2011). Sin

embargo, la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987) es un cuestionario de 10 ítems que fue desarrollado para la evaluación de la depresión preparto y postparto sin la influencia de ítems somáticos (Gordon, Cardone, Kim, Gordon y Silver, 2006; Yonkers et al., 2009). Un índice positivo (puntuación de 13 o más) es indicativo de una posible depresión mayor (Gaynes et al., 2005). La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS) se ha utilizado ampliamente en una población perinatal y hay evidencia de que la detección de la depresión se ha incrementado significativamente con el uso rutinario de esta escala (Matthey, 2004). Aunque no hay pruebas específicas para la depresión durante el embarazo, la EPDS ha sido validada para su uso en un población de embarazadas (Eberhard - Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrondal y Eskild, 2004).

2. Tratamiento de la Depresión Prenatal

No sólo es la depresión sub-diagnosticada, a frecuentemente no tratada. De los individuos que sea quienes se identifican como deprimidos, la mayoría no reciben un tratamiento adecuado (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Goldberg, Magruder, Schulberg, Tylee y Wittchen, 1999). La depresión no tratada se ha demostrado que afecta negativamente el funcionamiento de la salud en general de las mujeres durante el embarazo y el puerperio (Marcus, Barry, Flynn, Tandon y Greden, 2001). La Asociación Americana de Psiquiatría ha destacado el tratamiento de la depresión durante el embarazo como una prioridad para las guías clínicas. Además, los síntomas menores de la depresión puede convertirse en episodios depresivos mayores y muchas mujeres se sienten deprimidas antes del parto continuarán deprimidas en el período posparto (McGreggor, 2008).

Existen tres enfoques para tratar la depresión prenatal, incluyendo farmacoterapia, tratamientos no farmacológicos y tratamientos psicológicos.

2.1. Tratamiento Farmacológico

Para la depresión moderada a severa, los medicamentos antidepresivos son indicados (Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica, 2004). Los medicamentos antidepresivos pueden ser un gran éxito en condiciones normales, pero durante el embarazo son varios los problemas presentes. Numerosas críticas se han publicado en relación con la utilización de los antidepresivos durante el embarazo (Marcus, Barry, Flynn et al., 2001; Misri, Kim, Riggs y Kostaras, 2000) y los estudios han examinado los riesgos asociados con la exposición fetal a los medicamentos antidepresivos. Los principales riesgos incluyen: el riesgo de pérdida del embarazo o aborto involuntario; riesgo de malformaciones de órganos o teratogénesis; riesgo de toxicidad o los síndromes de abstinencia neonatal y el riesgo de efectos a largo plazo sobre la función neuroconductual (Cohen, Nonacs, Viguera y Reminick, 2004). La investigación también ha sugerido una asociación entre la exposición a antidepresivos y la hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (Chambers, Hernández-Díaz, Van Marter, Werier, Louik, Jones y Mitchell, 2006).

El Compendio Canadiense de Especialidades Farmacéuticas (2002) advierte que el uso seguro de los medicamentos en el embarazo no ha sido confirmado y que aconsejan que las drogas no se mediquen a las mujeres en edad fértil a menos que se evalúe que los beneficios superen los riesgos. Es común que los médicos dejen de recetar medicamentos antidepresivos en el momento de la concepción y los médicos pueden ser reacios a recetar medicamentos para la depresión. Desde una perspectiva del paciente, las mujeres embarazadas a menudo no están dispuestas a utilizar la medicación por miedo a efectos secundarios adversos y a la exposición de su descendencia. La investigación sugiere que las mujeres prefieren intervenciones psicológicas sobre medicamentos antidepresivos para tratar la sintomatología depresiva durante el embarazo (Buist et al., 2005). Los estudios también indican que muchas personas no van a seguir utilizando la medicación debido a los efectos secundarios que experimentan y algunos tendrán recaídas a pesar del uso de medicamentos antidepresivos (Cohen et al., 2004). También hay un gran número de personas que no responden a la medicación en absoluto.

Dadas las múltiples barreras para la utilización de los medicamentos durante el embarazo, intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la depresión prenatal se han considerado ya que evitan cualquier riesgo desconocido o conocidos que podrían estar asociados con la exposición fetal a los medicamentos (Cohen et al. 2004).

2.2. Tratamientos No Farmacológicos

Ha habido unos pocos, en escala limitada, evaluaciones sistemáticas de la seguridad de los tratamientos alternativos para la depresión durante el embarazo y que han mostrado resultados prometedores, incluyendo: la acupuntura (Manber, Schnyer, Allen, Rush y Blasey, 2004); terapia de luz (Epperson, Terman, Terman, Hanusa, Oren, Peindl y Wisner, 2004); la terapia de masaje (Field et al. 2008) y; privación del sueño (Parry, Curran, Stuenkel, Yokimozo, Tarn, Powell y Gillin, 2000). El ejercicio también ha demostrado que mejora el estado de ánimo de las mujeres embarazadas (Polman, Kaiseler y Borkoles, 2007), aunque esta intervención no ha sido examinada con las mujeres que exhiben una sintomatología depresiva.

Field et al. (2003), tratan la depresión materna a través del uso de masajes terapéuticos en el embarazo considerando distintas variaciones, masajes desarrollados por la pareja, por personas significativas y por un experto. Todas estas intervenciones reportan una mejoría en la sintomatología depresiva de las madres, agregándose en algunas de ellas la reducción del cortisol y una menor frecuencia de partos prematuros y bajo peso en el bebé (Field et al., 2008). Un resultado interesante en la inclusión de la pareja para la realización de masajes, fue la mejora reportada en la relación entre la mujer embarazada y su pareja, lo cual probablemente realiza una contribución positiva al estado de ánimo.

2.3. Tratamientos Psicológicos

Las terapias psicológicas juegan un papel clave para el tratamiento de la depresión en la población general. En una revisión sistemática de la efectividad de la psicoterapia para el desorden depresivo en la atención primaria, diez estudios cumplieron los criterios de selección y en siete estudios, la psicoterapia fue tan eficaz como la farmacoterapia (Van Schaik, Van Marwijk, Van Der Windt, Beekman, De Haan y Van Dyck, 2002). Las intervenciones psicosociales, como los grupos de apoyo y las intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y La psicoterapia interpersonal (IPT) se han sugerido como tratamientos eficaces para la depresión y se han utilizado extensamente con los individuos deprimidos. Los estudios han demostrado que estas modalidades son efectivas en la reducción y la resolución de los síntomas de la depresión en la población general (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984).

Los tratamientos psicológicos son una opción de tratamiento viable para las mujeres embarazadas. La investigación ha indicado que las mujeres embarazadas prefieren enfoques psicológicos a la farmacología para el tratamiento de la sintomatología depresiva (Buist et al., 2005). Una variedad de intervenciones psicológicas se han sugerido para el tratamiento de la depresión prenatal (Cohen et al. 2004).

Se realizó una reciente revisión sistemática Cochrane por Dennis, Ross y Grigoriadis (2007), donde el principal objetivo fue examinar los efectos de intervenciones psicosociales o psicológicas en las madres y sus familias en comparación con los cuidados prenatales estándar en el tratamiento de la depresión prenatal. Los artículos seleccionados incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios publicados y no publicados de intervenciones psicológicas o psicosociales en donde el objetivo primario o secundario fuera tratar la depresión prenatal. Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de varias bases de datos y revistas y, por la numerosa cantidad de estudios examinados, sólo

un estudio (Spinelli y Endicott, 2003), que examina la Terapia Interpersonal (IPT), era de una calidad adecuada para ser incluido en la revisión.

2.3.1. Terapia interpersonal (IPT)

IPT es una breve modalidad que se ocupa de cuatro principales áreas problemáticas con respecto al funcionamiento psicosocial humano: déficits interpersonales, duelo, conflictos interpersonales y transiciones de rol (Klerman, Weissman, Rounsaville, et al., 1984). Teniendo en cuenta esto, este enfoque ha demostrado ser muy adecuado para el tratamiento de mujeres embarazadas. Spinelli (1997) adaptó para IPT el tratamiento de mujeres con depresión prenatal centrándose en temas característicos del embarazo, tales como la transición del roles y conflictos interpersonales. En un estudio piloto de 13 mujeres embarazadas, los resultados indicaron que IPT redujo significativamente la gravedad de síntomas depresivos y llevados a la remisión a todos los pacientes. Además, de las 10 mujeres que luego tuvieron a su bebé, ninguna desarrolló la depresión posparto. Un estudio posterior mostró resultados similares. En una controlada prueba con 38 mujeres embarazadas deprimidas, 16 sesiones de 45 minutos de IPT entregados por terapeutas entrenados demostró una ventaja significativa sobre un programa de educación para padres (Spinelli y Endicott, 2003). Aquellas que recibieron IPT mostraron estar significativamente menos deprimidas durante el seguimiento.

Se cumplieron los criterios de recuperación en el 60% de las mujeres en el grupo de IPT. También hubo una correlación significativa entre el estado de ánimo de la madre y la interacción madre-hijo. Otro estudio preliminar han mostrado resultados prometedores para la psicoterapia breve interpersonal en el tratamiento de la depresión prenatal y la ansiedad con las mujeres de bajos ingresos (Grote, Bledsoe, Swartz y Frank, 2004). Sin embargo, estos estudios tienen varias limitaciones. Los resultados se basan en datos obtenidos de una pequeña muestra de los participantes y los estudios lucharon con altas tasas de deserción. En es el estudio de Spinelli y Endcot., (2003) estuvo compuesta predominantemente de recientes inmigrantes de la República Dominicana y el estudio de

Grote et al., (2004) estuvo formado por las mujeres de bajos ingresos. Además, Grote et al., (2004) no utilizó una comparación o un grupo control. Estas limitaciones hacen que sea difícil derivar conclusiones estadísticamente significativas y poder generalizar los resultados.

2.3.2. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Los pocos estudios controlados que examinan el uso de psicoterapia para la Depresión Prenatal (Dennis, Ross y Grigoriadis, 2007; Pearlstein, 2008) sugieren que tanto la Terapia Interpersonal (IPT) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tienen la mayor evidencia, con la IPT siendo más extensivamente estudiada y apoyada (ACOG, 2008; APA, 2010; Bledsoe y Grote, 2006). A pesar de su efectividad en el tratamiento de la depresión mayor (APA, 2010; Roth y Fonagy, 2005), hay pocos estudios que examinen la efectividad de la TCC para la Depresión Prenatal (McGregor, 2008). Aun así, hay una sólida línea de estudios que demuestran la efectividad de la TCC para la Depresión Postparto (Dennis y Hodnett, 2007; Seritan y Popescu, 2008). En contraste a estas líneas de investigación, existen pocos estudios que han investigado la Depresión Prenatal mediante la TCC (Austin, Frilingos, Lumley, Hadzi-Pavlovic, Roncolato, Acland, Santo, Segal y Parker, 2008; Cho, Kwon y Lee, 2008; McGregor, 2008; McKee, Zayas, Fletcher, Boyd y Nam, 2006) con resultados contradictorios y necesidad de mayores controles. Aunque hay una falta de evidencia sólida, la Guía de Práctica para el Tratamiento de Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, en su tercera edición, recomienda la TCC como una opción viable para el tratamiento de la Depresión Prenatal basado en la evidencia postnatal (APA, 2010).

De acuerdo a Choate, Ginter y Gary (2011), la TCC puede ser beneficiosa para las mujeres embarazadas porque se enfoca en (a) alentar a las mujeres a establecer patrones de pensamiento sobre el embarazo y su inminente maternidad y como estas pueden estar afectando su humor; (b) alentar la expresión de pensamientos y sentimientos negativos y facilitar el reconocimiento de cualquier ambivalencia maternal; (c) retar los “debe” que puedan estar conectados a ideas de un embarazo “perfecto” o sobre la maternidad; y (d)

resaltar la conciencia de las reacciones fisiológicas a sus síntomas depresivos, que puedan ser de ayuda para distinguir cambios normales del embarazo con los depresivos.

2.3.3. Terapia Psicodinámica

Romito (1990) sugiere que aunque la teoría psicoanalítica, desarrollada a partir de las ideas de Freud, pueden haber caído en desgracia en los círculos académicos, restos de su influencia todavía se sienten en la cultura popular. Dicha teoría propone que durante el embarazo y los primeros pocos meses de la maternidad, la mujer regresa a un estado más infantil. Consecuentemente surge la depresión, según esta teoría, de conflictos no resueltos que implican una adaptación fallida de la maternidad y el rechazo de la feminidad.

Oakley (1986) cita ejemplos de la literatura en la que la infertilidad, aborto involuntario, parto prematuro, vómitos en el embarazo y la preeclampsia son vistos como un síntoma de rechazo de la feminidad, su feto o de relaciones problemáticas con los hombres. Tal teorización no se basa en pruebas cuidadosas y ha llamado la fuerte censura por parte de profesionales de la salud y consumidores con un interés en la depresión postnatal (Wellburn 1980, Lumley y Astbury 1980, Oakley 1986, Romito 1990).

Aun así, la terapia psicodinámica utiliza técnicas de tratamiento descritos por Cramer y Stern (Cramer, Tissot, Stern, et al., 1990), en el que la comprensión de la representación de la madre de su hijo y de su relación con su bebé se promovió mediante la exploración de los aspectos de la propia primera hora de la madre historia de apego. Meta análisis (Bledsoe y Grote, 2006) indican la efectividad del tratamiento de la Depresión durante el embarazo y el postparto, superior a la consejería, pero no tan efectivo como la Terapia Interpersonal o la Cognitivo Conductual.

Sin embargo, relativo a la depresión posparto existe mayor información, aunque poca. Blum (2007) indica que la experiencia clínica y la literatura sugieren que una tríada de tres conflictos emocionales comunes, específicas de muchas mujeres que desarrollan

depresión postparto. Para simplificar, estos son los conflictos de dependencia, los conflictos de ira y los conflictos de maternidad. Los conflictos de dependencia suelen tener una forma contradependiente. Los conflictos por la ira incluyen típicamente una gran cantidad de culpa y de inhibición, y con frecuencia hay identificaciones problemáticas con la propia madre de la mujer (y padre) con conflictos asociados acerca de la maternidad.

A pesar de los pocos estudios sobre el tema específico, un estudio (Cooper, Murray, Wilson y Romaniuk, 2003) que compara el beneficio a corto y largo plazo de terapias psicológicas coloca a la terapia psicodinámica como la única que produjo una tasa de reducción de la depresión postparto significativamente superior al control en un periodo a largo plazo. Brindando evidencia de la utilidad de la terapia psicodinámica en el tratamiento a largo plazo de la depresión postparto.

2.3.4 Apoyo de los pares o compañeras

Se han creado modelos de apoyo psicosocial “de madre a madre” o de grupos de autoayuda. Según Cindy-Lee (2003), es un modelo que se define como un tipo específico de apoyo social que incorpora información, retroalimentación, y asistencia emocional. Esta asistencia es proporcionada por personas voluntarias que no son parte de la propia familia de la madre o inmediato a la red social, sino que poseen la experiencia conocimiento del comportamiento o factor estresante objetivo (es decir, Depresión prenatal) y cualidades similares (como la residencia similares, edad, nivel socioeconómico, o la etnia).

En un estudio realizado por Chen et al. (2004), en Taiwán, con un grupo de mujeres con síntomas depresivos (detectados con la Escala de Depresión de Beck), 30 fueron asignadas a un grupo de intervención (apoyo) y el resto a un grupo control. Cuatro semanas más tarde, en el grupo de intervención había 33% de mujeres con síntomas de depresión, en contraste, en el grupo control 60% de las mujeres tenían síntomas depresivos. Otro grupo en Australia, mostró también resultados positivos usando técnicas

de grupo (ocho sesiones) con elementos cognoscitivo conductuales. En otro modelo, llevado a cabo en Canadá, se realizó una intervención de apoyo por compañeras a través de llamadas telefónicas con buenos resultados reportados.

**CAPÍTULO II: LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN PRENATAL**

1. Modelo Terapéutico Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo conductual propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la condición del paciente (Beck, 2000).

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que son las percepciones de los eventos lo que influye sobre las emociones y los comportamientos de una persona.

Beck nos señala que la modificación del pensamiento desadaptativos produce una mejoría en los estados de ánimo y en el comportamiento.

La terapia cognitivo conductual aparece en la revista *Clinical Evidence*, como tratamiento beneficioso establecido para la depresión (Geddes y Butler, 2001) y de las directrices de tratamiento de la depresión de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que citan datos empíricos que apoyan la CBT como una modalidad eficaz para la depresión (APA, 2000). Tal vez el mayor apoyo convincente para la eficacia de la TCC viene de la "American Psychological Association Division of Clinical Psychology's Task Force on Psychological Interventions"; un grupo cuyo deber es desarrollar criterios para juzgar tratamientos psicológicos "empíricamente apoyados" (Chambless et al., 1998).

Intervenciones Cognitivo Conductuales representan aproximadamente el 90% de los tratamientos con apoyo empírico identificados por el grupo de trabajo. Empíricamente psicoterapias validadas deben ser la primera opción de tratamiento para las mujeres embarazadas deprimidas (Bonari, Bennet, Einarson y Koren, 2004).

Algunas de las características de esta terapia incluyen (Obst Camerini, 2008):

- Un abordaje integral es decir cognitivo, emotivo y conductual.
- Se centra en el problema pero son muy profundas por el contenido abordado.

