

Reporte de un caso

La depresión de la mujer en torno al parto. Una revisión de propuestas de intervención con enfoque cognitivo conductual

The depression of women around the childbirth. A review of intervention proposals with cognitive behavioral approach

Acceso Abierto

Citación

Valcárcel C. et al. La depresión de la mujer en torno al parto. Una revisión de propuestas de intervención con enfoque cognitivo conductual. Revista científica INSPILIP V. (4), Número 2, Guayaquil, Ecuador.

^{ID} **Valcárcel César Mg.^a**, cvalcarcel@uees.edu.ec; ^{ID} **Montero Christian MSc^b**, cristiano1973@hotmail.com; ^{ID} **Borbor Magallanes Jorge Mg^c**, jbaborbor40@hotmail.com; ^{ID} **Santiesteban Yasel MSc^d**, ysantiesteban@inspi.gob.ec.

- Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES), Samborondón, Guayas, Ecuador.
- Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Universidad Técnica de Babahoyo, Los Ríos, Ecuador.

Correspondencia: Valcárcel, César. **Email:** cvalcarcel@uees.edu.ec

Nivel de contribución y grado de responsabilidad: Los autores declaran haber contribuido de forma similar en la idea original (**CV, CM**), diseño del estudio (**YS, JB**), recolección de datos (**CV, YS**), análisis de datos (**CM, JB**), redacción del borrador y redacción del artículo (**CV, YS, CM, JB**).

Fecha de ingreso: 26/02/2020

Fecha de aprobación: 29/05/2020

Fecha de publicación: 01/06/2020

Resumen

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado las autorizaciones de la institución donde se realizó el estudio, permiso para utilizar los datos, consentimientos informados y en caso de tratarse de estudio observacionales y ensayos clínicos, autorización de un CEISH, ARCSA, DIS, Medio Ambiente, entre otros. Además la licencia para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el manuscrito. Por ello, el INSPI, la revista, ni el autor, no se responsabilizan por cualquier afectación a terceros, la cual será de absoluta responsabilidad de los autores.

Las etapas transicionales en la mujer se ven marcadas por dos momentos importantes: el embarazo y el parto. Estos periodos causan efectos positivos en lo psicológico, pero también afectaciones físicas y emocionales, incluso existen creencias y conductas irracionales en las mujeres, en etapa de gestación, que provocan episodios depresivos durante o después del parto, que afectan también a los recién nacidos y su entorno familiar. Se necesitan enfoques de intervención psicológica adecuados a esta etapa. Se realizó una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en las bases de datos Medline, Web of Sciences y Scielo regional. Los resultados señalaron que los pensamientos de culpa, insuficiencia para atender al nuevo hijo y desafíos ante los roles asignados, pueden ser trabajados con terapia racional emotiva, de Albert Ellis y la terapia cognitiva, de Aaron Beck, logrando una reestructuración cognitiva, que ha ayudado a mejorar la interpretación y valoración subjetiva de las mujeres gestantes.

Palabras claves: Cognitivo conductual, parto, terapia racional emotiva, depresión, terapia cognitiva..

Abstract

The transitional stages in women are marked by two important moments: pregnancy and childbirth. These periods cause positive effects in the psychological, but also physical and emotional effects, there are even beliefs and irrational behaviors in women, in the gestation stage, which cause depressive episodes during or after childbirth, which also affect newborns and their familiar surroundings. Appropriate psychological intervention approaches to this stage are needed. A Bibliographic review was carried out by searching the Medline, Web of Sciences, and Scielo regional databases. Search terms such as Depression, Cognitive Behavior, Rational Emotional Therapy, childbirth, all related to the process of psychological intervention around childbirth were used. The results indicated that the thoughts of guilt, failure to attend to the new child and challenges to the assigned roles, can be worked with Emotional Rational Therapy, by Albert Ellis and Cognitive Therapy, by Aaron Beck, achieving a cognitive restructuring, which has helped to improve the interpretation and subjective assessment of pregnant women.

Key words: Behavioral cognitive, childbirth, emotional rational therapy, depression, cognitive therapy.