- Pueden considerarse breves, si las comparamos con otras opciones.
- Incluye tareas para realizar en el día a día y entre sesiones.
- Perduran en el tiempo por su acción educativa y transformadora
- Están ampliamente respaldadas por la investigación y la práctica clínica
- Permiten la integración de técnicas y recursos terapéuticos eficaces, provenientes de otros enfoques.

La estrategia terapéutica en la Terapia Cognitiva

Básicamente el terapeuta busca facilitar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída propiciando que el paciente modifique los pensamientos y creencias disfuncionales que generan sus problemas. Este proceso tiene tres fases (Obst Camerini, 2008; Beck, 2000).

Fase inicial

- Desarrollar una firme alianza terapéutica
- Identificar y especificar los objetivos de la terapia
- Resolver los problemas puntuales con que viene el paciente
- Enseñar el modelo cognitivo (socializarlo al modelo)
- Lograr la activación del paciente (en caso de estar deprimido o poco motivado). Puede requerir de una referencia al psiquiatra para posible uso de antidepresivos u otros medicamentos, en caso de que el paciente esté muy deprimido.
- Instruirlo acerca de su trastorno, incluyendo biblioterapia
- Enseñarle a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos. Utilizar registros de pensamientos disfuncionales.
- Socializarlo sobre las tareas de autoayuda, la programación de las sesiones y la retroalimentación al terapeuta y enseñarle estrategias para enfrentar sus problemas.

Fase intermedia

- Continuar trabajando en los anteriores puntos
- Identificar, evaluar y modificar las creencias disfuncionales

- Utilizar tanto técnicas racionales como emocionales y conductuales
- Enseñarle habilidades prácticas para alcanzar sus objetivos

Fase final

- Preparar al paciente para la terminación de la terapia
- Prevención de recaídas

2. Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

Básicamente según Ruiz, J. y Cano, J. (1999), el modelo formulado por Beck (1979) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (pérdidas).

Los significados personales (supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (evitación, descenso de la actividad). Ruiz, J. y Cano, J. (1999).

Beck (1979), citado por Ruiz, J. y Cano, J. (1999), identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

- **Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.
- **Abstracción selectiva** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación (visión túnel) y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
- **Sobregeneralización** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre si
- **Maximización y minimización** Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
- **Personalización** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
- **Pensamiento dicotómico o polarización** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p e incapaz frente a capaz)

Igualmente Beck (1976) ha especificado alguno de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

- Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
- Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
- Si cometo un error, significa que soy un inepto.
- No puedo vivir sin ti.
- Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
- Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

3. Técnicas Cognitivo Conductuales

La terapia cognitivo conductual se sirve de una gran variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. A continuación describimos algunas de ellas:

3.1. Activación Conductual

La Terapia o Tratamiento de Activación Conductual, en adelante AC, se define como un tratamiento psicosocial, con un procedimiento estructurado y breve, aunque flexible y de carácter ideográfico, enfocado a lograr que las personas deprimidas realicen cambios en sus conductas, aprendan a organizar sus vidas y modificar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo; de manera que se consiga calmar la depresión presente y prevenir recaídas en un futuro. Se ha usado para intervenir en los casos de depresión más grave; en los que, de manera general, se fomenta la actividad del paciente atendiendo especialmente al análisis funcional de la conducta (Barraca, 2009, 2010).

La Activación Conductual tiene tres objetivos principales:

- Aumentar la participación en actividades adaptativas, que generalmente están relacionadas con experiencias de placer o dominio;
- Reducir la participación en actividades que mantienen la depresión o aumentan el riesgo de depresión;
- Resolver los problemas que limitan el acceso a los refuerzos o que mantienen e incrementan el control aversivo.

El tratamiento se centra directamente en estos objetivos o en los procesos que inhiben el enfoque hacia los mismos. Para lograr éstos, los terapeutas pueden usar una gran variedad de estrategias comportamentales. El modelo comportamental de la

depresión y la evaluación del comportamiento guían la implementación de estas estrategias, de manera que el tratamiento se lleve a cabo de forma colaborativa (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz y Lewinsohn, 2011).

En este orden de ideas, el enfoque del AC se basa fundamentalmente en un modelo netamente conductual de la depresión, focalizando en los eventos que tienen lugar en la vida del individuo y la respuesta a los acontecimientos, una vez que éste se deprime. Gran parte del comportamiento de las personas deprimidas son conductas de evitación que se presentan, tratando de hacer frente a las respuestas condicionadas de los contextos que se caracterizan por presentar bajos niveles de refuerzo positivo o altos niveles de control aversivo (Dobson et. al., 1999, citado por Jacobson et. al., 2001). La inactividad, el encierro, y la inercia son comportamientos comunes que se observan entre las personas deprimidas. Desde la perspectiva de la AC, también se presta especial atención a la función de estos comportamientos en el contexto de la vida de un individuo (Jacobson et. al., 2001).

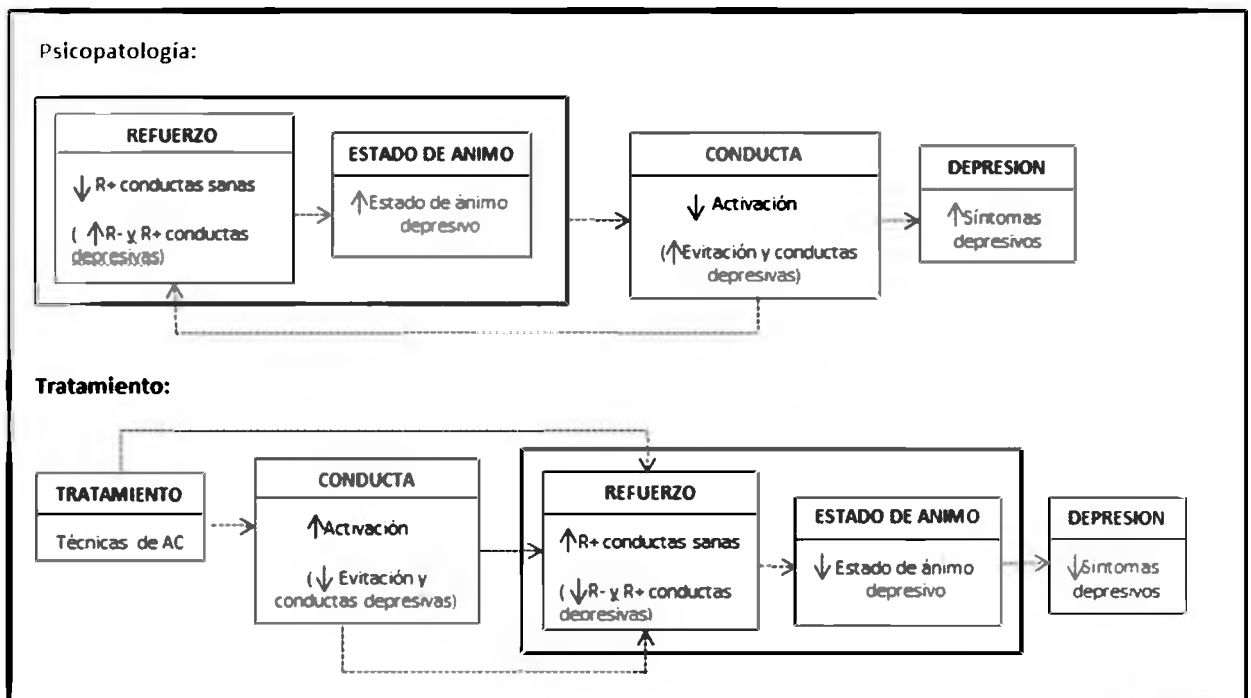


Figura N°1

Psicopatología y Modelo del Mecanismo de la Activación Conductual (Manos et. al., 2010)

En la Figura 1, se representa un ciclo en el que los cambios de comportamiento conducen a más cambios en las contingencias de refuerzo, que a su vez aumenta el estado de ánimo deprimido y la probabilidad de que el comportamiento continúe, creando un círculo vicioso de la depresión siendo ésta cada vez más y más profunda. Esta secuencia cíclica completa esencialmente el modelo psicopatológico de la depresión de acuerdo con la AC (Manos et. al., 2010)

Las técnicas de la AC son menos propensas a abordar directamente el estado de ánimo, pero se espera que los cambios en el estado de ánimo se produzcan una vez el comportamiento permita el refuerzo positivo. Como el comportamiento saludable produce cambios en el refuerzo de las contingencias, estos procesos de reforzamiento se retroalimentan para aumentar los comportamientos que los produjeron, invirtiendo el ciclo de la depresión.

3.2. Restructuración Cognitiva

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

A través de esta técnica se le explica al paciente en qué consiste el modelo A.B.C., como también qué son las distorsiones cognitivas, creencias irracionales o pensamientos perturbadores. Esta técnica se utiliza para enseñar a los pacientes a identificar y desechar distorsiones cognitivas y se les entrena para que utilicen pensamientos más realistas y apropiados.

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores (p.ej., Ellis, 1979). Las tres letras se refieren a lo siguiente:

A - Se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real. Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente.

B - Se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información tales como atención selectiva (p.ej., atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (p.ej., recordar sólo las cosas negativas), sobregeneralización (p.ej., creer que tras un fracaso no se tendrá éxito con los pacientes posteriores) o pensamiento dicotómico (p.ej., pensar que la gente es buena o mala).

Dentro del contenido, se han distinguido los siguientes tipos de cogniciones (Beck, 2005; Beck y Emery con Greenberg, 1985):

Productos cognitivos. Son los pensamientos concretos que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos en forma de autoverbalizaciones o imágenes y, que muchas veces, son automáticos e involuntarios. Son el resultado de la interacción entre los supuestos y creencias cognitivos (véase más abajo), los procesos cognitivos y los elementos situacionales. Son el tipo de cogniciones de más fácil acceso. Ejemplos serían el paciente agorafóbico que piensa que va tener un infarto cuando nota su corazón acelerado o el terapeuta que piensa algo de lo siguiente tras el fracaso en el tratamiento del primer paciente: “tengo que averiguar qué falló, para tomar las medidas oportunas” o bien “está claro que no valgo para terapeuta”.

Supuestos. Son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces; p.ej., “si cuento cosas de mí mismo, se aprovecharán de mí”, “si intento cosas difíciles, seré incapaz de hacerlas”, “si cometo un error, significa que soy un incompetente”, “me pondré rojo y todo el mundo se reirá de mí”. Estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas (p.ej., “no debo revelar muchas cosas de mí mismo”, “debo evitar cosas que sean muy complicadas”) y actitudes (“es terrible cometer un error”). Los supuestos condicionales están a medio camino entre los productos cognitivos y las creencias nucleares. Estas normas y actitudes están relacionadas con o derivan de presunciones condicionales. Así, la norma “no debo revelar muchas cosas de mí mismo” puede estar asociada a “si revelo cosas de mí mismo, la gente me hará daño”; y la actitud “es terrible cometer un error” puede derivarse de la presunción “si cometo un error, pensarán que soy un incompetente”.

Creencias nucleares. Se trata de creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo (p.ej., “soy vulnerable”, “soy incapaz”, “soy inferior”, “normalmente puedo manejar las dificultades”), los otros (p.ej., “la gente te manipula si puede”, “la gente es buena en el fondo, aunque a veces se equivoque”) y el mundo (p.ej., “el mundo es peligroso”). Representan el nivel cognitivo más profundo.

Se cree que los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (muchas veces tempranas, pero no siempre; pueden aparecer por ejemplo tras una trauma) y pueden permanecer latentes hasta ser activados por un evento significativo que interactúa con ellos.

C - Se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante la aparición de un perro que se aproxima ladrando. O bien sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta de cita. Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

3.3. Entrenamiento en Resolución de Problemas

La resolución de problemas como técnica del modelo cognitivo conductual posee por objeto influir sobre el pensamiento el comportamiento y el estado de ánimo del paciente (Beck 2000).

Esta técnica surge de la combinación de ciertos elementos comunes en todos los tratamientos y entrenamientos de solución de problemas y como indica Gavino (1997), consta de cinco pasos:

1. Orientación y sensibilización hacia los problemas.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Identificación y valoración de las consecuencias. Toma de decisiones.
5. Ejecución de la solución y verificación.

El entrenamiento en la solución de problemas es un proceso cognitivo y comportamental que ayuda al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre las alternativas posibles.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

1. Planteamiento del Problema

¿Las mujeres embarazadas que cumplan los criterios para ser diagnosticadas con un Trastorno Depresivo Mayor y que participen de la Psicoterapia Breve Individual con enfoque en la Teoría Cognitivo Conductual, disminuirán la sintomatología depresiva?

2. Justificación

La Depresión Prenatal posee una prevalencia estadística de 7,4% en el primer trimestre, un 12,8% para el segundo trimestre y 12,0% en el tercer trimestre. En Panamá poseemos un tasa de natalidad de 20 por cada 1000 habitantes (Banco Mundial, 2013), y en el año 2013 nacieron 75,363 bebés en nuestro país, acorde a la Contraloría de la República de Panamá (Peña, 2014).

Esto significa que hay un segmento de la población panameña que no recibe la atención que requieren, pero no se posee una estadística que confirme la gravedad en nuestro país. Este proyecto de investigación se realiza debido a las varias consecuencias negativas hacia el bienestar de las madres y del feto/bebé en las mujeres que padezcan de Depresión Prenatal. Tomando en cuenta que puede afectar a la madre, así como el desarrollo del feto existe una importancia en la detección de síntomas de la depresión durante el embarazo y ofrecer intervenciones eficaces. No sólo es poco reconocida la depresión durante el embarazo, sino que a menudo no recibe tratamiento.

A la fecha, la atención se ha enfocado en el tratamiento Depresión Postparto y existe evidencia de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual como tratamiento. La Asociación Psiquiátrica de América (APA, 2010) ha indicado que la TCC es indicada en el tratamiento de la Depresión Prenatal y es necesario evidencia empírica de la misma.

3. Objetivos de la Investigación

3.1. Objetivos Generales

- Estudiar las características de una muestra de mujeres embarazadas que presentan sintomatología depresiva.
- Diseñar una estrategia mediante el modelo Cognitivo Conductual para reducir la sintomatología depresiva en la muestra de mujeres embarazadas.
- Evaluar la efectividad del tratamiento terapéutico Cognitivo Conductual sobre la sintomatología depresiva en la muestra de mujeres embarazadas.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de la muestra de mujeres embarazadas que presenten sintomatología depresiva.
- Validar estadísticamente los resultados del grupo experimental y el grupo control a partir de las mediciones antes y después del tratamiento.
- Interpretar clínicamente los resultados del tratamiento tomando como referencia el marco teórico.
- Concluir y recomendar a partir de los resultados obtenidos considerando ventajas y desventajas de la metodología, así como la técnica terapéutica utilizada.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis Conceptual

Las mujeres embarazadas que participen en un programa psicoterapéutico breve individual con el enfoque en la Terapia Cognitivo Conductual reportarán una disminución de los síntomas depresivos en la fase posterior al tratamiento.

5. Unidades de observación

Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual

Variable Dependiente: Depresión Prenatal

5.1. Definición Conceptual de las variables

Terapia Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo conductual propone que, “todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la condición del paciente” (Beck, 2000).

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que son las percepciones de los eventos lo que influye sobre las emociones y los comportamientos de la persona.

Beck (2000), nos señala que la modificación de los pensamientos desadaptativos producen una mejoría en los estados de ánimo y en el comportamiento.

Depresión Prenatal

La depresión prenatal se caracteriza por síntomas depresivos clásicos. La depresión se define operacionalmente como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios (MINSAL, 2014).

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración,

cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida (MINSAL, 2007).

5.2. Definición Operacional de las variables

Terapia Cognitivo Conductual

Un “Tratamiento Cognitivo-Conductual para la Depresión Prenatal” que consiste en 8 sesiones una vez a la semana, de 50 minutos cada una, con el plan de tratamiento acorde al programa realizado por McGregor (2008), en mujeres embarazadas que cumplieron los criterios para ser diagnosticadas con Depresión Prenatal. Este modelo está descrito en el Anexo.

Depresión Prenatal

Trastorno del estado de ánimo el cual se diagnosticará a través de la entrevista clínica de acuerdo a los criterios del DSM IV y a la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (Cox, Holden y Sagovsky, 1987) al puntuar un resultado >12 según el criterio de la escala.

6. Diseño y Estrategia de Investigación

6.1. Diseño de Investigación

Es una investigación con un diseño cuasi-experimental y de tipo pre-prueba, post-prueba con grupo control y estudio de casos. En este diseño se manipula la variable independiente, sin embargo, no existe un control estricto de la homogeneidad de los grupos. Esto puede afectar la validez interna y externa de la investigación, ya que no se pueden controlar variables externas que pueden darse en ambos grupos y no son manipuladas por el investigador. Los resultados obtenidos a través de este diseño cuasi-

experimental no pueden ser aplicados fuera del contexto del grupo específico en el que se da el estudio, aunque contiene un valor por la información que brindan.

La limitación del diseño cuasi experimental es la dificultad para asignar los sujetos al azar a un grupo control y uno experimental. En esta investigación, por no haber una población inmediata que cumpliera con el perfil requerido para la investigación, los grupos fueron asignados de acuerdo a la disponibilidad de nuevos pacientes en la Institución.

León y Montero (1997) sostienen que dentro del contexto de la investigación aplicada en el que se utilizan los diseños cuasi experimentales es más difícil conseguir altos grados de semejanzas entre los grupos experimental y control puesto que la mayor limitación es que no es posible asignar los grupos al azar. Por lo tanto el grupo control que se utiliza en este tipo de diseños se considera no equivalente. Sin embargo se acepta que el grupo de cuasi control es equiparable al grupo experimental al menos en la variable dependiente y en algunas características generales. Aunque para mejorar la validez interna de una investigación cuasi experimental pre-post se incluye un grupo de cuasi control esto no es suficiente para lograr la certeza de un verdadero experimento. Con un cuasi control no es posible lograr que los grupos (experimental y control) sean equivalentes (lo más parecidos posible en aquellas variables que se consideran extrañas y asignarlos al azar) por lo que se debe ser muy cauteloso en las afirmaciones e interpretaciones de los resultados.

Inicialmente a la población de mujeres embarazadas asistentes a consulta en la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAF) se le fue aplicada una pre prueba con el objetivo de tener la muestra. A aquellas que puntuaron >12 en el EPDS fueron divididas en dos grupos. Un grupo recibió el tratamiento experimental y el otro no, que fue el grupo en espera. Por último, se les aplicó la post prueba.

El diseño se puede describir de la siguiente manera:

G₁ O₁ X O₂

G₂ O₃ -- O₄

Donde

G₁ es el grupo experimental

O₁ es la aplicación de la pre prueba al grupo experimental

X es el tratamiento

O₂ es la aplicación de la post prueba después del tratamiento al grupo experimental

G₂ es el grupo en lista de espera

O₃ es la aplicación de la pre prueba al grupo en lista de espera

-- es la ausencia de tratamiento

O₄ es la aplicación de la post prueba al grupo en lista de espera que no fue sometido a tratamiento.

6.2. Estadística utilizada

Los resultados de las pruebas serán sometidos a prueba de hipótesis a través de la prueba "T" de Student para grupos dependientes e independientes donde ameritaba, con un alfa de 0.05 para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las pre-pruebas y post-pruebas del grupo control y el grupo experimental.

Para la captura y procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS 20 para Windows.

6.3. Hipótesis de investigación y estadística

- **H₀**: Los puntajes obtenidos en el EPDS en la primera aplicación son iguales en el grupo experimental y el grupo control.

H₁: Los puntajes obtenidos en el EPDS en la primera aplicación son diferentes en el grupo experimental y el grupo control.

$$\mathbf{H_0: G1(pre-prueba) = G2(pre-prueba)}$$

$$\mathbf{H_1: G1(pre-prueba) \neq G2(pre-prueba)}$$

- **H₀**: Los puntajes obtenidos en el EPDS en la primera aplicación (G1pre-prueba) son iguales o menores en la segunda aplicación en el grupo experimental (G1post-prueba).

H₁: Los puntajes obtenidos en el EPDS en la primera aplicación (G1 pre-prueba) son mayores que los puntajes obtenidos en la segunda aplicación en el grupo experimental (G1 post-prueba).

$$\mathbf{H_0: G1(pre-prueba) \leq G1(post-prueba)}$$

$$\mathbf{H_1: G1(pre-prueba) > G1(post-prueba)}$$

- **H₀**: Los puntajes obtenidos en el EPDS en el grupo control en la primera aplicación (G2pre-prueba) son iguales en la segunda aplicación (G2post-prueba).

H₁: Los puntajes obtenidos en el EPDS en el grupo control en la primera aplicación (G2pre-prueba) son significativamente diferentes a los puntajes obtenidos en la segunda aplicación (G2post-prueba).

$$H_0: G2(\text{pre-prueba}) > G2(\text{post-prueba})$$

$$H_1: G2(\text{pre-prueba}) \leq G2(\text{post-prueba})$$

- **H₀**: Los puntajes obtenidos en el EPDS en la segunda aplicación son iguales o mayores en el grupo experimental que los puntajes obtenidos en el grupo control.

H₁: Los puntajes obtenidos en el EPDS en la segunda aplicación son menores en el grupo experimental que los puntajes del grupo control.

$$H_0: G1(\text{post-prueba}) \geq G2(\text{post-prueba})$$

$$H_1: G1(\text{post-prueba}) < G2(\text{post-prueba})$$

7. Concepto de Población y Muestra

7.1. Población

Mujeres embarazadas que asistieron a consulta médica en la Clínica de la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA) en la sucursal ubicada en La Locería durante los meses de diciembre, 2014 hasta abril 2015.

7.2. Muestra

Fueron seleccionadas a las mujeres referidas a psicología por los profesionales de salud, que obtengan una puntuación igual o por arriba de 12 en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS) y que a su vez cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

7.3. Criterios de inclusión

1. Mujeres embarazadas entre la semana 16 y 28 de gestación
2. Puntuar > 12 en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh.
3. Que hayan firmado la nota de consentimiento informado.
4. No estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica por esta u otra institución.
5. Inteligencia normal.

7.4. Criterios de exclusión

1. Estar bajo medicación psiquiátrica.
2. Embarazo múltiple.
3. Pensamiento Suicida.
4. Actual abuso de sustancias.
5. Enfermedad física grave.
6. Negarse a firmar la nota de consentimiento informado.

8. Instrumentos de medición

- Entrevista Clínica Individual
- Criterios Clínicos Diagnósticos según el DSM IV-TR
- Escala de Depresión Postparto de Edinburgh

8.1. Entrevista Clínica Individual

La entrevista clínica tiene tres metas principales: recabar información acerca del paciente, obtener los datos necesarios para llegar a un diagnóstico y establecer una relación con el paciente que permita una evaluación e intervención continua si se requiere. (Compas, B., 2003).

La entrevista semi estructurada fue realizada a los participantes con el objetivo de obtener información sociodemográfica, detalles del embarazo, aspectos psiquiátricos previos de la paciente o de la familia, captar la existencia de síntomas de ansiedad y depresión ante su estado, y evaluar la red social actual, con el objetivo de establecer los criterios diagnósticos para el trastorno y el estado del examen mental.

8.2. Criterios Clínicos del DSM-IV TR

Criterios para el episodio depresivo mayor:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1, estado de ánimo depresivo o 2, pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de

estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

8.3. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

Varias escalas se usan para identificar trastornos depresivos durante la gestación. Sin embargo, la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D, por sus siglas en inglés) (Randolph, 1977) y la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS, por sus siglas en inglés) son las más conocidas y usadas con este propósito (Cox, Holden y Sagovsky, 1987). Es importante tener presente que la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se diseñó para cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente en el posparto. Se excluyeron sistemáticamente algunos síntomas físicos relacionados con un episodio depresivo que pueden estar presentes durante el embarazo y considerarse como propios de la gestación (Cox y Holden, 2003). No obstante, se utiliza

igualmente en la detección de estos síntomas durante la gestación (Gordon, Cardone, Gordon y Silver, 2006).

En relación con la consistencia interna de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh en mujeres en esta etapa, Cox y cols. informaron un coeficiente 0,87 (Cox, Holden y Sagovsky, 1987). Mientras que en estudios realizados con embarazadas, la escala de Edinburgh para depresión posparto mostró una consistencia interna entre 0,76 y 0,85 (Ortega, Lartigue y Figueroa, 2001; Lartigue, Casanova, Ortiz, Aranda y Flórez, 2004; Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza y Rodríguez, 2004; Adouard, Glangeaud-Freudenthal y Golse, 2005) y una estructura factorial de dos factores que explicaban más del 50% de la varianza.

Sin duda, debido a la sencillez y al reducido tiempo necesario para su aplicación (cinco a diez minutos), la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh permite su utilización por cualquier profesional de la salud y se convierte en un instrumento importante para la identificación de posibles trastornos depresivos durante el embarazo. Esto mejora de manera importante la atención en la salud de las embarazadas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1. Caracterización de la muestra

Como primer punto, siguiendo los lineamientos de toda ética y en especial de la profesión de Psicólogo Clínico, los nombres de las participantes en este trabajo se identificarán con iniciales marcadas en letra negrita y subrayada; y se mantendrá dentro de lo posible características de las participantes reservadas para mantener el anonimato.

La muestra fue escogida para que cumpliera las características de depresión prenatal; sin embargo no es una muestra representativa de la población ya que por escasez de referencia de personas que cumplieran con los requisitos y estuvieran de acuerdo a participar en la investigación no se cumple la aleatoriedad de la misma.

Es importante destacar que todas las participantes de la muestra en esta investigación cumplieron los criterios de inclusión. Los siguientes son los resultados individuales que se lograron a través de una entrevista clínica profunda, la impresión subjetiva de las participantes y de la aplicación de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo para evaluar la depresión durante el embarazo.

A cada paciente se le redactó un informe clínico que incluye una anamnesis individual y familiar, examen del estado mental y el diagnóstico basado en el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales, versión IV (DSM-IV TR) en sus cinco ejes. Una ampliación de los datos se encuentra contenido en el Anexo (Ver Anexo II).

En primer lugar presentaremos los datos sociodemográficos de la muestra. Luego un resumen clínico de cada sujeto, con el objetivo de tener claro las características globales de las participantes.

1.1 Datos demográficos y Análisis Descriptivo de la Muestra de Estudio

Tabla 2. Descripción de la muestra

Sujeto	Edad	Semanas de Gestación	Escolaridad	Estado Civil	Diagnóstico Psic según criterios del DSM-IV-TR
1	24	15	Secundaria	Soltera	F32 2
2	26	22	Universidad	Unida	F32 2
3	20	10	Secundaria	Unida	F32 2
4	32	13	Secundaria	Soltera	F32 2
5	27	16	Secundaria	Soltera	F32 2
6	29	16	Universidad	Casada	F32 1

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

En la muestra se puede observar 6 sujetos, todas mujeres, en edades entre 20 y 32 años. Todas las mujeres se encontraban embarazadas al momento de la entrevista inicial, y sus semanas de gestación se encontraban entre la semana 10 y la 22. La escolaridad promedio de la muestra es a nivel de Secundaria Completa. Observamos que tres de ellas o el 50% estaban solteras, mientras que dos afirmaron estar Unidas, y solo una se encontraba Casada al momento de la evaluación inicial. Todas o el 100% de ellas tienen un diagnóstico basado en el DSM-IV-TR de Trastorno Depresivo Mayor.

Cuadro I.
Caso Clínico #1

Nombre	E.G.
Sexo	Femenino
Edad	24
Estado Civil	Soltera
Educación	Secundaria
Religión	Evangélica
Ocupación	Vendedora / estudiante
País de origen	Panamá
Semana de gestación	15
Evaluación Inicial	“Si no estuviese embarazada yo sería feliz. Desde que esto pasó todo se arruinó. Solo me apoya mi abuela pero ella está lejos, yo estoy sola, nadie me quiere. No duermo bien y tengo mucho miedo”
Evaluación Final	“Pienso en mudarme. Ya todo se arreglará y no seré tan dependiente. No lloro siempre, solo a veces. Confío las cosas mejorarán y yo podré vivir bien con todo lo que suceda. ”
Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z63.8 Problemas paterno-filiales
Eje V	55 puntos
Grupo Experimental Primera medición	24
Grupo Experimental Segunda medición	9

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

Cuadro II.
Caso Clínico #2

Nombre	L.D.
Sexo	Femenino
Edad	26
Estado Civil	Unida
Educación	Universidad
Religión	Católica
Ocupación	Programadora
País de origen	Panamá
Semana de gestación	22
Evaluación Inicial	“Mi esposo está molesto, no quiero romper la relación. Me siento sola y triste todo el tiempo. No debió llegar en este momento, me ha arruinado la vida.”
Evaluación Final	“Debo hacer lo mejor por mi bebé, enfocarme en él. Él es la razón de mí existir y crecerá en el mejor ambiente posible. Ya está bastante arreglado todo lo que él necesita, tenga el apoyo de mi pareja o no.”
Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z63.8 Problemas paterno-filiales Z56.7 Problema laboral
Eje V	50 puntos
Grupo Experimental Primera medición	16
Grupo Experimental Segunda medición	7

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

Cuadro III.
Caso Clínico #3

Nombre	A.M.
Sexo	Femenino
Edad	20
Estado Civil	Unida
Educación	Secundaria
Religión	No determinada
Ocupación	Estudiante
País de origen	Venezuela
Semana de gestación	10
Evaluación Inicial	“No me siento emocionalmente fuerte. No estoy preparada y esto nunca debió pasar. Yo sé que es mi culpa. Lloro todo el tiempo y no sé qué hacer.”
Evaluación Final	“Sé que aún tengo camino que recorrer, pero sé que puedo. Me levanto y pienso más positivo que antes. La vida avanza y haré lo mejor para la familia.”
Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z63.8 Problemas paterno-filiales
Eje V	55 puntos
Grupo Experimental Primera medición	19
Grupo Experimental Segunda medición	9

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

Cuadro IV.
Caso Clínico #4

Nombre	M.M.
Sexo	Femenino
Edad	32
Estado Civil	Soltera
Educación	Secundaria
Religión	Católica
Ocupación	Mesera
País de origen	Panamá
Semanas de Gestación	13
Evaluación Inicial	“Tengo un carácter incontrolable, pierdo la calma rápido. Vivo amargada y triste, lloro constantemente y me siento sola. No sirvo para nada y todo es mi culpa.”
Evaluación Final	“No sé qué hacer, me siento sola y nadie me apoya. Me siento mal de desear que este bebé no exista. No dejo de llorar.”
Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales F93.3 Problema de relación entre hermanos
Eje V	55 puntos
Grupo Control Primera medición	20
Grupo Control Segunda medición	20

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

Cuadro V.
Caso Clínico #5

Nombre	G.M.
Sexo	Femenino
Edad	27
Estado Civil	Soltera
Educación	Secundaria
Religión	Católica
Ocupación	Aseo y Limpieza
País de origen	Nicaragua
Semana de gestación	16
Evaluación Inicial	“No lo puedo creer y me siento mal de no desearlo. Estoy triste todo el tiempo y estoy completamente sola. Nada me agrada ahora y no quiero hacer nada.”
Evaluación Final	“Sola no podré. Me siento triste estar en esta situación. Yo soy la culpable de todo lo que me pasa.”
Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z56.7 Problema laboral
Eje V	60 puntos
Grupo Control Primera medición	24
Grupo Control Segunda medición	20

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

Cuadro VI.
Caso Clínico #6

Nombre	O.L.
Sexo	Femenino
Edad	29
Estado Civil	Casada
Educación	Universidad
Religión	Católica
Ocupación	Estudiante
País de origen	Panamá
Semana de gestación	16
Evaluación Inicial	“No puedo dormir. Estoy pensativa (triste) si no me ocupo así que debo estar ocupada. No quiero comer, o sino algo pequeño.”
Evaluación Final	“Lloro mucho. Me siento más cansada que antes. No puedo hacer nada aunque quiera.”
Eje I	F32.1 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, moderado 296.22
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z56.7 Problema laboral
Eje V	60 puntos
Grupo Control Primera medición	18
Grupo Control Segunda medición	15

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

2. Resultados clínicos observados y puntuación de la EPDS

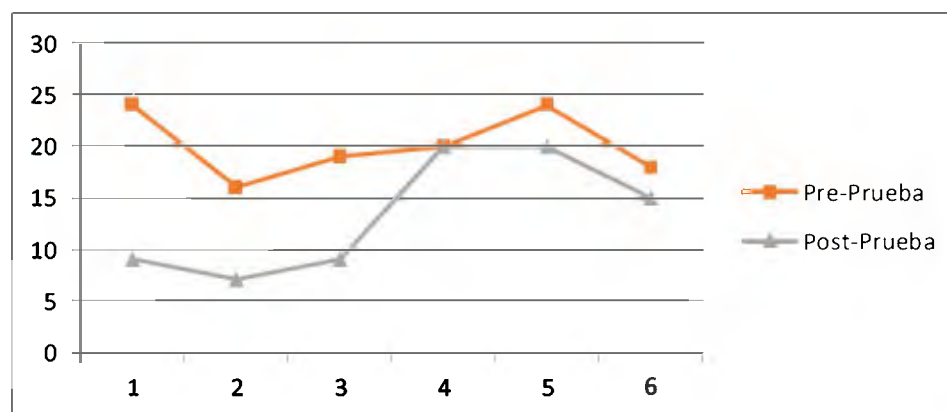
Los resultados logrados al concluir las ocho sesiones del tratamiento, indican que las pacientes del grupo experimental reportan mejoría en la sintomatología depresiva a comparación de las pacientes del grupo control que luego de transcurrir ocho semanas desde la aplicación de la pre-prueba, no lograron puntuar por debajo del umbral (12) en la prueba EPDS.

Tabla 3. Resumen de la puntuación del EPDS

Casos	Grupo	Pre-Prueba	Post-Prueba
1	Experimental	24	9
2	Experimental	16	7
3	Experimental	19	9
4	Control	20	20
5	Control	24	20
6	Control	18	15

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la tabla: el autor de la investigación el Lic. José Aguilar

Figura #2. Comparación entre la pre-prueba y la post-prueba de la EPDS



Nota: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas.

Podemos observar en la tabla III y figura #2 que los puntajes de las pre-pruebas de todos los sujetos entran dentro del mismo rango (16 – 24) siendo superior al punto de

corte (>12). Mientras que en la post-prueba, en el grupo experimental (sujetos 1-3) se encuentra por debajo del umbral (puntajes de 7 – 9), mientras que el grupo control se mantuvo superior al umbral (>12) (puntajes entre 15 – 20).