I. Introducción

La depresión en mujeres en torno al parto es un tema de análisis en el contexto psicológico y médico. La prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación puede variar ampliamente entre el 2 % y el 51 % en los dos últimos trimestres del embarazo(1); así mismo, reportan que en las embarazadas de bajos recursos económicos la frecuencia de depresión ha sido hasta del 50 %. (2) Lo preocupante es que pocas veces se detecta a tiempo, entonces las que lo padecen no reciben tratamiento adecuado o lo reciben muy extemporáneo, luego de que se ha deteriorado su salud física y psicológica acarreado, además, complicaciones obstétricas.

El objetivo de este trabajo es elaborar una propuesta de tratamiento psicológico con enfoque cognitivo conductual para aplicarlo a mujeres en torno al parto, con síntomas depresivos e, incluso, mujeres que sufren depresión posparto. La depresión posparto (PPD) es una forma de depresión que, generalmente, comienza en el primer mes después del parto y se caracteriza por síntomas que incluyen tristeza, fatiga, cambios en la dieta y los patrones de sueño, libido, episodios de llanto, ansiedad e irritabilidad. (3) Además, los efectos negativos

ocasionados por este trastorno involucran problemas en el desarrollo cognitivo, de comportamiento y emocional. Este estudio considera un enfoque cuantitativo, con criterio descriptivo, valorando los aspectos relevantes en la intervención a mujeres gestantes. Los resultados señalan que las técnicas logran una reestructuración cognitiva en las mujeres gestantes en torno al parto, con síntomas depresivos, que son producidos por los pensamientos de culpa o de insuficiencia para atender al nuevo hijo.

II. Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en las bases de datos Medline, Web of Sciences y Scielo regional. Se utilizaron términos de búsqueda como depresión, cognitivo conductual, terapia racional emotiva, parto, todos relacionados al proceso de intervención psicológica en torno al parto.

Las búsquedas se hicieron en idioma español e idioma inglés y no se tuvo en cuenta una determinación por año para las pesquisas. Se escogieron solo los artículos donde en su título se reflejaba uno de los términos de búsqueda y que estuvieran disponibles a texto completo. Para complementar este proceso, se inspeccionaron las listas de referencias de los artículos identificados.

La mujer y su constitución en lo cognitivo emocional

En su conjunto, la mujer tiene características anatómicas, fisiológicas, hormonales, físicas, emocionales, cognitivas, sexuales y reproductivas, que de manera integral actúan sobre su comportamiento. Pero al considerar los aspectos cognitivos - emocionales, se observa que las emociones en ellas son juicios normativos y frecuentemente morales, acerca de la situación que viven en su vida cotidiana.

El aporte de la sociedad, en lo cognitivo, es la tendencia a generar expectativas respecto a la función que debe asumir una mujer, en relación al rol de ser “buena madre”, así como “buena mujer y esposa”, las cuales pueden afectar su desarrollo individual, generar emociones de equivalencia negativa y, para algunas, suponen un factor predictivo para el desarrollo de estrés o depresión, antes, durante un embarazo o después del parto.(4)

Vivencia de la mujer gestante en lo cognitivo emocional
La vivencia emocional en el embarazo comprende desde el primer mes de embarazo, el parto y el puerperio. Esta vivencia está ligada a evaluaciones específicas en relación a sus ideales, motivaciones y la relación con el ambiente que tienen vinculación con su bienestar, lo cual genera, en la mujer, cierta actitud antes de quedar embarazada, que influirá en lo posterior.

Esta actitud de “poder hacer” refleja un sentido de control

sobre su medio e indica la creencia de poder controlar las demandas desafiantes, seleccionando acciones adaptativas apropiadas. (5) A más de esto, también se deben tener en cuenta la planificación del embarazo, los comentarios familiares y el apoyo de su pareja sentimental, padre de su futuro hijo.