3. Resultados estadísticos

Cuadro VIII. Análisis de los resultados de sintomatología depresiva (EPDS) Prueba T para la correlación entre la pre-prueba del grupo experimental y la pre-prueba del grupo control.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	Pre-prueba (experimental)	Pre-prueba (control)
Media	19.666	20.666
Desviación estándar	4.041	3.055
Nivel de confianza	0.05	
Grados de libertad	2	
Valor t	2.131	
Probabilidad a una cola	0.374	
Resultados	0.374 > 0.05N/S (los síntomas depresivos no varían)	

Decisión: Como $\text{Sig.} = 0.374 > 0.05$ se acepta la hipótesis nula H_0 y se rechaza la hipótesis alternativa H_1 .

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% se concluye que los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh en su medición inicial tanto en el grupo control como en el grupo experimental no presenta una variación estadísticamente significativa, por lo cual se acepta la hipótesis nula la cual indica que los puntajes obtenidos en el EPDS en la pre-prueba son iguales en el grupo experimental y el

grupo control. Así se cumple con los criterios de investigación, que señala que los dos grupos deben ser homogéneos.

Cuadro IX. Análisis de los resultados de sintomatología depresiva (EPDS) Prueba T para la correlación entre la 1ra y 2da medición del grupo experimental.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	Pre-prueba	Post-prueba
Media	19.666	8.333
Desviación estándar	4.041	1.155
Nivel de confianza	0.05	
Grados de libertad	2	
Valor t	4.302	
Probabilidad a dos colas	0.025	
Resultados	0.025 < 0.05..... (Significativo, los síntomas depresivos mejoraron en la segunda medida)	

Decisión: Como Sig. = 0.025 < 0.05 se rechaza la hipótesis nula **H₀** y se acepta la hipótesis alternativa **H₁**.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% se concluye que los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh en su medición inicial y posterior al tratamiento en el grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa, por lo cual se rechaza la hipótesis nula la cual indica que los puntajes obtenidos en el EPDS en la pre-prueba y post-prueba son iguales en el grupo experimental. Por lo tanto en el grupo experimental se ha podido comprobar la efectividad del tratamiento para la mejoría de las manifestaciones depresivas.

Cuadro X. Análisis de los resultados de sintomatología depresiva (EPDS) Prueba T para la correlación entre la 1ra y 2da medición del grupo control.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	Pre-prueba	Post-prueba
Media	20.666	18.333
Desviación estándar	3.055	2.887
Nivel de confianza	0.05	
Grados de libertad	2	
Valor t	4.302	
Probabilidad a dos colas	0.191	
Resultados	0.191 > 0.05 ...N/S (los síntomas depresivos no varían)	

Decisión: Como Sig. = 0.191 > 0.05 se acepta la hipótesis nula **H₀** y se rechaza la hipótesis alternativa **H₁**.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% se concluye que los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh en su medición inicial y posterior al tratamiento en el grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa, por lo cual se acepta la hipótesis nula la cual indica que los puntajes obtenidos en el EPDS en la pre-prueba y post-prueba son iguales en el grupo control.

Cuadro XI. Análisis de los resultados de sintomatología depresiva (EPDS) Prueba T para la correlación entre la post-prueba del grupo experimental y la post-prueba del grupo control.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	Post-prueba (experimental)	Post-prueba (control)
Media	8.333	18.333
Desviación estándar	1.155	2.887
Nivel de confianza	0.05	
Grados de libertad	2	
Valor t	2.131	
Probabilidad a una cola	0.002	
Resultados	0.002 < 0.05..... (Significativo. Los síntomas depresivos mejoraron significativamente en la segunda medida)	

Decisión: Como Sig. = 0.002 < 0.05 se rechaza la hipótesis nula **H₀** y se acepta la hipótesis alternativa **H₁**.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% se concluye que los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo en su medición posterior al tratamiento en el grupo experimental y en el grupo control presentan una variación estadísticamente significativa, por lo cual se rechaza la hipótesis nula la cual indica que los puntajes obtenidos en el EPDS en la post-prueba son diferentes entre el grupo experimental y grupo control. Por lo tanto se ha podido comprobar la efectividad del tratamiento para la mejoría de las manifestaciones depresivas en la muestra seleccionada.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Análisis e Interpretación de los resultados

A continuación presentamos la parte medular de esta investigación, nos referimos al análisis e interpretación de los resultados obtenidos, tanto en el grupo experimental como en el grupo control y de esta manera determinar si hay efecto del tratamiento al comparar ambos grupos.

En los datos demográficos (Tabla II) podemos observar que el 50% de la muestra posee el estado civil de Soltera. Esto es representativo en materia del apoyo social, emocional y económico que perciben las participantes ya que es un factor de riesgo dentro de lo investigado el carecer del apoyo por este componente inherente a un embarazo, el padre del niño. Se puede notar además en la única participante Casada, que posee un diagnóstico F32.1 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, moderado; ha descrito durante las sesiones, en cierto grado mayores factores de protección que las demás participantes del estudio, que poseen un diagnóstico F32.1 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave. Los demás datos sociodemográficos los encontramos dentro de los criterios de inclusión, haciendo que la muestra tenga un grado de homogeneidad para poder realizar el tratamiento.

En el análisis de los resultados estadísticos encontramos lo siguiente. En el cuadro resumen de las puntuaciones (Cuadro VII) se puede observar la disminución en las puntuaciones de las post-pruebas en el grupo experimental, comparado con el grupo control. Esto nos hace evaluar las hipótesis estadísticas para comprobar si hay diferencia estadísticamente significativa entre estas medias, a fin de determinar si las observaciones son correctas.

En el grupo experimental se observó mediante la pre-prueba y la post-prueba del EPDS una disminución de la sintomatología depresiva en las participantes, por lo cual la primera hipótesis estadística a comprobar buscó evaluar esta observación. Se encontró que hay diferencia significativa en el grupo experimental, por lo cual se puede

suponer que la variable independiente logró el efecto buscado, al disminuir la puntuación luego de la intervención terapéutica.

En el grupo control no se observó una disminución de la puntuación hasta el umbral de la prueba (12), por lo cual se determina que al momento de la aplicación de la post-prueba, continua la sintomatología depresiva a un nivel que indica la existencia de depresión prenatal. La prueba de hipótesis que busca evaluar esto indicó que no hay diferencia significativa entre la pre-prueba del grupo control y la post-prueba. Esto afirma, que al no haber intervención terapéutica, no hay mejora en la sintomatología depresiva.

Mientras que al comparar las medias de las post-pruebas del grupo experimental con las medias de las post-pruebas del grupo control, encontramos una diferencia estadísticamente significativa. Dando a entender que, al menos en la población tratada, el tratamiento cognitivo conductual ha logrado impactar significativamente a las pacientes, brindándoles la oportunidad de no caer en los riesgos de continuar con una depresión prenatal.

En resumen, la prueba t nos indica que existe suficiente evidencia estadística de que las medias son significativamente diferentes antes y después del tratamiento en la puntuación que evalúa la sintomatología depresiva. Esto nos lleva a suponer entonces, que el tratamiento ayudó a las mujeres embarazadas a mejorar: su estado de tristeza, la anhedonia, la culpa, la felicidad y el poder disfrutar de la vida en general.

Considero que el tratamiento cognitivo conductual por el cual participaron las pacientes causó mejoría en su estado depresivo, ya que les permitió evaluar sus emociones, pensamientos y conductas; ver la conexión que existe entre ellas y poder reestructurar cognitivamente sus pensamientos y activarse conductualmente para poder brindarle a su hijo o hija un mundo suficientemente bueno. Se observó con gran satisfacción como a lo largo de las sesiones se logró poco a poco un crecimiento personal de las participantes en el grupo experimental, el cual se reflejó en las pruebas psicológicas aplicadas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Después de realizar el presente trabajo de investigación y conocer sus resultados, se deducen algunas conclusiones, las cuales se describen a continuación:

- Los resultados de esta investigación dejan claro que, en la muestra atendida, la Terapia Cognitivo Conductual resulta efectiva para tratar la Depresión Prenatal.
- No se puede generalizar los resultados a la población, ya que hace falta mayores controles y realizar la investigación de forma experimental y no cuasi-experimental, con una muestra adecuada para poder realizar la aleatoriedad.
- Los resultados de la terapia cognitiva conductual sobre la depresión prenatal, como en este estudio, son apoyados por pocos estudios (Austin et al, 2008; Cho, Kwon y Lee, 2008; y McGregor, 2008) pero recomendada por la APA (2010) como modelo de intervención.
- En la historia clínica se encontró que todas las pacientes reportaron problemas conyugales, ya fuese desde el enterarse del embarazo o previo al mismo. Esto concuerda con los estudios de Barnet, 1996; y Pajulo, 2001; que indican una fuerte asociación entre la depresión prenatal con falta de apoyo social, particularmente de la pareja.
- Lograr modificar pensamientos negativos con respecto a la pareja resultó fundamental a la hora de lograr la disminución en la sintomatología depresiva, seguido de pensamientos negativos con respecto al rol de madre.
- Variables sociodemográficas fueron consistentes en la población, considerándose la mayoría en una escala socioeconómica media y media-baja.

- La mayoría de las madres son primerizas, por lo cual no se tomó en cuenta como variable a observar pero sí en evaluaciones futuras.
- Se observaron problemas previos de depresión en la mitad de la muestra, sin embargo no se concluye algo significativo de este dato, encontramos hay una carencia de estudios de relación entre la depresión prenatal y trastornos psiquiátricos previos (Marcus, 2003), ya que la mayor parte se enfocan en depresión postnatal.
- El tratamiento cognitivo conductual ofrecido a las madres, hizo énfasis en la activación conductual y en la reestructuración cognitiva, en la cual aprendieron la importancia que tiene el ciclo de pensamiento, sentimiento y conducta; y que a través de la identificación y reconocimiento de los mismos, podían llegar a modificarlos por pensamientos y conductas más adaptativas.
- A pesar de que hubo mejoría significativa en el grupo experimental, se continuaron presentando rasgos depresivos leves después del tratamiento.
- Para mayor efecto de este tratamiento cognitivo conductual, se requiere ampliar el número de sesiones, como trabajar con una muestra mayor y con controles más adecuados.
- Se requiere de concientizar al gremio médico sobre los riesgos inherentes de la depresión prenatal, no solo para la madre sino para el bebé no nacido y para la familia inmediata.
- Consideramos la investigación muy valiosa, ya que permitió la oportunidad de contribuir significativamente en la vida no solo de una persona, sino de la familia en formación de cada nueva madre.

Recomendaciones

- Continuar brindando este tipo de atención a las mujeres embarazadas ya que esta investigación ha aportado evidencia que sustentan lo provechoso que ha sido para una muestra de mujeres con depresión prenatal.
- Replicar este tratamiento a otros segmentos de la población con características similares para comparar los resultados obtenidos en la investigación
- Utilizar otros diseños en la cual haya mayor control de las variables (como es el caso del diseño experimental).
- Concientizar a los médicos gineco-obstetras sobre la depresión prenatal, y medidas efectivas de reconocerla, ya que de 10 al 16% de la población que atienden pasa por ello.
- Hacer un seguimiento a las pacientes, para evaluar la efectividad de la terapia a mediano y largo plazo.
- Que este trabajo de investigación sirva como marco de referencia para futuras investigaciones a nivel nacional, ya que existe una carencia de investigaciones en nuestro país, en mayor medida sobre las variables psicológicas de las mujeres embarazadas.
- Usar el estudio como marco de referencia para un plan dirigido a la concientización de la Depresión Prenatal para que haya una mayor capacidad de detección
- Llevar a cabo la investigación a nivel nacional, con el objetivo de crear un baremo de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh con la población Panameña.

Bibliografía

- Adewuya A.O., Ola B.A., Aloba O.O., Dada A.O., Fasoto O.O. (2007). Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depression and Anxiety*, 24(1), 15-21.
- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N.M.C., Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women Mental Health*, 8(2), 89-95.
- Affonso D.D., Lovett S, Paul S, Sheptak S, Nussbaum R, Newman L, Johnson B. (1992). Dysphoric Distress in Childbearing Women. *Journal of Perinatology*, 4, 325-32.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstetrics & Gynecology*, 111, 1001-1020.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2010). Practice guidelines for treatment of patients with major depressive disorder (3rd ed.) (Supplemental Material). *American Journal of Psychiatry*, 167, 67-69.
- Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal, N., Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105, 35-44.
- Austin, M.P. y Priest, S.R. (2005). Clinical Issues in Perinatal Mental Health: New Developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(2), 97-104.
- Ballenger J.C., Davidson J.R.T., Lecrubier Y, Nutt D.J., Goldberg D, Magruder K.M., Schulberg H.C., Tylee A, Wittchen H.U. (1999). Consensus statement on the primary care management of depression

from the International Consensus Group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 7), 54-61.

Banco Mundial. Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año [en línea] 2013. <<http://www.http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN>> [Consulta: 15 octubre 2014].

Barnet B, Joffe A, Duggan A.K., Wilson M.D., Repke J.T. (1996). Depressive symptoms, stress and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(1), 64-9.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 356 pg.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.

Beck C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5),275-285.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva y Conceptos Básicos y Profundización*. España. Editorial Gedisa, 395 págs.

Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T. (2004a). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol*, 103, 698-709.

Bennett H.A., Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. (2004b). Depression during pregnancy: Overview of clinical factors. *Clin Drug Invest*, 24(3), 157-179.

- Bimdorf C.A., Madden A, Portera L, Leon A.C. (2001). Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(4), 355-65.
- Bland R.C. (1997). Epidemiology of affective disorders: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 367-77.
- Blaney, N.T., Fernandez M.I., Ethier K.A., Wilson T.E., Walter E, Koenig L.J., et al. (2004). Psychosocial and behavioural correlates of depression among HIV-infected pregnant women. *AIDS Patient Care & STDs*, 18(7), 405-15.
- Bledsoe, S.E., Grate, N.K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 109-120.
- Blum, L. (2007). Psychodynamics of Postpartum Depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45-62.
- Bonari, L., Bennet, H., Einarson, A. & Koren, G. (2004). Risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 50, 37-39.
- Bugdayci, R., Sasmaz, C.T., Tezcan, H., Kurt, A.O., Oner, S. (2004). A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, 13:63-8.
- Buist, A., Bilszta, J., Barnett, B., Milgrom, J., Ericksen, J., Condon, J., Hayes, B., Brooks, J. (2005). Recognition and management of perinatal depression in general practice—a survey of GPs and postnatal women. *Australian Family Practice*, 34(9), 787-90.
- Chambers, C.D., Hernández-Díaz, S., Van Marter, L.J., Werler, M.M., Louik, C., Jones, K.L., Mitchell, A.A. (2006). Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension in the newborn. *New England Journal of Medicine*, 354(6), 579-587.

- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Cristoph, P., Daiuto, A., DeReueis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies: A project of the division of clinical psychology, American Psychological Association, Task Force on Psychological Interventions. *The Clinical Psychologist*, 57,3-16.
- Chen, H., Chan, Y.H., Tan, K.H., Lee, T. (2004). Depressive symptomatology in pregnancy: A Singaporean perspective. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 975-979.
- Cho, H.J., Kwon, J.H. y Lee, J.J. (2008). *Yonsei Medical Journal*, 49(4):553 – 562.
- Choate, L. y Ginter, G. (2011). Prenatal Depression: Best Practice Guidelines for Diagnosis and Treatment. *Journal of Counseling and Development* ; 89, 3; pg. 373.
- Chung, T.K.H., Lau, T.K., Yip, A.S.K., Chiu, H.F.K., Lee, D.T.S. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830-4.
- Cindy, L.D. (2003). The Effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 48, 103-115.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, L.S., Nonacs, R, Viguera, A.C., Reminick, A. (2004). Diagnosis and treatment of depression during pregnancy. *CNS Spectrums*, 9(3), 209-216.
- Compas, B. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*. Barcelona: McGraw Hill Interamericana.

- Compendium of pharmaceuticals and specialities. (2002) Ottawa (ON): Canadian Pharmacists Association.
- Cooper P.J., Murray L. (1998). Postnatal depression. *BMJ*, 316(7148), 1884-1886.
- Cooper, P.J., Murray L, Wilson A, Romaniuk H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression. 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150:782–786.
- Cox, J. & Holden, J. (2003). *Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D., et al. (1990) Outcome evaluation in brief mother—infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300
- Da Costa, D., Larouche J., Dritsa, M., Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59, 31-40.
- Dayan, J., Creveuil, C., Herlicoviez, M., et al. (2002). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labour. *Am J Epidemiol.*, 155, 293-301.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M.N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 938-46.
- Dennis, C. L. & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*, 33, 323-31.

- Dennis, C.L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-17.
- Dennis, C.L., Ross, L.E, Grigoriadis, S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression (review). *The Cochrane Library*, Issue 3.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R.F. & Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrondal, A., Eskild, A. (2004). Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynecol.*, 25, 15-21.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., Dekker, G. (2008a). Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 45-50.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., Dekker, G. (2008b). Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 51-55.
- Ellis, A. (1979). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part I). *Rational Living*, 14(2), 3-8.
- Epperson, C.N., Terman, M., Terman, J.S., Hanusa, B.H., Oren, D.A., Peindl, K.S. & Wisner K.L.(2004). Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: Preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 421-425.
- Espíndola, H.J., Morales, C.F., Mota, G.C., Díaz, F.E., Meza, R.P. & Rodríguez, P.L. (2004). Calibración de un punto de corte para la

Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18, 179-86.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257-60.

Fatoye, F.O., Adeyemi, A.B., Oladimeji, B.Y. (2004). Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24(5), 504-509.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., Kuhn, C. (2008). Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *Intern. J. Neuroscience*, 118, 95-103.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety*, 17, 140-51.

Gavin, N., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*. 106, 1071–1083.