La vivencia emocional en la mujer gestante puede ser estudiada en tres fases o trimestres, puesto que cada una contiene aspectos de relevancia. Durante el primer trimestre de gestación, la madre puede experimentar, al inicio, intranquilidad e inquietud, debido al miedo a tener un hijo, por ser primigesta y no saber cómo criarlo; puede sentirse rechazada, en caso de ser adolescente, más la idea persistente de cómo va a mantenerlo, que puede hacerla experimentar excesiva tristeza, estrés y ansiedad. (6)

Asimismo, las madres que ya tienen otros hijos pueden presentar ideas confusas, dado que surgen cuestionamientos en torno a su embarazo y la dificultad para mantener una continuidad en las demás esferas de su vida (personal, profesional, familiar, etc.); sin embargo, contar con el apoyo de su pareja y resto de su familia puede posibilitar una actitud más saludable ante el embarazo. Otras emociones durante este periodo incluyen: la alegría, que puede darse en la medida en que el embarazo haya sido fruto de una planificación llevada a cabo por ambos padres, y porque no se han presentado dificultades en la evolución del embarazo.

En el segundo trimestre la mujer puede presentar miedo y desasosiego, en cuanto a los procedimientos para verificar la salud del bebé. Esto conlleva a tener pensamientos recurrentes acerca de los riesgos que resultan de su ejecución o porque los resultados no sean los esperados. A la vez, el dejar de presentar síntomas, como náuseas o vómitos y el poder compartir su experiencia emocional e intimidad sexual con su pareja, pueden propiciar que la mujer tenga mejor disposición ante el embarazo. A esto se suma el conocimiento del sexo de su hijo, que genera alegría en una mujer gestante y disminuye la ansiedad que pueda tener.

Durante el tercer trimestre surgen expectativas en torno al nacimiento del niño, así como el deseo de la madre por tenerlo en sus brazos. Esta alegría es compartida con sus seres queridos, empiezan a proponer nombres, adquieren vestimentas y preparan el espacio que utilizarán para el nuevo hijo. Sin embargo, hay aspectos que pueden generar miedo, porque las futuras madres pueden pensar en posibles problemas durante el parto o por tener uno prematuro(7).

Hay que considerar que, en el puerperio, se presentan

vivencias fundamentales, como tener contacto con el bebé, pues se construye un lazo afectivo inigualable. Si bien la emoción atribuida a este momento es la de alegría, hay mujeres que viven en negación respecto a su nuevo rol(8).

Depresión

Es un estado de suma tristeza, que afecta tanto a hombres como a mujeres. La depresión tiene un costo alto a nivel de sufrimiento humano, que desencadena en interrupción de las relaciones afectivas, cambios educativos, variación de hábitos alimenticios, del sueño, abandono de carreras profesionales y aumento de la morbilidad.

Los tratamientos farmacológicos proporcionados en entornos ambulatorios traen como resultados que solo el 50 % de los pacientes responden y posterior a un periodo de 14 semanas(9).

La depresión produce desánimo respecto de las actividades que antes la persona disfrutaba, genera desesperanza, distorsiones cognitivas, por tanto, su conducta será diferente, y sus interacciones sociales serán afectadas también.

Existen patrones cognoscitivos en las personas depresivas, que producen un comportamiento irracional sobre sí mismas, por los momentos vividos en el pasado, que crean una visión distorsionada de la realidad, afectan su vivencia cotidiana y asumen de manera sombría su porvenir.

La depresión como síntoma o diagnóstico

El episodio depresivo se considera una patología, con manifestaciones variadas, que se conjugan con una enfermedad de un nivel alto de gravedad, como el cáncer o la insuficiencia renal crónica; o puede ser también considerada como diagnóstico clínico, la cual presenta episodios constantes de tristeza, desánimo, baja autoestima, desesperanza, pensamientos de inutilidad, desconcentración, indecisión exagerada e, incluso, ideas suicidas.

Signos y síntomas psicológicos de la depresión DSM 5(9):

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Tipos de depresión comunes en mujeres

La depresión puede afectar a una mujer desde la pubertad hasta la menopausia.

Las vivencias, sus roles de mujer, colaboradora, esposa, madre y la valoración que hace de estas afectan de manera considerable sus emociones. Las mujeres afectadas tienden a hacer uso de la rumiación, lo cual puede empeorar los síntomas depresivos, dado que los pensamientos tienden a centrarse únicamente en aspectos de valoración negativa, respecto a sí mismas o al entorno.

En el DSM 5, manual diagnóstico de la APA, hay varios tipos de depresión en las mujeres, que podrían ser:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Depresión con inicio en torno al parto

La depresión mayor es un diagnóstico de gravedad, que afecta a las mujeres, con síntomas prolongados durante varios meses, que perjudican su vida cotidiana.

La distimia no tiene momentos de gravedad, pero sus síntomas son prolongados. También hay mujeres con manifestaciones de Trastorno Disfórico Premenstrual, aunque no reciben diagnóstico ni tratamiento apropiados, en cambio la depresión posparto es cada vez más frecuente y afecta a más mujeres en el país.

La depresión en torno al parto

Según el DSM 59, se refiere al estado de ánimo afectado desde el inicio del embarazo hasta un mes después del parto. Alrededor del 10 % de las mujeres desarrollan los síntomas necesarios para poder ser diagnosticadas con un trastorno depresivo, aunque resulta oportuno considerar que, posterior al parto, algunas mujeres pueden presentar ciertos síntomas que pueden ser similares a los depresivos, pero que en realidad constituyen lo denominado como disforia postparto.

Depresión durante el embarazo

Hay factores de riesgo de dos vías durante la depresión materna en etapa de gestación. Por un lado, la madre que vive esta etapa como un mecanismo de defensa y puede lastimar al bebé o su círculo familiar, pero algunos estudios también advierten peligros producidos por aspectos genéticos que influyen a nivel orgánico. Los bebés cuyas madres informan haber experimentado síntomas depresivos más severos tienen una menor anisotropía fraccional de la UF derecha, lo que sugiere un posible marcador neurobiológico de la transmisión intergeneracional del riesgo de depresión (11).

Los casos más graves concluyen con depresión posparto (DPP), manifestando sentimientos de culpa e intención suicida.

La depresión posparto

La DPP es un trastorno que puede manifestarse en torno a las cuatro primeras semanas y los primeros seis meses después del parto. Dado que los síntomas de este son los referen es al trastorno depresivo mayor, constituye una complicación que puede tener consecuencias sobre el bienestar de la madre y el niño, se debe intervenir desde el inicio del proceso diagnóstico. En las primeras sesiones, el terapeuta evalúa el vínculo entre la enfermedad actual y el contexto interpersonal (12).

Cabe agregar que, además de lo mencionado anteriormente, la mujer puede presentar culpabilidad o ideas de insuficiencia e igualmente, una mayor angustia. El diagnóstico diferencial es importante porque sus síntomas se pueden confundir con algunos cambios que se atraviesan posteriormente al parto.

Factores psicológicos relacionados con la DPP

- **Estrés cotidiano.** - Algunos eventos únicos pueden afectar a la mujer después del parto, como el desempleo repentino, problemas de pareja, acoso o estrés laboral. Se requiere potenciar la ayuda para mejorar la salud psicológica en ellas o prepararlas para disminuir la angustia y los niveles de depresión que se puedan presentar.
- **Baja autoestima.** - Pueden presentar características como temor a asumir responsabilidades o nuevos retos, no poseer una aceptación de sí mismas, puede conllevar a la manifestación de síntomas depresivos. Los factores que influyen en la depresión son reportados por el estado de salud, el estrés de la vida, el significado de la vida y la autoestima (13). Si su autoconcepto es de carácter negativo, esto puede ocasionar que considere que no es capaz de hacer frente a las situaciones o creer que no son aptas para hacerse cargo del cuidado del bebé.
- **Temor al parto.** - Los temores dentro del embarazo son normales. En algunos casos se debe a la idea generalizada de que en el parto pueden tener serios problemas a nivel médico. Algunos han sugerido que la no planificación puede ser motivo de depresión, pero esto no es contundente para un diagnóstico. Se hace difícil establecer una relación causa-efecto entre la planificación del embarazo y la depresión en el embarazo y el parto (14).