Gavino, A. (1997). *Técnicas de Terapia de Conducta*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., & Miller, W.C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy and screening outcomes (Report No. 119). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Geddes, J. & Butler, R. (2001). Depressive Disorder. *Clinical Evidence*, 6, 726-742.

Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V, Holzapfel, S. (2004). Stress, social support and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 2, 247-255.

- Gómez, A. & Soledad, M. (2002). Patología psiquiátrica en el puerperio. *Revista de Neuro Psiquiatría*, 65, 32-46
- Gordon, T.E., Cardone, I.A., Kim, J.J., Gordon, S.M., y Silver, R.K. (2006). Universal perinatal depression screening in an academic medical center. *Obstetrics & Gynecology*, 107, 342-347.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Wallace, P.M., Mount, J.H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 122-132.
- Graff, L.A., Dyck, D.G., Schallow, J.R. (1991). Predicting postpartum depression symptoms and structural modeling analysis. *Percept Mot Skills*, 73, 1137-1138.
- Grote, N.K., Bledsoe, S.E., Swartz, H.A. & Frank E. (2004). Feasibility of providing culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for antenatal depression in an obstetrics clinic: A pilot study. *Research on social work practice*, 14(Q), 397-407.
- Hallbreich, U. (2004). Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research. *CNS Spectrum*, 9(3), 177-184.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Hobfoll, S.E., Ritter, C, Lavin, J, Hulsizer, M.R., Cameron, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol*, 63, 445-53.
- Jacobson, N.S.; Martell, C.R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science And Practice* 8, (3): 255 -270.
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(4), 269-278.

- Jadresic, E., Araya, R., Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynecology*, 16:187-91.
- Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I., Cox, J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, 21(2), 93-7.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 80, 251-255.
- Kelly, R.H., Danielsen, B., Golding, J., et al. (1999). Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California between 1994 and 1995. *Psychiatr Sen.*, 50, 1584-90.
- Kelly, R.H., Russo, J., Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23, 107-13.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlated of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Health*, 9(3), 121-30.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Ko, H., Shin, J., Kim, M.Y., Kim, Y.H., Lee, J., et al. (2012) Sleep disturbances in Korean pregnant and postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 33: 85–90
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., et al. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.*, 95, 487-90.

- Larsson, C., Sydsjo, G., Josefsson, A. (2004). Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3), 459-66.
- Lartigue, T., Casanova, G., Ortiz, J. & Aranda, C. (2004). Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con VIH/SIDA. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18(2), 73-90.
- León, O. G. y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación* (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Le Strat, Y., Dubertret, C. & Le Foll, B. (2011). Prevalence and Correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 128-138.
- Leung, S.K., Martinson, I.M., Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing & Health*, 28, 27-28.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurse Health.*, 24(3), 203-217,
- Lumley J. Astbury J. (1980). *Birth rites birth rights*. Melbourne: Sphere books.
- Lundy, B., Field, T., Pickens, J. (1996). Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behav Dev.*, 19 (4), 419-24.
- Manber, R., Schnyer, R.N., Allen, J.J.B., Rush, A.J. & Blasey, C.M. (2004). Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *Journal of affective disorders*, 83, 89-95.
- Manos, R., Kanter, K. & Busch, A. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychological Review*, 30, 547-561.

- Manzano, J., Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E. (1997). Le syndrome de dépression du pré-partum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. *Psychiatrie de l'Enfant*, 15, 533–552.
- Marcus, S.M., Barry, K.L., Flynn, H.A., Tandon, R., Greden, J.F. (2001). Treatment guidelines for depression in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 72, 61-70.
- Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C., Barry, K.L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-80.
- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Ventura, S.J. (2012). Births:Final data for 2010. National vital statistics reports, vol 61 (1). Hyattsville,MD: National Center for Health Statistics.
- Matthey, S. (2004). Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety). *Current opinion in Psychiatry*, 77(1), 21-29.
- McGregor, M.L. (2008). A physician-based cognitive behavioural intervention for depressed pregnant women in primary care: a pilot study. (Tesis doctoral). University of Toronto. Canada.
- McKee, M.D., Zaya, L.H., Fletcher, J, Boyd, R.C., Nam, S.H. (2006). Results of an intervention to reduce perinatal depression among low-income minority women in community primary care. *Journal of Social Service Research*, 32(4), 63-81.
- Ministerio de Salud. (2007). Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2014). Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento Santiago: MINSAL.
- Misri, S.K.(2005). *Pregnancy Blues: What every woman needs to know about depression during pregnancy*. New York, NY: Bantam Dell.

- Misri, S., Kim, J., Riggs, K.W., & Kostaras, X. (2000). Paroxetine levels in postpartum depressed women, breastmilk, and infant serum. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (11), 828-832.
- Misri, S., Kendrick, K., Oberlander, T., Norris, S., Tomfohr, L., Zhang, H., & Grunau, R. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: A longitudinal, prospective study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (4), 222-228.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C. & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of the mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *The Lancet*, 349 (9064), 1498-1504.
- Oakley A. (1986). *Telling the Truth about Jerusalem*. Author. Blackwell, London. 132-148.
- Obst Camerini, J. (2008). *La Terapia Cognitiva: Integrada y Actualizada*. Buenos Aires: CATREC.
- O'Hara M.W., Schlechte J.A., Lewis D.A., Varner M.W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 63-73.
- O'Hara M.W., Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A metaanalysis. *International Review of Psychiatry*, 8,37-54.
- Oppenheim G. (1985). Psychological disorders in pregnancy. En: Priest R, editor. *Psychological disorders in obstetrics and gynaecology*. London: Butterworths.
- Orr, S.T., James, S.A., Blackmore-Prince, C. (2002). Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol.*, 156, 797-802.

- Ortega, L., Lartigue, T. & Figueroa, M.E. (2001). Prevalencia de la depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(1), 11-20.
- Oviedo, G.F. & Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos postparto. *Universitas Médica*, 47(2), 131-140.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disorder*, 65, 9-17.
- Parry, B.L., Curran, M.L., Stuenkel, C.A., Yokimozo, M., Tarn, L., Powell, K.A. & Gillin, J.C. (2000). Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depression? *Journal of Affective Disorder.*, 60, 201-212.
- Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: Treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 33, 302-318.
- Peña, J. La natalidad en Panamá, rezagada (El Siglo) [en línea] 2014. <<http://www.elsiglo.com/panama/natalidad-panama-rezagada/23785799>> [Consulta: 15 octubre 2014].
- Polman, R., Kaiseler, M. & Borkoles, E. (2007). Effect of a single bout of exercise on the mood of pregnant women. *Journal of Sports Medicine & Physical Fitness*, 41, 103-11.
- Radloff, L.S. (1977) 'The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population'. *Applied Psychological Measurement* 1: 385-401.
- Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., Creed, F. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 481-6.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.

- Romito P. (1990). Postpartum depression or the medicalization of maternal unhappiness. A critical review. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 154: 7-19.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?* (2nd ed.). New York, NY: Guildford Press.
- Rubertsson, C., Waldenstrom, U., Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123.
- Ruiz J. & Cano J. (1999). *Manual de psicoterapia cognitiva*, 1ª. Edición.
- Seguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., Loiselle, J. (1995). Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 85(4), 583-89.
- Seritan, A.L., & Popescu, I.M. (2008). Pharmacologic and psychosocial treatments for postpartum depression. In P.R. Bancroft & L.B. Ardley (Eds.), *Major depression in women* (pp.103-121). New York, NY: Nova Biomedical Books.
- Spinelli, M.G. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry*, 154, 1028-30.
- Spinelli, M.G. & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 555-562.
- Steer, R.A., Scholl, T.O., Hediger, M.L., et al. (1992). Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1093-9.
- Trede, K., Baldessarini, R.J., Viquera, A.C. & Bottero, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum and lactating women (1858) by Luis-Victor Marcé: a commentary. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 157-165.

- Van Schaik, D.J.F., Van Marwijk, H.W.J., Van Der Windt, D.A.W.M., Beekman, A.T.F, De Haan, M. & Van Dyck, R. (2002). Effectiveness of psychotherapy for depressive disorder in primary care: A systematic review. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(9), 609-19.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F, Hasin, D.S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 65, 805–815.
- Welburn V. (1980). *Postnatal depression*. London: Fontana.
- Welner, A. (1982). Childbirth related psychiatric illness. *Compr Psychiatry*, 23, 143-154.
- Yonkers, K.A., Smith, M.V., Gotman, N., & Belanger, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of mayor depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 31, 327-333.
- Zayas, L.H., Cunningham, M., McKee, M.D. & Jankowski, K.R. (2002). Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Womens Health Issues*, 12, 16-22.
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J.F., Valenzuela, M., Westreich, R., Dayan, J. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural Psychiatry*, 41(4), 445-464.
- Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., et al. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviours. *American Journal of Obsterics and Gynecology*, 160, 1107-11.
- Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S., Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Journal of Development and Behavioral pediatrics.*, 11, 190-4.

Anexos

Anexo I
Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LA APLICACIÓN DE ENTREVISTAS, ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN DE 8 SESIONES DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL

Yo

_____ con numero de identidad personal _____ fui notificada del objetivo de la investigación del Psicólogo José Aguilar Guerra, estudiante del Programa de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá, titulado **APLICACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON DEPRESIÓN PRENATAL** el cual será aplicado en 8 sesiones de una (1) hora cada una en fechas programadas entre enero, febrero y marzo en horario a establecer.

Me comprometo a colaborar en este estudio de la siguiente manera:

- Brindando información personal confidencial que será plasmada de forma resumida en la tesis de grado sin divulgar mis datos personales o aspectos que me comprometan de cualquier manera.
- Asistiendo puntualmente a las citas asignadas y a seguir indicaciones establecidas.

Firma _____

Fecha _____

Anexo II
Casos Clínicos

Caso Clínico #1

I. Datos Generales

Nombre: E.G.

Edad: 24

Fecha de nacimiento: 24 de octubre de 1990

Sexo: Femenino

Estado civil: soltera

Nivel Académico: Universidad

Religión: Evangélica

Ocupación: Vendedora

Nacionalidad: Panameña

Semanas de gestación al ingreso: 15

II. Motivo de Consulta

Indica que desde su embarazo y el consecuente abandono emocional por parte de su pareja se siente triste, con llanto frecuente e incapaz de pensar en un futuro positivo para ella. No tiene ganas de nada y solo sale de su cuarto de alquiler para ir al trabajo, algunas clases de la Universidad y de inmediato regresa a su soledad.

III. Anamnesis personal y familiar

E.G. es la mayor de 2 hermanas maternas, más la única de padre. Desde la edad de tres años fue dejada al cuidado de su abuela materna y con ella se ha criado desde entonces. Su relación con la madre es regular, pero distante. Su madre tiene otras dos hijas con las cuales convive en otro hogar. Su padre está ausente. Afirma tiene dos madres, “mamá y la que me crió”. Reporta que la infancia y adolescencia ocurrió sin mayores dificultades, considerándola como una época feliz.

E.G. actualmente estudia la carrera de Administración Pública, en el tercer año. No posee muchas amistades y en los últimos meses su mayor lazo social ha sido su novio de 43 años. Labora como vendedora en un almacén de la localidad en el cual se siente a gusto.

IV. Descripción de situación actual

Desde enterarse de su estado de embarazo, se han dado muchos cambios en su vida actual. Su novio de dos años se ha alejado emocionalmente y físicamente, a pesar de estar contento por la noticia del embarazo al inicio. Él es participe de su vida de forma económica, proporcionándole un cuarto de alquiler, alimentación y gastos varios, sin embargo el trato amable y cariñoso descrito en el pasado de la pareja ya es poco o nulo. E.G. encontró que su pareja actualmente participa mucho más en la vida de sus ex-parejas con la cuales tiene cuatro hijos, y se excusa con la necesidad de estar con ellos y el trabajo para no estar con E.G.

En el ámbito familiar, su abuela materna ya no le da hospedaje en el hogar donde siempre ha estado, ya que posee la ideología que si “estas grandecita para embarazarte, puedes irte a vivir sola”, por ende ya no es bienvenida en su hogar. Económicamente no puede sostenerse sola por los gastos del embarazo y demás, por lo cual acepta que su novio le brinde un cuarto de alquiler, a pesar que él tiene un apartamento propio. Esta dependencia económica permite que la relación continúe según los términos de su pareja.

E.G. indica que “si no estuviese embarazada, estaría donde mi abuela y con mis amigos”. Expresa entre llanto que siente que no es capaz de nada, no tiene control sobre su vida y se siente triste y agobiada. Se preocupa por cómo está trayendo este niño al mundo y que sus planes eran completamente distintos. No cree tener la fortaleza para criarlo y poder brindarle lo que se merece.

V. Examen Mental

Aspecto general: Bien arreglada
Actividad motora: Normal
Expresión del rostro: Triste con apatía
Mímica: Normal
Expresiones afectivas: Tristeza
Ansiedad: Moderada
Orientación espacial: Buena
Orientación temporal: Buena
Organización del pensamiento: Bueno
Alucinaciones: No
Ideas delirantes: No
Obsesiones y fobias: No
Sentimientos de Despersonalización: No
Atención voluntaria: Regular
Atención espontánea: Regular

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z63.8 Problemas paterno-filiales
Eje V	55 puntos

Pruebas Aplicadas

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

Grupo Experimental Primera medición	24
Grupo Experimental Segunda medición	9

Caso Clínico #2

I. Datos Generales

Nombre: L.D.

Edad: 26

Fecha de nacimiento: 15 de abril de 1989

Sexo: femenino

Estado civil: unida

Nivel Académico: Universidad

Religión: Católica

Ocupación: Programadora

Nacionalidad: Panameña

Semanas de gestación al ingreso: 22

II. Motivo de Consulta

Indica que se siente sin ánimos para las actividades diarias y con frecuencia experimenta tener la mente en blanco. Lloro todas las noches y se enoja fácilmente. Constantemente posee un sentimiento de soledad y no puede evitar aislarse. Teme perder el trabajo por su falta de concentración y está desesperada por encontrar un alivio a su estado que inició luego de enterarse del embarazo.

III. Anamnesis personal y familiar

L.D. es la mayor de dos hermanas. Proviene de una familia monoparental, en la cual la madre y la abuela se encargaron su crianza. Expresa que tuvo una niñez normal y dedicada a intereses propios de su edad, sin embargo durante su adolescencia se le dejó frecuentemente a cargo completo de sus hermanas por largas ausencias de su madre. Actualmente describe una relación de altos y bajos con su madre y hermanas, por lo cual prefiere no frecuentarlas más de lo necesario.

Informa que tiene 8 años de unión con su pareja actual, con constantes problemas de infidelidad de su parte por lo cual hay frecuentes discusiones y no existe un nivel de confianza óptimo en la pareja.

Señala que quiere a su pareja sin embargo la unión ha estado más dirigida al apoyo mutuo en lo académico, estando en la misma carrera universitaria y conviviendo desde los 18 años. Poseen trabajos similares y la economía familiar es promedio, refiriendo que les alcanza para las necesidades básicas de ambos. L.D. posee una maestría de Ingeniería en Software y trabaja como programadora.

Durante un tiempo estuvieron buscando tener un hijo, y al no tener éxito entraron en un tratamiento de reproducción, sin embargo existieron complicaciones en el proceso, por lo cual decidieron aplazar el tratamiento y regresar a métodos anticonceptivos.

L.D. fue inconsistente en el uso de anticonceptivos, y durante este tiempo fue participe de una relación extramarital, resultando embarazada sin conocer al momento si esta persona o su pareja son el padre de su futuro hijo. No tiene hijos previos.

IV. Descripción de situación actual

L.D. asiste a consulta ginecológica en APLAFA y es referida por llanto fácil y estado emocional depresivo. En consulta señala sentirse triste frecuentemente y le resulta

imposible llevar a cabo sus tareas diarias tanto laborales como en pareja. Manifiesta que desde enterarse del embarazo, y la consecuente conversación con su pareja, ha perdido la alegría de la vida, el gusto por visitar a sus amistades y familiares y prefiere permanecer encerrada en el hogar, exclamando no sabe cómo hará para criar a este futuro hijo en camino.

Expresa culpabilidad por ser partícipe de una relación extramarital, comportamiento no común en ella. Terminó la relación al enterarse del embarazo, a pesar que con esta persona se sentía feliz y de buen humor, prefiriendo su pareja actual por estabilidad y el sentido de compromiso adquirido, a pesar de las infidelidades de él. Solo su pareja tiene conocimiento del embarazo, mas afirma expresarle lo ocurrido en su relación extramatrimonial, causando conflictos en su relación.

Con respecto a su trabajo, declara problemas con distintos compañeros y su supervisor por no cumplir trabajos debido a su estado depresivo. Indica lo siguiente: “Reconozco no hago bien las cosas y no tengo cabeza para poder trabajar. Siento que me van a despedir y no voy a poder conseguir otro trabajo porque estoy embarazada. Me tomo muchos tiempos para llorar y cuando regreso a las tareas se me queda la mente en blanco”.

Declara que su hijo es no deseado ni esperado, piensa que su pareja actual es el padre por las fechas de relaciones sexuales y el estimado del tiempo de embarazo y existen complicaciones en el embarazo por hipertensión.

V. Examen Mental

Aspecto general: Normal con respecto al físico, vestido y cuidado personal.