Tengan o no fundamento los temores, pueden ser disminuidos o eliminados con una intervención oportuna. La sicoprofilaxis es valiosa para que las mujeres estén preparadas para la etapa de embarazo y con esto disminuir

las preocupaciones que conlleva. Además, durante la atención prenatal, todas las mujeres embarazadas tendrán la oportunidad de asistir a clases prenatales impartidas por educadores de enfermería en atención prenatal, en las que recibirán información importante sobre el proceso de atención prenatal y la preparación para el parto y tendrán la oportunidad de hacer preguntas sobre sus preocupaciones. Esto podría ayudar a minimizar su miedo al parto (15). Esta labor puede ser sugerida o dirigida por otros profesionales de la salud, como obstetras o psicólogos.

- **Disforia posparto.** - Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, existe una importante preocupación durante la etapa de embarazo, ya que se sugieren se presentan riesgos tanto para la madre y el bebé. Las mujeres embarazadas con depresión tienen tres veces más probabilidades de tener un parto prematuro y cuatro veces más probabilidades de tener un recién nacido con bajo peso al nacer (16). Tales síntomas pueden dificultar el adecuado funcionamiento de la madre, sin embargo, es necesario destacar que estos no se manifiestan inmediatamente después del parto, sino que pueden presentarse al mes del alumbramiento o posterior al mismo.

Trastornos del ánimo con síntomas sicóticos

Hay casos en donde la DPP puede desencadenar una psicosis postparto, con un inicio situado dentro de las dos primeras semanas luego del parto. Los síntomas incluyen alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento, entre otros, por lo cual requiere de tratamiento farmacológico y psicológico, DSM 5(9).

Detección de la depresión en torno al parto

Detectar la depresión en torno al parto puede verse dificultado debido a aspectos como la atribución de los síntomas al periodo posterior al parto (puerperio), ya que este implica la presencia de irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse; sin embargo, estos se manifiestan de una forma leve y tienden a durar poco. El terapeuta desarrolla técnicas de apoyo para crear una actitud positiva, útil y una relación empática con la cliente, además utiliza técnicas expresivas para ayudarla a expresar y comprender los problemas y, en última instancia, realizar cambios (Grenyer, Deane, & Lewis, 2008).

También se pueden presentar inconvenientes debido a que la mujer mantiene un menor contacto con el médico, en relación a cuando se encontraba embarazada, debido a que la llegada del niño demanda tiempo y dedicación. La madre puede sentir vergüenza de ser diagnosticada con -

trastorno, porque podría ser considerada como no apta para encargarse del bebé, entonces se sume en un estado de negación constante, que puede provocar el ocultamiento de los síntomas.

A veces, la visita al pediatra o ginecólogo, por alguna valoración de rutina, puede ser el espacio para descubrir los síntomas. Se puede descartar o no la presencia de la DPP y derivar al psicólogo para su tratamiento.

Aspectos familiares que afectan a la mujer gestante Dentro del hogar de una mujer gestante se observan aspectos de relevancia: la relación con su pareja y la relación con su hijo recién nacido.

Relación de la mujer gestante con su pareja Los padres participan de manera positiva o negativa en la crianza del recién nacido e influyen en las emociones de la nueva madre. También se puede presentar un bajo deseo sexual en las mujeres, que puede afectar al hombre, pero no lo comunica e inclusive él puede recurrir a la violencia psicológica o verbal. Los síntomas depresivos, específicamente, predicen fuertemente un bajo deseo sexual en las mujeres. Una explicación para este hallazgo es que los síntomas depresivos comunes conducen a una inhibición del deseo sexual; por ejemplo, la tendencia a retirarse, baja autoestima o mala imagen corporal (17).

Algunos hombres se desaniman por este comportamiento y toman decisiones drásticas, como alejarse del hogar o consumir alcohol.

Relación madre-hijo

La relación madre-hijo en mujeres con DPP puede verse afectada como producto de los patrones de involucramiento que asumen las madres, que pueden ser excesivos, llegando a estimular demasiado a sus hijos o, por el contrario, ser limitado, adoptando una postura pasiva frente a este. La depresión materna podría afectar la capacidad de las mujeres embarazadas para adoptar un estilo de vida saludable, comprometer la lactancia materna e interrumpir los roles de cuidado de las madres durante el periodo posparto (18).

Como producto de las dos situaciones, el bebé puede presentar síntomas como irritabilidad, trastornos del sueño, agitación o cambios notables en su alimentación. Como resultado de lo planteado, el desarrollo cognitivo y comportamental del niño puede verse afectado. Cabe agregar que la DPP no solo afecta la relación establecida entre madre e hijo, sino que también incide en la forma en la que la madre percibe a su hijo, las cuales tienden a considerar que hay una mayor dificultad en torno a la crianza de estos.

Prevención de la depresión en torno al parto

La prevención primaria va dirigida a impedir que el trastorno pueda presentarse o reducir las posibilidades de su manifestación con un trabajo desde el inicio del embarazo.

Estas intervenciones incluyen las visitas domiciliarias, también resultan útiles las llamadas telefónicas, más los cursos de preparación para padres, complementando la intervención psicoprofiláctica, junto con técnicas de relajación y ejercicios durante el embarazo, que resultan muy beneficiosos.

Algunas ya fueron diagnosticadas con depresión antes del embarazo y seguían tratamientos combinados con psicólogo y psiquiatra. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes y uno de los mayores contribuyentes a la carga mundial de la enfermedad (19). En relación con el uso de fármacos, es necesario tener en cuenta las consecuencias que estos pueden implicar para la madre y el niño, por lo que la mujer en tratamiento debe disponerse a la psicoterapia para que sea efectiva y así eliminar el consumo de medicamentos que puedan afectar su embarazo o lactancia.

Teoría cognitivo conductual de la depresión En la teoría cognitivo conductual de Aaron Beck y Albert Ellis se parte de pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación que sustentan la conducta. Las intervenciones cognitivas conductuales (ICC) han demostrado eficacia para reducir los síntomas depresivos en la población adulta general (20).

Esta eficacia depende también de la participación efectiva de la usuaria. Así mismo, el tipo y la cantidad de psicoterapia puede variar significativamente, sea psicodinámica o enfoque cognitivo del comportamiento, en entornos individuales o grupales (19).

La teoría cognitiva surge por las limitaciones de los planteamientos de la teoría conductual, y dado que tiene como base la “revolución cognitiva”, se tiene en cuenta el papel que pueden jugar los procesos psicológicos sobre el comportamiento.

Teoría de Aaron Beck

Se destaca la teoría propuesta por Beck²¹, la cual señala que la depresión es el resultado de procesar de manera incorrecta la información proveniente del entorno, por lo que un concepto clave lo constituyen los esquemas, que son estructuras de carácter relativamente duradero que median en el procesamiento de la información, pues este funcionará como un filtro, a través del cual sólo lo que se ajuste a él puede pasar. Cabe agregar que, en las personas con depresión, se encuentran activados en mayor grado los esquemas que procesan información de valoración negativa.

A su vez, esta tendencia a evaluar las situaciones de forma negativa, se relaciona con las respuestas a nivel emocional y afectivo manifestadas por las personas con depresión. A partir de esto es que se constituye la triada cognitiva, que formuló Beck para explicar la depresión; esta incluye una visión negativa de sí mismo (se ve como alguien incompetente) del futuro (es de desesperanza, pues sus expectativas tienden a ser de fracaso) y del entorno (considera que el entorno le plantea dificultades ante las cuales no puede hacer frente).

Teoría de Albert Ellis

Albert Ellis tiene una base filosófica⁽²²⁾ en su terapia, influenciado por figuras como Epicteto y Marco Aurelio; del primero toma como inspiración la frase referente a que las situaciones no son las que generan malestar en los individuos, sino la interpretación que hacen de estas.

Propone el modelo ABC, donde A representa a los acontecimientos activadores, que corresponde tanto a situaciones externas como internas; B se refiere a las creencias y C a las consecuencias a nivel cognitivo, emocional o conductual. Estas se relacionan entre sí; además, funciona como un mediador entre ambas y es donde sugiere trabajar, porque ahí se encuentran las creencias irracionales que afectan a las personas. En estudios previos en pacientes con dolor crónico, las quejas cognitivas se han relacionado con la intensidad del dolor, la catastrofización del dolor y la depresión (23).