Actividad motora: Normal

Expresión del rostro, Triste

Mímica: Normal

Expresiones afectivas: Tristeza

Ansiedad: Moderada

Orientación espacial: Buena
Orientación temporal: Buena
Organización del pensamiento: Bueno
Alucinaciones: No
Ideas delirantes: No
Obsesiones y fobias: No
Sentimientos de Despersonalización: No
Atención voluntaria: Regular
Atención espontánea: Regular

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z63.8 Problemas paterno-filiales Z56.7 Problema laboral
Eje V	50 puntos

Pruebas Aplicadas

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

Grupo Experimental Primera medición	16
Grupo Experimental Segunda medición	7

Caso Clínico #3

I. Datos Generales

Nombre: A.M.

Edad: 20

Fecha de nacimiento: 11 de septiembre de 1995

Sexo: femenino

Estado civil: Unida

Nivel Académico: Secundaria

Religión: No determinada

Ocupación: Estudiante

Nacionalidad: Venezolana

Semanas de gestación al ingreso: 10

II. Motivo de Consulta

Indica que luego de enterarse de su embarazo se ha sentido culpable, ansiosa y poco feliz. Llora todas las mañanas y a la hora de dormir sin saber porque. Posee un sentimiento de soledad y no acepta el hecho que está embarazada. Desea estar bien con su pareja, a pesar que el embarazo pueda no ser resultado de su relación, sino de una relación extramatrimonial. Indica no tiene el apoyo de su familia ya que no les agrada su pareja, y depende económicamente de él y algunos trabajos eventuales.

III. Anamnesis personal y familiar

A.M. proviene de un hogar formado por sus padres y dos hermanos en el cual ella es la segunda en orden de nacimiento. Declara sus padres se divorciaron cuando ella tenía una corta edad y desde entonces su padre ha formado otra familia. Cuando ella tenía 14 años se muda a Panamá, en donde continúa su vida académica sin inconvenientes, pero con dificultades en hacer amistades.

Desarrolla un interés y aprecio hacia la cultura indígena panameña Guna Yala, a través del cual establece un círculo de amistades con interés en común y toma la decisión de estudiar una carrera universitaria sobre el lenguaje nativo panameño, al unísono con la carrera de psicología.

Este interés hace que su familia se aleje de ella, expresando “ellos tenían otros planes para mí”. Su familia se mudó a Venezuela, y ella toma la decisión de quedarse en Panamá, conviviendo con su pareja actual.

Su pareja de 30 años de edad se dedica al arte cinematográfico, y expresa han mantenido una relación estable, sin embargo en los últimos meses han existido diferencias que han causado una infidelidad de su parte.

IV. Descripción de situación actual

Paciente es referida por APLAFA debido a estados de humor cambiantes, llanto fácil y dificultades en su relación sentimental. En consulta expresa tristeza, infelicidad y una obligación para realizar las tareas cotidianas. Desde enterarse de su estado de embarazo ha tenido conflictos con su pareja por la infidelidad declarada, adicionales a los problemas con su familia por el descuido en los métodos anticonceptivos. Se siente sola y agobiada por la poca comprensión por parte de sus seres queridos. Afirma “este niño no debe venir al mundo, no lo van a querer si nadie me quiere a mí”.

A pesar que su pareja ha “aceptado y perdonado” la infidelidad y decidido registrar al bebé próximo como suyo, no han solucionado conflictos previos a la infidelidad que han desencadenado en los problemas actuales de pareja. Afirma sentirse culpable por la infidelidad, amor a su pareja pero a la vez preocupación excesiva y agobiante por el futuro de la relación y sobre las preparaciones que debe hacer con este nuevo bebé.

V. Examen Mental

Aspecto general: Bien arreglada

Actividad motora: Normal

Expresión del rostro: Normal

Mímica: Normal

Expresiones afectivas: Tristeza y preocupación

Ansiedad: Alta

Orientación espacial: Buena

Orientación temporal: Buena

Organización del pensamiento: Bueno

Alucinaciones: No

Ideas delirantes: No

Obsesiones y fobias: No

Sentimientos de Despersonalización: No

Atención voluntaria: Regular

Atención espontánea: Regular

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z63.8 Problemas paterno-filiales
Eje V	55 puntos

Pruebas Aplicadas

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

Grupo Experimental Primera medición	19
Grupo Experimental Segunda medición	9

Caso Clínico #4

I. Datos Generales

Nombre: M.M.

Edad: 32

Fecha de nacimiento: 5 de enero de 1983

Sexo: femenino

Estado civil: soltera

Nivel Académico: secundaria

Religión: católica

Ocupación: mesera

Nacionalidad: Panameña

Semanas de gestación al ingreso: 13

II. Motivo de Consulta

Indica que se siente que su vida se ha derrumbado, no obtiene placer de sus actividades cotidianas y tiene cambios de humor muy frecuentes, entre tristeza y enojo. A diferencia de sus otros embarazos este lo vive sin ganas y con mucha tristeza lo cual encuentra poco común lo cual aumenta su ansiedad. Se despierta frecuentemente en las noches, para entrar en un estado de llanto incontrolable. Desea conocer porque le ocurre esto y como puede sentirse mejor consigo misma, alejarse de la infelicidad actual y poder regresar a como se sentía antes de su embarazo.

III. Anamnesis personal y familiar

M.M. proviene de un hogar disfuncional monoparental, bajo el cuidado de su padre. Es la mayor de 5 hermanos con los cuales tiene una relación regular. Con respecto a su padre no tiene una relación positiva, y no sabe de él desde hace 9 años.

A los 14 años sufre un abuso sexual, y posterior a esto se le fue obligada por su padre a vivir con su violador. A los 17 años logra salir de este hogar con el objetivo de avanzar académicamente y laboralmente. Sin embargo no logra terminar la secundaria y trabaja de forma eventual en bares y discotecas.

A los 20 se casa con su primer esposo con el que posteriormente tiene 3 hijos. Indica que la relación al inicio era buena, pero luego por actitudes celosas y agresivas por parte de él hace que decidan separarse. Mantiene custodia de sus hijos y ellos poseen una buena relación con su padre aunque se frecuentan poco.

Menciona que durante su vida ha padecido de desórdenes alimenticios con humores depresivos. Con el objetivo de obtener mejora a su condición decide, alrededor de 25 años, mudarse a Méjico para trabajar y ahorrar dinero para sus hijos, dejándolos al cuidado de amistades. Al regreso a Panamá, hace mejoras en su casa y empieza a vivir de forma más cómoda.

Gracias a las mejoras realizadas invita a vivir con ella a dos de sus hermanos menores, con el propósito de mejorar su calidad de vida. Sin embargo en el transcurso de su estadía inician diferencias por no llegar a un acuerdo sobre el mantenimiento y la salubridad del hogar. Por este motivo afirma que ha mantenido cambios de humor incluyendo no poder controlar su ira.

Desde hace algunos meses ha establecido una relación sentimental con un hombre que afirma quererla mucho. Ella no se siente de la misma manera pero declara es

conveniente, la apoya y le brinda recursos aparte del cariño. Indica no se lleva bien con todos sus hijos, motivo que no le permite acercarse más sentimentalmente.

IV. Descripción de situación actual

M.M. llega a consulta ya que desde que conoce de su embarazo, y considerando su situación, se ha sentido amargada, malhumorada y triste. Le agobia cada pequeño conflicto como si fuese algo catastrófico y le preocupa no poder mejorar. Declara que tiene un llanto fácil necesitando poca estimulación para ello, y que todas las noches llora sin razón aparente. No puede sentir placer en sus actividades y se siente indiferente hacia lo que ocurra alrededor de ella. Indica cuida de sus hijos, pero aparte de ver que estén bien no hace mayor esfuerzo.

M.M. afirma “este muchacho quiere darme todo, pero yo no lo quiero a él. Aun así este es su hijo y nada puedo hacer sobre eso.” al referirse sobre la situación sentimental actual. Indica que su negativa a brindarle lo que él desea ha causado muchos conflictos, pero ella desea estar sola ya que nadie la entiende.

Con sus hermanos existe conflicto con una frecuencia diaria. No llegan a un acuerdo sobre las reglas del hogar, considerando que es su hogar y ahí residen sus hijos; a la vez que piensa en lo mejor para sus hermanos. Actualmente se siente agobiada e incapaz de poder llegar a una solución. Prefiere no pelear pero es imposible no sentirse enojada y triste.

Labora como mesera en un bar de la localidad, de forma eventual. No posee un trabajo fijo y estable por lo cual se le dificulta en el aspecto económico el mantener a sus hijos. Señala que no realiza actividades sociales adicionales a reunirse con su pareja y estar con sus hijos. No tiene muchas amistades su única red de apoyo es su familia.

V. Examen Mental

Aspecto general: Normal con respecto al físico, vestido y cuidado personal.

Actividad motora: Normal

Expresión del rostro: Triste
 Mímica: Normal
 Expresiones afectivas: Tristeza
 Ansiedad: Moderada
 Orientación espacial: Buena
 Orientación temporal: Buena
 Organización del pensamiento: Bueno
 Alucinaciones: No
 Ideas delirantes: No
 Obsesiones y fobias: No
 Sentimientos de Despersonalización: No
 Atención voluntaria: Regular
 Atención espontánea: Regular

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z63.8 Problemas paterno-filiales F93.3 Problema de relación entre hermanos
Eje V	55 puntos

Pruebas Aplicadas

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

Grupo Control Primera medición	20
Grupo Control Segunda medición	20

Caso Clínico #5

I. Datos Generales

Nombre: G.M.

Edad: 27

Fecha de nacimiento: 6 de octubre de 1987

Sexo: femenino

Estado civil: soltera

Nivel Académico: secundaria

Religión: católica

Ocupación: aseo y limpieza

Nacionalidad: Nicaragüense

Semanas de gestación al ingreso: 16

II. Motivo de Consulta

Se presenta a consulta por miedos sobre su embarazo, poca capacidad de observar un futuro prometedor y con sentimientos de culpa sobre su condición actual. Indica un sentimiento general de tristeza, además de poco apetito y problemas para conciliar el sueño.

III. Anamnesis personal y familiar

G.M. proviene de un hogar monoparental, señalando que sus padres se separaron antes que ella naciera. Fue reconocida por su padre con el cual mantuvo una buena interacción durante su infancia y adolescencia. Este falleció cuando ella tenía 16 años de edad.

Informa que su madre era vendedora de frutas y legumbres y ella permanecía en su ausencia a cargo de su abuela materna, la cual fue como una madre para ella.

Refiere que tuvo una crianza normal siendo lo único a destacar que el padre estuvo ausente por muchos tiempos, pero lo que compartían era de calidad, agregando que no tiene quejas de ninguno de sus padres.

Afirma que logra sus metas académicas sin inconvenientes y de forma regular. Cumple graduarse de la secundaria, pero no entra a la universidad por trabajo.

Desde los 19 años sale embarazada de su primer hijo, y se muda a la casa de su pareja al momento. Con él convive durante ocho años, en el cual nace su segundo hijo. Esta relación culmina debido a una infidelidad por parte de él luego de 8 años de convivir.

Posterior a esto se le da la oportunidad de obtener trabajo en Panamá, referida por una amistad, por lo cual toma la decisión de mudarse de país. Sus hijos se quedan en Nicaragua, a cargo de su madre.

Llega a Panamá y realiza labores como ama de casa. Es en este periodo que conoce a un hombre con el cual empieza a tener una relación sentimental. Luego de unos meses de relación él le propone que convivan en su hogar.

G.M. afirma que al estar conviviendo, su pareja presenta rasgos agresivos, con celos excesivos y con un cambio de actitud drástico. Debido a esto, existieron frecuentes diferencias que escalaron a agresiones verbales y en una ocasión agresión física.

Se separa de su pareja por estos motivos y empieza a vivir en cuartos de alquiler. Es en este periodo, gracias a náuseas matutinas y sentir baja presión que realiza una prueba de embarazo la cual sale positiva.

IV. Descripción de situación actual

G.M. describe una situación de embarazo no deseado, sin pareja actual y con un sentimiento de soledad por estar en un país diferente al de origen, sin apoyo de amistades o familiares.

No desea regresar ya que indica no ha logrado obtener trabajo en Nicaragua y debe enviar un sustento a sus hijos. Describe un estado de ánimo depresivo, con llanto excesivo durante el día, pérdida de apetito y con problemas para conciliar el sueño.

Señala que está trabajando de forma eventual y no fija, y no con el mismo interés que le tenía antes. Posee una preocupación excesiva en el futuro de su hijo no nacido, el cual prevé será poco positivo y no se cree capaz de lidiar con los problemas tanto laborales como emocionales causados por el embarazo. No cree poder encontrar trabajo estable en Panamá con su embarazo.

No considera decirle a su ex-pareja sobre el embarazo, por miedos a tener que regresar con él. Desde que terminó la relación, no ha tenido contacto con él.

V. Examen Mental

Aspecto general: Normal

Actividad motora: Normal

Expresión del rostro: Triste

Mímica: Normal

Expresiones afectivas: Tristeza y angustia

Ansiedad: Alta

Orientación espacial: Buena

Orientación temporal: Buena

Organización del pensamiento: Bueno

Alucinaciones: No

Ideas delirantes: No

Obsesiones y fobias: No
Sentimientos de Despersonalización: No
Atención voluntaria: Regular
Atención espontánea: Regular

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos 296.23
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z56.7 Problema laboral
Eje V	60 puntos

Pruebas Aplicadas

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

Grupo Control Primera medición	24
Grupo Control Segunda medición	20

Caso Clínico #6

I. Datos Generales

Nombre: O.L.

Edad: 24

Fecha de nacimiento: 12 de diciembre de 1990

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Nivel Académico: Universidad

Religión: Católica

Ocupación: Ama de casa

Nacionalidad: Panameña

Semanas de gestación al ingreso: 16

II. Motivo de Consulta

Informa estar preocupada e intranquila, con dificultades para dormir, Le cuesta relacionarse con los demás ya que le cuesta concentrarse y es perjudicial para su vida universitaria. Señala que esto ha empezado desde el embarazo y que reconoce no tendrá la misma vida que antes. Cada día se entristece más y va perdiendo la energía de continuar.

III. Anamnesis personal y familiar

O.L. proviene de una familia monoparental señalando que no fue reconocida por el padre y que su mamá fue quien la crió. Refiere que tuvo una niñez regular explicando que no fue víctima de negligencias en sus atenciones o maltratos físicos en su crianza, pero si hubo cierto maltrato psicológico refiriendo que a los ocho años de edad conoció a su padre, y quiso relacionarse con él, pero su madre se opuso. Ante esto existieron reuniones a escondidas en el cual ella se escapaba para poder verlo. Esto ocurrió hasta que su padre fallece cuando O.L. tenía 12 años.

La educación de O.L. fue normal, graduándose a la edad correspondiente y entrando en la Universidad. Al graduarse se casa con su novio de 4 años.

Su vida de casada es bastante estable. Comparten una buena relación con una comunicación balanceada.

En lo laboral, O.L. hace unos meses renuncia a su trabajo de dos años por una propuesta de mejor salario, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. En el proceso de la nueva posición, le solicitan exámenes médicos. A través de los cuales se entera que tenía un embarazo de dos meses. Ante esta noticia los empleadores no aceptan la contratación, por lo cual O.L. queda sin empleo.

Su pareja en esta nueva situación asume la responsabilidad económica completa del hogar, brindando mayor nivel de estrés al ambiente familiar. Es durante este tiempo que O.L. muestra sintomatología depresiva mediante la falta de apetito, llanto fácil sin control durante la noche y durante el día, problemas para conciliar el sueño y una reclusión en el hogar solo teniendo contacto social con su pareja.

IV. Descripción de situación actual

Actualmente O.L. afirma que se siente culpable por no poder brindarle un hogar esperado a su bebé. Siente que este suceso no debió suceder y ha catalizado todos los problemas que actualmente refieren. Además afirma que teme por la relación, piensa constantemente en el abandono por parte de su pareja ya que la actitud de la misma ha cambiado drásticamente siendo él una persona actualmente más iracunda e impulsiva.

Los problemas económicos se suman al embarazo no deseado que causa que la dinámica familiar tenga obstáculos. No ha podido obtener un trabajo por su condición y ha tomado la actitud de indiferencia sobre el tema, dependiendo completamente de su pareja.

La familia no brinda un apoyo, ya que ella era la fuente de apoyo de su madre, la cual se suma a las responsabilidades de su pareja.

V. Examen Mental

Aspecto general: Normal

Actividad motora: Normal

Expresión del rostro: Triste

Mímica: Normal

Expresiones afectivas: Tristeza

Ansiedad: Moderada

Orientación espacial: Buena

Orientación temporal: Buena

Organización del pensamiento: Bueno

Alucinaciones: No

Ideas delirantes: No

Obsesiones y fobias: No

Sentimientos de Despersonalización: No

Atención voluntaria: Regular

Atención espontánea: Regular

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	F32.1 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, moderado 296.22
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales Z56.7 Problema laboral
Eje V	60 puntos

Pruebas Aplicadas

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

Grupo Control Primera medición	18
Grupo Control Segunda medición	15

Anexo III

Escala de Depresión Post-natal de Edinburgh

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido 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.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 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 | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
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 |
| 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 | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

Anexo IV

Definición Operacional de la Terapia Cognitivo Conductual

Tratamiento Cognitivo Conductual

Descripción del tratamiento:

A continuación detallamos la estructura del programa de tratamiento. Para su mejor organización hemos dividido el programa por sesiones.

Sesión #1 y #2: Validación, Educación y Activación Conductual

A. Entrevista Clínica Individual:

1. Realizar la entrevista clínica para conocer los antecedentes clínicos
2. Crear y mantener una relación terapéutica
3. Comprometer al paciente en el tratamiento
4. Responder ante las expectativas de la paciente.