Posteriormente fueron añadidas las letras D (cuestionamiento de las creencias irracionales) y E (efectos que resultan de tal cuestionamiento). En tal sentido, esta terapia busca que el sujeto cambie sus creencias irracionales por otras racionales, al mismo tiempo que adquiera estrategias que le sean de utilidad en el futuro.

Aportes teóricos de varios autores Hay otros autores que han brindado aportes menores, como la teoría propuesta por Lewinshon (24), que plantea que en la depresión se ven implicados tanto factores ambientales como disposicionales, pues se postula que los individuos que son más susceptibles a no contar con las estrategias que le permitan hacer frente a una situación difícil, son aquellos que, ante un acontecimiento de valoración negativa, van a presentar en menor magnitud conductas adaptativas, tiene en cuenta factores cognitivos mediadores (autoconciencia) que, en conjunto con el incremento de las emociones, producto de la importancia atribuida al acontecimiento o grado de limitaciones que ocasione en áreas del funcionamiento habitual del individuo, puede llevar a que haya una baja autoestima y cambios de tipo cognitivo, conductual y emocional, que contribuyan a mantener el estado depresivo.

Por su parte, la teoría de la indefensión aprendida, de Se-

ligman, propone que el sujeto no discrimina la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias (asumidas como positivas o negativas) de esta.

Procesos cognitivos

Se establece que las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas y los procesos cognitivos, con el sentido atribuido, a partir de los esquemas. En cambio, los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso entre los esquemas y la realidad.

Las creencias son los contenidos de los esquemas y pueden ser nucleares o periféricas. Las nucleares son el self, por ejemplo, una mujer podría señalar “yo soy mujer” y las periféricas tienen menor relevancia, por ejemplo, la mujer diría “la vida ha sido cruel conmigo”. Los esquemas y las creencias se convierten en la base donde se sustenta el síntoma que afecta a una mujer, según este enfoque.

Intervención cognitivo conductual

Esta terapia es eficaz para tratar la depresión, pues trabaja en aspectos directos al problema subyacente, se centra en el presente y es de corta duración. Asimismo, aborda al ser humano desde una perspectiva biosicosocial.

Aaron Beck destaca²¹ que el terapeuta debe evaluar la tríada cognitiva, además de conseguir que el paciente identifique sus pensamientos disfuncionales. Así, las estrategias aplicadas en la terapia se dirigen a cambiar la visión del sujeto respecto a sí mismo, el entorno y su futuro. En su modelo de la depresión, incluye las distorsiones cognitivas, que son producto de interpretaciones erróneas de la información al ser activados los esquemas negativos; entre estas se incluyen: pensamiento de todo o nada, sobre generalización, abstracción selectiva, etiquetado, entre otras. Por tanto, al igual que la TRE, la terapia cognitiva busca que el sujeto desarrolle habilidades que le permitan contrarrestar las distorsiones cognitivas y, a su vez, que incluya otras más adaptativas.

Resulta oportuno destacar que, a través de la TCC, puede generarse una mayor conciencia de la enfermedad, lo que favorece la adherencia al tratamiento. Al mismo tiempo, en la TCC se brinda sicoeducación a los familiares de una paciente; así, les es proporcionada información sobre el trastorno, lo que posibilita una mejor comprensión y manejo de la depresión.

Estudios han destacado el uso de estrategias de afrontamiento a aspectos desadaptativos, como la evitación y la autculpa, porque pueden colocar a las mujeres en alto riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo (25). De esta manera se podría lograr mayor efectividad en la prevención y tratamiento de la mujer - -

gestante.

Terapia cognitivo conductual

Para trabajar con la técnica cognitivo conductual se deben considerar varios aspectos (26).

Detección de pensamientos automáticos, que se considera situaciones tanto pasadas como presentes, y se le enseña al paciente que genere interpretaciones y conductas ante la misma. Luego se clasifican las distorsiones cognitivas, donde se enseña a la usuaria las distorsiones cognitivas más frecuentes que presenta, así como a identificarlas. De ahí se trabaja la reatribución, que la ayuda a identificar qué otros factores intervinieron en un determinado evento del cual se considera responsable. Finalmente, está la reducción al absurdo, que procura llevar al extremo la creencia irracional de la mujer, de manera que la reformule. Se trabajan técnicas conductuales de manera complementaria, en una programación de actividades, que se ordenan según una jerarquía que indica el grado de dificultad con que la percibe la usuaria; esta debe ser realizada de forma realista. Luego, un ensayo conductual, en el que se debaten las creencias irracionales y se ensayan aquellas racionales que sean adecuadas a la situación. También se aplica el roleplaying; a través de este no solo se lleva a cabo el ensayo conductual, sino que se busca que la usuaria pueda comprobar que aquello que piensa que ocurrirá no necesariamente es verdad. Finalmente, el entrenamiento asertivo, que implica llevar a la práctica habilidades que posibiliten al paciente una mejor relación con otras personas, como expresar su opinión, teniendo en cuenta el respeto por los derechos de sí mismo y del otro.

Sugerencias para una apropiada reestructuración cognitiva

Esta es una estrategia que ayuda a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de una mujer gestante, ayudándola a cambiar los esquemas de pensamiento desordenados y para que se vea a sí misma y al mundo de una manera más realista.

Esta técnica ayuda a la usuaria a cambiar las afirmaciones irracionales para convertirlas en racionales e identificar la situación que está causando afectación emocional en ella para ayudarla a que la sustituya por otra, que describa la misma situación de una forma alternativa y más saludable (27).

Recomendaciones para una buena terapia cognitivo conductual

Aaron Beck plantea que la intervención del terapeuta debe facilitar cogniciones que estén relacionadas con emoción -

emociones o conductas que son inadecuadas, pero también debe ayudar a que la usuaria determine el significado que atribuye a algún suceso. El método terapéutico es activo, directivo, estructurado y con tiempos limitados.

El terapeuta debe inspirar confianza y lograr empatía con la usuaria y, al momento de intervenir, debe hacer verbalizaciones en forma de preguntas.

Ya que los síntomas depresivos son producto de creencias distorsionadas de sí mismo y del mundo que los rodea, es posible relacionar los síntomas con pensamientos afines. Por ejemplo, una mujer puede tener como síntoma el aislamiento y pensar “me rechazarán”; si el síntoma es dependencia, el pensamiento podría ser “no soy capaz de...”

III. Resultados

Hay diferentes factores que se presentan durante la gestación y después del parto que pueden incrementar la probabilidad de manifestar depresión. Entre los sicosociales están los problemas de pareja, problemas económicos; también hay riesgos durante la operación o complicaciones durante el embarazo, así como las ideas irracionales que afectan su manera de atribuir las vivencias durante y después del embarazo.

La presencia de la depresión supone consecuencias tanto para la madre como para el bebé; puede afectar la relación entre ambos y con otros familiares.

La terapia cognitivo conductual se enfoca en trabajar las ideas irracionales que presenta la mujer, transformándolas en ideas más saludables, que le permitan llevar un mejor embarazo y posteriormente una mejor disposición para criar a su nuevo hijo.

La eficacia de la terapia cognitivo conductual permite alcanzar varios logros. Lo relaciona con la experiencia de libertad, responsabilidad, autodeterminación, además de asociarlo con una visión positiva de la vida, del futuro y uno mismo. El tener altos niveles de significado en la vida contribuye a proponer y alcanzar objetivos vitales que dirigen y dan significado a la vida (28).

IV. Consideraciones finales

La información aportada por las diferentes investigaciones y estudios realizados en torno al tema, sin duda, resultan indispensables para el conocimiento de los factores que pueden incidir en el desarrollo de la depresión durante las etapas del embarazo y en el postparto, pero también para el diseño de estrategias que posibiliten la prevención del mismo a nivel primario o el tratamiento, para los casos más graves.

Un aspecto a discutir se relaciona con el uso de medicamentos durante el estado depresivo, pues para al -

gunos es imprescindible o complementario a la labor psicológica. También se observa la inversión en salud, más enfocada en asuntos médicos que psicológicos de la depresión, como si su motivo fuera más a