B: Abordar las preocupaciones acerca de los síntomas del estado de ánimo:

1. Reconocer que se ha anotado más de 12 en la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh.
2. Obtener el consentimiento informado de la paciente que confirma que ha aceptado participar en la investigación.
3. Validar y normalizar sus síntomas.

C: Educar a la paciente en el Modelo Cognitivo Conductual:

1. Revisar el modelo, haciendo hincapié en la forma tan conectada que están nuestros pensamientos, estados de ánimo, estado físico, reacciones y comportamientos.
2. Revisar los ejemplos proporcionados. Explicar en detalle para la futura tarea.
3. Informar al paciente de que el cambio en alguno de estos factores, cambia a los otros.

Por ejemplo, con el fin de cambiar su estado de ánimo es necesario centrarse en cambiar sus pensamientos y comportamientos.

4. Informar que un buen lugar para empezar es mediante sus comportamientos y mirando a las actividades que están haciendo diariamente.

D: La Activación Conductual:

1. Informar a la paciente que es común que las mujeres que están embarazadas dejen de hacer cosas que anteriormente disfrutaban. Esto puede ser debido a los síntomas físicos que están experimentando o el hecho de que la vida se ha vuelto cada vez más agitada (por ejemplo, las citas médicas, etc.)

2. Informar al paciente que a menudo es más fácil cambiar los comportamientos que los sentimientos. Por ejemplo, uno no puede simplemente levantarse por la mañana y decidir que no se siente triste, pero si puede elegir cambiar lo que hacen en el día. Enfatizar a la paciente la importancia de empezar a aumentar las actividades placenteras a las cuales se dedican.

3. Explicar a la paciente que al aumentar las actividades placenteras, poco a poco empezaran a ver mejoría en su estado de ánimo.

D: Tarea para la siguiente sesión (Informarle deben traer lo asignado para la próxima sesión):

1. Solicitarle a la paciente que lea "Los sentimientos de tristeza durante el embarazo" e informarle que podrá ayudarles a entender los sentimientos que tienen un poco más.

2. Invitar al paciente que lea la lista de actividades placenteras presentadas y que circule los que le gustaría realizar.

3. Asignar la tarea de comenzar a participar en por lo menos dos o tres actividades placenteras cada semana.

4. Solicitarles que documenten la frecuencia con que están participando en estas actividades en el "Horario de Actividades" que se les ha de brindar.

5. Solicitarles documentar cualquier cambio en su estado de ánimo antes y después de la participación en la actividad placentera (con la salvedad de que cualquier cambio positivo en el estado de ánimo es bueno).
6. Hacer hincapié en la importancia de completar las tareas para la efectividad del tratamiento.

Lecturas suministradas:

1. "Los sentimientos de tristeza durante el embarazo"

Documentos suministrados:

1. Material de trabajo en el modelo de la TCC con ejemplos
2. Lista de Actividades Placenteras
3. "Horario de Actividades" para el seguimiento de las actividades placenteras y para el monitoreo del estado de ánimo antes y después de la participación en la actividad placentera.

Sesión #3: El Aumento de Actividades Placenteras

A: Verificar la realización de las tareas:

1. Es importante para completar esto en cada sesión con el fin de asegurar que las pacientes están completando las tareas del tratamiento.
2. Si no se ha completado la tarea, evaluar los obstáculos, hacen hincapié en la importancia de completar la tarea y animarlos a completar para la próxima sesión tomando en cuenta cualquier barrera (además de la tarea de esta sesión).

B: Revisión del aumento de las Actividades Placenteras:

1. Revisar el "Horario de Actividades" y reconocer cualquier incremento en su nivel de actividad y cualquier cambio en su estado de ánimo antes y después de la participación en

las Actividades Placenteras.

2. Si no lo traen en el documento, solicitarles que recuerden de memoria
3. Si no experimentaron cambios positivos, normalizar la experiencia y animarles a continuar con las actividades, informándoles que necesitan tiempo para ver resultados.

C: Reforzar el modelo cognitivo-conductual:

1. Recuerde a las pacientes la forma que están conectados nuestro estado de ánimo es con las cosas que hacemos y nos decimos a nosotros mismos.

D: Tarea para la siguiente sesión:

1. Invitar a la paciente para programar más Actividades Placenteras de lo que ya realizan, fomentando que realicen una actividad diaria.
2. Invitar a continuar documentando su estado de ánimo antes y después de realizar la Actividad Placentera.

Documentos suministrados:

1. “Horario de Actividades” para el seguimiento de las actividades placenteras y para el monitoreo estado de ánimo antes y después de la participación en la actividad placentera.

Sesión #4: Revisión de las Actividades Placenteras y Psicoeducación sobre la conexión entre los pensamientos y los estados de ánimo

A: Verificar la realización de las tareas:

1. Es importante para completar esto en cada sesión con el fin de asegurar que las pacientes están completando las tareas del tratamiento.

2. Si no se ha completado la tarea, evaluar los obstáculos, hacen hincapié en la importancia de completar la tarea y animarlos a completar para la próxima sesión tomando en cuenta cualquier barrera (además de la tarea de esta sesión).

B: Revisión de Tareas Relacionadas con placenteras Actividades

1. Revisar brevemente el “Horario de Actividades” y reconocer cualquier incremento en su nivel de actividad y cualquier cambio en su estado de ánimo antes y después de la participación en las Actividades Placenteras.

2. Una vez más, si no traen el documento brindado con las observaciones escritas, solicitarles que recuerden verbalmente las Actividades Placenteras en las cuales han participado recientemente y la forma en que puedan haber afectado su estado de ánimo.

C: Reforzar la importancia de seguir aumentando las Actividades Placenteras:

1. Animarlas para mantener la programación de actividades placenteras (incluso si no se dieron cuenta de los cambios de humor que esperaban).

D: Psicoeducación sobre los pensamientos y estados de ánimo y el uso del “Registro de Pensamientos”:

1. Informar al paciente que los pensamientos que pasan por nuestra mente afectan cómo nos sentimos. Explicar que a veces estos pensamientos ocurren tan rápidamente que nos es difícil decir que están afectando nuestras emociones.

2. Completar las tres primeras columnas del “Registro de Pensamientos” con la paciente, invitándola a pensar en una situación reciente por la cual hubo una fuerte reacción emocional a una situación (triste, herida o feliz). Luego invitar a la paciente a recordar lo que estuvo pensando en relación a esa situación. Dibujar la conexión entre la situación específica, sus pensamientos y lo que sentían como resultado. Si no pueden recordar un ejemplo, proporcionar una para ellos (se puede utilizar el documento "Pensamientos y

Sentimientos", leyendo a través del ejemplo proporcionado pero puede ser más fácil / más rápido usar su propio ejemplo).

E: Tarea para la siguiente sesión:

1. Asignar la lectura "Pensamientos y Sentimientos".
2. Solicitarles que completen las tres primeras columnas del "Registro de Pensamientos" proporcionados. Invitarlas a escribir al menos dos ejemplos.
3. Solicitarles que presten especial atención a los pensamientos y estados de ánimo que tienen sobre el embarazo y la maternidad inminente.
4. Invitar a la paciente a completar las dos situaciones en la hoja de "Pensamientos y Sentimientos"

Lectura Provista:

1. "Pensamientos y Sentimientos"

Documentos suministrados:

1. "Registro de Pensamientos"
2. "Pensamientos y Sentimientos"; Hoja de Trabajo de "Pensamientos y Sentimientos".

Sesión #5: Revisión del Registro de Pensamiento y Psicoeducación en Evaluación de la Evidencia

A: Verificar la realización de las tareas:

1. Es importante para completar esto en cada sesión con el fin de asegurar que las pacientes están completando las tareas del tratamiento.

2. Si no se ha completado la tarea, evaluar los obstáculos, hacen hincapié en la importancia de completar la tarea y animarlos a completar para la próxima sesión tomando en cuenta cualquier barrera (además de la tarea de esta sesión).

B: Revisar el registro de pensamientos:

1. Revisar el “Registro de Pensamientos” asignado desde la última sesión.
2. Si no trae su “Registro de Pensamientos” intentar conseguir que recuerde una situación que anotó o si no completó el “Registro de Pensamientos” pedirles que recuerden una situación en la que tenían una fuerte reacción emocional y discutir las ideas que tenían que poder y como han contribuido a sus sentimientos.
3. Reconocer y validar la forma en que fueron capaces de conectar los pensamientos negativos y positivos con los sentimientos negativos y positivos.

C: Psicoeducación sobre la evaluación de la evidencia y el “Registro de Pensamientos”:

1. Informar al paciente que a veces los pensamientos que hemos tenido se han basado en nuestras interpretaciones de eventos y no necesariamente los datos o hechos objetivos. Recopilar información que apoye y no apoye los pensamientos negativos automáticos puede proporcionar una base para evaluar que tan certeros son estos pensamientos. Pensamientos Distorsionados e Incorrectos pueden dar lugar a sentimientos de tristeza o de ansiedad innecesarios. A veces un poco de información adicional puede cambiar la perspectiva completamente.
2. Completar las columnas cuatro y cinco del “Registro de Pensamientos”. Utilice el ejemplo que se discutió como tarea. Invítelos a pensar en elementos de información que apoyen la idea o ideas que tenían en esa situación y elementos de información que las hagan no apoyar su pensamiento o pensamientos. Si se les dificulta conseguir evidencia, se pueden sugerir algunas cosas a tener en cuenta.

D: Tarea para la siguiente sesión

1. Invitar al paciente que lea el documento "Evaluación de la Evidencia".
2. Invitar al paciente para completar las columnas del uno al cinco en "Registro de Pensamientos". Invitarlos a escribir al menos dos ejemplos.
3. Solicitarles que presten especial atención a los pensamientos y estados de ánimo que tienen sobre su embarazo y la maternidad inminente.
4. Invitar al paciente a completar las dos situaciones en la hoja de trabajo "Evaluación de la Evidencia".

Lectura Provista:

1. "La evaluación de la evidencia"

Documentos suministrados:

1. "Registro de Pensamientos"
2. Hoja de trabajo "Evaluación de la Evidencia"

Sesión #6: Revisión de la "Evaluación de la Evidencia" y Psicoeducación sobre los pensamientos Alternativos o Balanceados

A: Verificar la realización de las tareas:

1. Es importante para completar esto en cada sesión con el fin de asegurar que las pacientes están completando las tareas del tratamiento.
2. Si no se ha completado la tarea, evaluar los obstáculos, hacen hincapié en la importancia de completar la tarea y animarlos a completar para la próxima sesión tomando en cuenta cualquier barrera (además de la tarea de esta sesión).

B: Revisar el "Registro de Pensamientos":

1. Revise las cinco columnas del “Registro de Pensamientos” y reconocer y validar la forma en que fueron capaces de encontrar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos negativos. Si se les fue difícil identificar evidencias, entonces se puede ofrecer información a considerar.

2. Si no trajo su “Registro de Pensamientos” entonces invitarlos a recordar una situación que previamente han anotado o si no se completa el “Registro de Pensamientos” pedirles que recuerden una situación donde tuvieron una fuerte reacción emocional y discutir los pensamientos tenían y que puedan haber contribuido a sus sentimientos; además de posibles pruebas a favor y en contra de sus pensamientos.

C: Psicoeducación sobre los Pensamientos Alternativos y Balanceados y “Registro de Pensamientos”:

1. Reforzar el hecho de que muchas emociones negativas pueden ser causadas por formas distorsionadas de interpretar distintas situaciones. Encontrar evidencia en contra de una interpretación negativa es crítico. Informar a los pacientes de que es igualmente importante para reemplazar sus pensamientos negativos con pensamiento positivos / realistas / racionales. Pensamientos Alternativos o Balanceados no es lo mismo que simplemente pensar positivamente. Se está tomando en cuenta información tanto positiva como negativa en el intento de comprender el significado de toda la información disponible. Cuando cambias el significado que estás asignando a tus pensamientos, esto puede conducir a un cambio en el estado de ánimo.

2. Completar la columna seis del “Registro de Pensamientos”. Elegir una situación en el “Registro de Pensamientos” e invitar a la paciente a llegar a una forma más realista de la evaluación de la situación sobre la base de sus respuestas en columnas de cuatro y cinco. Si se les dificulta, se puede hacer sugerencias para que se consideren.

3. Una vez más, si no traen el “Registro de Pensamientos” o no completarlo, proponer un ejemplo durante la sesión.

D: Tarea

- Lectura del documento “Pensamiento Balanceado”

- Completar todas las columnas del “Registro de Pensamientos” y escribir por lo menos dos situaciones.
- Completar las dos situaciones en la hoja de trabajo del “Pensamiento Balanceado”.

Lectura Provistos:

1. “Pensamiento Balanceado”

Documentos suministrados:

1. “Registro de Pensamientos”
2. Hoja de trabajo del “Pensamiento Balanceado”.

Sesión #7 y #8: Revisión de los pensamientos Alternativos o Balanceados y Refuerzo de los Conceptos

A: Verificar la realización de las tareas:

1. Es importante para completar esto en cada sesión con el fin de asegurar que las pacientes están completando las tareas del tratamiento.
2. Si no se ha completado la tarea, evaluar los obstáculos.

B: Revisar el “Registro de los Pensamientos”:

1. Revisar la tarea y trabajar en alguna dificultad.
2. Reforzar la importancia de retar formas de pensar ansiosas y deprimida y guiarlas a buscar perspectivas alternativas.
3. Una vez más, si la paciente no trajo su “Registro de Pensamientos” o no lo completó, se procede como previamente se ha hecho.

C: Revise los principales conceptos introducidos durante el tratamiento:

1. Revisar el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual, la importancia de programar Actividades Placenteras y cómo identificar los pensamientos negativos, evaluar la evidencia y sustituir estos pensamientos con evaluaciones realistas.

D: Revisar lo que ellas piensan que han aprendido del tratamiento y en lo que creen será importante continuar trabajando.

D: Cierre y Despedida

ANEXO V
LECTURAS Y DOCUMENTOS PROPORCIONADOS

HORARIO DE ACTIVIDADES

Es de mucha ayuda mantener un record de las actividades placenteras que realizas y como estas afectan tu ánimo. Recuerda, cada cambio positivo en tu ánimo es bueno. Llena al menos dos a tres casillas.

Escribe en cada casilla: (1) Actividad placentera; (2) Ánimo antes y después de que te ocupes en la actividad (con un 0 a 10, e donde 0 es un ánimo muy bajo y 10 es un muy buen ánimo).

Tiempo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00am a 9:00am	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:
9:00am a 12:00pm	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:
12:00pm a 3:00pm	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:
3:00pm a 6:00pm	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:
6:00pm a 9:00pm	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:
9:00pm a 12:00am	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:	Actividad: Ánimo antes: Ánimo despues:

Sentimientos de tristeza DURANTE EL EMBARAZO

Hechos:

- Sentirse triste y azul durante todo el embarazo es algo muy común.
- Es un mito que el embarazo es un tiempo universal brillante y feliz.
- Las mujeres no tienen la culpa por tener estos sentimientos. Sentimientos de tristeza durante el embarazo no es una debilidad y no es simplemente una cuestión de "chasquido fuera de él".
- Las señales de peligro durante el embarazo incluyen sensación de abajo, los frecuentes ataques de llanto, pérdida de interés en actividades, dificultades para dormir, comer o cuidar de sí mismo, sentimientos de culpa o ansiedad y social retirada.

Comprendiendo estos sentimientos:

- **Nuestros pensamientos afectan directamente cómo nos sentimos.**

Los pensamientos que tienen las mujeres sobre su embarazo y su inminente papel como madre puede tener una influencia directa sobre cómo se sienten. Por ejemplo, Sue es una mujer de 36 años y esperando su primer hijo. Ella ha experimentado una gran cantidad de la fatiga y náuseas del embarazo. Ella trabaja muchas horas como secretaria legal y su pareja también trabaja largas horas. Ella descubre que recibe poco apoyo en casa y desde que descubrió que estaba embarazada ella se ha preocupado por la forma en que se enfrentará a la situación. Ella se encuentra con pensamientos tales como "No voy a ser capaz de manejar el ser mamá" y "Voy a criar este niño sola". Estos pensamientos llevan a que Sue se sienta deprimida y entre más deprimida se siente más quiere estar sola. Ella a su vez se aísla socialmente y se siente aún más abrumada. Al obtener una mejor comprensión de sus pensamientos y cómo influyen en su estado de ánimo, Sue puede empezar a reevaluar su situación de una manera más realista y a desafiar estos pensamientos. Esto a su vez puede mejorar su estado de ánimo.

Un número de factores adicionales pueden desempeñar un papel en la aparición o reaparición de síntomas de depresión y / o ansiedad durante el embarazo. Estos incluyen:

- Las mujeres con antecedentes personales o familiares de dificultades emocionales tienen un mayor riesgo.
- Muchos han planteado la hipótesis de que los cambios hormonales que acompañan al embarazo y parto puede contribuir a las dificultades del estado de ánimo durante el embarazo. En comparación con cualquier otro momento en el ciclo de la vida humana, durante todo el embarazo y el parto las fluctuaciones hormonales que una mujer sufre es de la mayor magnitud (Ross, 2004).
- El embarazo es un momento en el que las mujeres requieren una gran cantidad de apoyo. Para las mujeres que no están en una relación íntima y / o que carecen de un fuerte sistema de apoyo, el embarazo puede ser experimentado como un momento aterrador y de mucha vulnerabilidad, sobre todo para las madres primerizas. Para aquellas mujeres que tienen relaciones íntimas, la depresión durante el embarazo se ha asociado con dificultades matrimoniales. Las mujeres pueden empezar a preocuparse si su pareja va a realizar su parte después de que nazca el bebé y podría sentir que no van a recibir el apoyo que requieren.

- Los mensajes sociales sobre el embarazo y la maternidad.

También es importante tener en cuenta cómo las mujeres reciben mensajes sobre el embarazo y la maternidad en general afectar el bienestar emocional. Los mensajes sociales que las mujeres embarazadas reciben e interiorizan sobre "cómo comportarse" durante el embarazo y lo que una "buena madre" significa pueden afectar bienestar emocional (Ross, 2004). Hoy en día, se espera que las mujeres embarazadas no solo aprendan a manejar bien su embarazo sino continuar con todas las diversas actividades de sus vidas normales tales como el trabajo, el cuidado de la casa y la preparación de las comidas, también se espera que lucir bien mientras se hace y mantenerse físicamente y mentalmente bien (Misri, 2005). Por lo tanto, no debe ser completamente inesperado cuando las mujeres embarazadas bien ajustadas que están bien con su vida y relación, que ha planeado su embarazo y está a la espera de la maternidad comienzan a sentirse triste y llenas de dudas.

- Alcohol / Drogas.

Depresión prenatal también se ha asociado con el abuso de sustancias y el tabaquismo, aunque es difícil determinar la causa y el efecto.

- El maltrato infantil.

Las mujeres con una historia de abuso sexual en la infancia reportan más síntomas de depresión durante el embarazo.

- Embarazo no planeado

La investigación ha demostrado que el embarazo no planificado es un factor de riesgo importante para problemas psiquiátricos posparto y también es un problema grave durante el embarazo. Un embarazo no planificado puede descarrilar e interrumpir plan de vida de una mujer. Las mujeres que tienen ciertas metas educativas o que están tratando de tener una carrera fuera del hogar a menudo tratan de planificar su embarazo durante un tiempo que menos interfiere con sus metas personales. Las mujeres que encajan en esta descripción pueden experimentar enorme presión cuando se enteran de que están accidentalmente embarazadas y esto a su vez puede dar lugar a la inicio de la depresión. Incluso si la mujer quiere realmente el hijo que lleva el estrés de tratar con las complicaciones imprevistas pueden causar angustia (Misri, 2005). Además, como Misri (2005) afirma, incluso con un embarazo bien planificado, cuando la vida de una mujer ha ido bien y que tiene tendencias perfeccionistas, su deseo de seguir siendo "perfecta" durante el embarazo, agravada con temores acerca de lo que puede salir mal, a veces puede desencadenar la depresión.

Conclusión

Es probable que los problemas del estado de ánimo durante el embarazo son el resultado de una combinación de biología y variables psicológicas en relación con los determinantes socioculturales. Los pensamientos que tienen las mujeres también afectan directamente su estado de ánimo. Algunas mujeres pueden experimentar pensamientos negativos acerca de los cambios su cuerpo está sufriendo o de cómo su vida va a cambiar después de la bebé. Algunas mujeres pueden tener pensamientos de ser insuficiente. Las discusiones que va a tener con su médico le ayudarán a explorar sus pensamientos y cómo pueden estar afectando su estado de ánimo.

PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS

- Todos tenemos un diálogo interno en que nos hablamos a nosotros mismos en respuesta a todas las situaciones y eventos en nuestras vidas. A menudo lo que nos decimos a nosotros mismos sucede tan rápidamente y de forma automática que no nos percatamos de ello. Pensamientos simplemente aparecen, en nuestras cabezas durante todo el día. Los pensamientos automáticos pueden ser palabras, imágenes o recuerdos. No tenemos planes o intención de pensar de una manera determinada.
- Se pueden observar que hay veces cuando usted experimenta un estado de ánimo que parece encajar la situación. En otras ocasiones, es posible que tenga una emoción rápida y fuerte que puede parecer una reacción exagerada a un observador externo, pero que parece ser el más apropiado para usted. Esto se debe a que es lo que nos decimos a nosotros mismos en el momento lo que nos lleva a sentir de una cierta manera.
- A menudo creemos que lo que está sucediendo a nuestro alrededor " hace que " nos sintamos de la manera que nos sentimos. Aunque nuestros sentimientos, sin duda, están influidos por los acontecimientos externos, por la química de nuestro cuerpo y por los conflictos y traumas del pasado, es nuestra interpretación y pensamientos que forman la base de nuestros sentimientos.
- La forma de sentirnos es un resulta de la forma de que pensamos sobre las cosas. Usted puede haber notado que cuando se siente mal o ansioso estás pensando en ti mismo de una manera autocrítica. Puedes despertarte sintiéndote desanimado y diciéndote a ti mismo " ¿Cuál es el punto de levantarse de la cama esta mañana " . Estos patrones de pensamiento negativos en realidad le hacen sentir deprimido y ansioso. Los mensajes que te das tienen un gran impacto en tus emociones.
- Es importante destacar que aprender a cambiar sus pensamientos, a su vez, puede cambiar la forma de cómo te sientes. Cuando piensas en tus problemas de una manera más realista y positiva, experimentarás una mayor autoestima y una perspectiva más positiva. Un paso importante en la comprensión de nuestro estado de ánimo es aprender a identificar los pensamientos que los acompañan.

Registros del Pensamiento

- Completar los registros de pensamiento puede llevar a una mejor comprensión de la relación entre pensamientos y estados de ánimo por hacer consciente los pensamientos automáticos. La conciencia es el primero paso hacia el cambio y la mejora de la solución de problemas. Los más registros de pensamiento de que complete lo más rápido se van a entender su estado de ánimo. El Registro de pensamientos es un ejercicio para ayudar a identificar sus pensamientos y patrones de pensamiento que le permitirá reconocer cómo sus estados de ánimo y pensamientos influyen en su vida diaria. Usted va a completar un registro pensamiento esta semana para ayudarle a mejorar entender la conexión entre sus pensamientos y estados de ánimo.

Algunas preguntas que pueden ayudar a identificar sus pensamientos automáticos pueden incluir:

- ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de que me empecé a sentir de esta manera?
- Imágenes o recuerdos -¿Qué tengo en esta situación?
- ¿Qué Es lo peor que podría suceder si es cierto?
- ¿Qué Dice esto acerca de mí / otros, si es cierto?
- ¿Qué Tengo miedo que podría suceder?

Registro de Pensamientos

Al completar los registros de pensamientos que están identificando y alterando los pensamientos y creencias que están contribuyendo a su angustia emocional. El objetivo de este registro no es eliminar por completo las emociones negativas, sino proporcionar una perspectiva más amplia sobre una situación para que tus reacciones emocionales sean respuestas equilibradas a circunstancias de la vida.

Situación ¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? Cuándo?	Ánimo ¿Que sentiste? Valore el estado de ánimo (0-100%)	Pensamientos Automáticos (imágenes) ¿Qué estaba pasando a través de su mente justo antes de que te empezaras sintiendo así?	Evidencia que apoya el Pensamiento	Evidencia que no apoya el Pensamiento	Pensamiento Alternativo / Balanceado	Valore el estado de ánimo Revalora el ánimo enumerados en columna 2 (0-100 %)

EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

- A pesar de que a menudo estamos convencidos de que los pensamientos son válidos y verdaderos, la mayoría de los pensamientos negativos que nos hacen sentir mal no son realistas o distorsionados de algún modo. Por ejemplo, después de una conversación con un amigo acerca de tu embarazo te dices a ti mismo "No voy a ser tan buena madre como ella", " No voy a ser capaz de manejar un bebé que llora" Porque te sientes terrible, estos pensamientos parecen muy reales. Sin embargo, una vez que nazca tu bebé empiezas a darte cuenta de que posees varias cualidades de una madre cariñosa. Te preguntas cómo podría haber creído todos los mensajes negativos que me di a mí mismo. Sin embargo, en ese momento, tus pensamientos negativos parecían completamente válidos.
- Frecuentemente creamos nuestros estados de ánimo diciéndonos a nosotros mismos cosas que simplemente no son verdad. Cuando tenemos pensamientos automáticos negativos, tendemos a solo quedarnos con la información que confirma nuestras conclusiones acerca de la situación.
- Cuando usted se siente una emoción fuerte, una pregunta importante que debe hacerse es "¿Dónde está la Evidencia?" Al hacer esto, te estás poniendo en una mejor posición para evaluar tus pensamientos y reaccionar a lo que estás experimentando.
- A menudo es más fácil de evaluar tus pensamientos negativos si se suspende temporalmente tu creencia de que tus pensamientos son ciertos. Ten en cuenta todos los datos, hechos y experiencias que apoyan o no tus pensamientos negativos en lugar de confiar en tu opinión. Trata de concentrarte únicamente en información objetiva, en lugar de confiar en sus interpretaciones.

La evidencia que muestra que tus pensamientos no son del todo ciertos puede ser difícil de descubrir cuando estás experimentando un fuerte estado de ánimo. Algunas preguntas que pueden ayudarle a encontrar evidencia de que no sea compatible con su el pensamiento negativo puede incluir:

-¿He tenido alguna experiencia que demuestra que esta idea no es del todo cierto todo el tiempo?

-Cuando no me siento de esta manera, ¿pienso en esta situación de manera diferente?
¿Cómo?

-Si alguien a quien amo tuviese este pensamiento, ¿qué les diría?

-¿Qué pruebas podrían otros señalarme que sugeriría que mis pensamientos no son 100% exactos?

-Cuando me he sentido de esta manera en el pasado, ¿qué he pensado y me ha hecho sentir mejor?

-¿Estoy culpándome por algo sobre lo que no tengo el control total?

-En cinco años, al ver esta situación de nuevo, ¿voy a mirarlo de otra manera?

-¿Hay alguna pequeña cosa que contradicen mis pensamientos y que no estoy prestándole suficiente atención?

- Evaluar la evidencia le permite evaluar sus pensamientos a la luz de varias perspectivas

y reduce la intensidad de las emociones angustiantes.

- Es muy probable que experimentes un cambio en el estado de ánimo si puedes encontrar evidencia que no es compatible sus pensamientos negativos.

- Cuando encuentras que tus pensamientos no son razonables o no se ajustan a la

situación, se puede trabajar para alterar su comprensión de la situación. Por otro lado, si llegas a la conclusión de que sus pensamientos son razonables, podría tratar directamente la situación y tratar de resolverlo.

Pensamiento Balanceado / Alternativo

- Al evaluar la evidencia que apoya y que no apoya tus pensamientos, obtén más información acerca de la situación. A veces un poco de información adicional o un punto de vista expandida pueden cambiar nuestra perspectiva completamente.
- Cuando encuentre evidencia de que no sea compatible con su pensamiento negativo, es muy útil pensar y escribir explicaciones alternativas para la situación.
- A veces la información adicional no siempre conduce a un cambio total en tu perspectiva pero es probable que conduzca a una forma más equilibrada de ver las cosas. Un pensamiento balanceado o alternativo a menudo proviene de una vista ampliada de sí mismo o la situación en que está.
- El pensamiento balanceado o alternativo no es la mismo que sólo de pensar positivamente. Usted está tomando en cuenta tanto la información positiva y negativa en un intento de comprender el significado de todo la información disponible. Cuando cambia el significado está asignando a sus pensamientos esto puede llevar a un cambio en su estado de ánimo.

Las preguntas que usted puede preguntarse para ayudar a llegar a un pensamiento alternativo o equilibrada puede incluir:

-Sobre la base de las pruebas enumeradas en las columnas 4 y 5 en mi expediente pensamiento, ¿hay otra manera de la comprensión o la visualización de esta situación?

-Si alguien que me importa está en esta situación, teniendo estos pensamientos y la información disponible, ¿cuál sería mi consejo es para ellos? ¿Cómo voy a sugerir que piensen acerca de la situación?

-¿Puede alguien en quien confío ayudarme a pensar en otra forma de entender esta situación?

-Si mi pensamiento negativo es el peor resultado posible ¿Cuál es el mejor posible resultado? ¿Cuál es el resultado más realista?

Si usted ha sido capaz de construir un pensamiento equilibrado o alternativa que es creíble, entonces lo más probable es darse cuenta de que la intensidad de sus sentimientos de angustia disminuye.

La construcción de formas alternativas de pensar ayuda a liberarte de patrones de pensamiento automáticos que pueden estar contribuyendo a sus dificultades emocionales. Si simplemente proporciona una racionalización o un pensamiento positivo que usted no cree en él, no es probable que tenga un impacto duradero.

Hoja de Trabajo sobre el Pensamiento Balanceado o Alternativo

A continuación se presentan dos situaciones diferentes. Para cada situación, revise los pensamientos negativos del individuo, sentimientos y las pruebas se indica que es compatible con los pensamientos negativos y que no admite los pensamientos negativos. Luego, basándose en la evidencia, escriba una alternativa creíble o equilibrada que podrían ayudar a mejorar el estado de ánimo de la persona. Usted tendrá que utilizar su imaginación!! Mira el ejemplo como una guía sobre cómo completar esta tarea. Para completar este ejercicio, puede ser útil imaginarte en estas situaciones y experimentar los pensamientos y sentimientos negativos esbozados.

Ejemplo: Jennifer

Jennifer tiene treinta y seis años y está embarazada por primera vez. Ella está en la semana 20 del embarazo. Para el primer trimestre, Jennifer experimentó una gran cantidad de las náuseas del embarazo, pero recientemente ha empezado a sentir mejor. Debido a la fatiga y náuseas, no ha asistido a ninguna función social reciente. Ella asiste su primera fiesta en varias semanas. Ella camina en la fiesta y ve a una vieja conocida de negocios, Claire. A medida que se acerca, Claire parece estar centrada en su barriga. Cuando Jennifer llega a Claire, lo primero que Claire le dice es "¡Oh Dios mío, oí que eras sólo de 20 semanas de embarazo, cuando yo estaba embarazada yo no era tan grande como tú ahora".

Pensamientos negativos: 1. "He estado comiendo demasiado y he ganado demasiado peso"

2. "Todo el mundo en esta fiesta me está mirando"

Sentimientos: Tristeza, intimidada

La evidencia que podría apoyar los pensamientos negativos:

1.1 He estado comiendo más de lo que normalmente como; 2. Se trata de una pequeña habitación todos están mirando a mi dirección.

Evidencia que no sea compatible con los pensamientos negativos:

1.1 pesan en cada visita prenatal y el doctor dice que tengo un peso normal; 2.1 ni siquiera conozco el 90% de estas personas.

Pensamientos balanceados / alternativos: "Estoy comiendo más y estoy sano y justo donde debería estar para mi embarazo "; 2. Incluso si las personas me están mirando, no importa porque yo ni siquiera los conozco"

Situación # 1: María

María está embarazada y saldrá por licencia de maternidad en un futuro próximo. Sus compañeros de trabajo deciden para organizar una fiesta de despedida para ella. Ella se ha sentido un poco nerviosa acerca de la fiesta porque ella no ha decidido cuánto tiempo su licencia de maternidad va a ser y si ella incluso volverá al trabajo. Ella actualmente se inclina hacia quedarse en casa para criar a su hijo. Ella está en la fiesta y uno de sus colegas hombres se acerca a ella y comienza a hablar sobre el hecho de que su mujer está de licencia por maternidad y cómo desde que ha dejado de trabajar han estado luchando financieramente. Él a su vez le dice a María "Por supuesto, espero que estés pensando en volver a trabajar por el bien de su marido"

Pensamientos negativos: "Estaremos condenados financieramente si no me vuelvo a trabajar de inmediato"

Sentimientos: Ansiosa

La evidencia que podría apoyar el pensamiento negativo: 1. Sólo voy a estar haciendo un porcentaje de lo hago ahora; 2. El sueldo de mi esposo no va a aumentar; 3.1 siento mariposas en mi estómago y mi cara enrojecida al pensar en nuestro futuro financiero ".

Evidencia que no sea compatible con el pensamiento negativo: 1. Hemos hecho que funcione con menos de lo que estaremos haciendo cuando esté de baja por maternidad "; 2. Hemos hecho un presupuesto y acordamos nuestras finanzas para cuando esté en mi licencia de maternidad "; 3." Todos mis colegas y amigos que han optado por quedarse en casa lo han hecho funcionar"

Pensamientos Balanceados o alternativos:

Situación # 2: Alethia

Alethia es soltera, tiene veintidós años y está embarazada por primera vez. Su embarazo fue inesperado. Anterior a quedar embarazada Alethia disfrutaba vestirse, salir con sus amigos e ir a clubes. Alethia está en la semana 35 de su embarazo y se siente débil y cansada. Ella rara vez sale de su casa y pasa la mayor parte de su tiempo viendo la televisión. Durante una conversación con su madre, Alethia comparte con su madre que se ha estado sintiendo aburrida y echa de menos salir con sus amigos. En respuesta, la madre de Alethia comenta "Bueno, tal vez si te levantas del sofá te sientas mejor "

Pensamientos negativos: "Mi madre no se preocupa por mis sentimientos"

Sentimientos: Herida, Abandonada

La evidencia que podría apoyar el pensamiento negativo: 1. Mi madre está juzgando lo que hago; 2. Ella no parecía escuchar lo que estaba diciendo de perder a mis amigos.

Evidencia que no sea compatible con el pensamiento negativo: 1. Mi madre me llama todos los días para preguntar cómo me siento; 2. Ella siempre está dejando sus cosas por mí para ayudarme a preparar todo para cuando el bebé llegue"

Pensamientos Balanceados o alternativos: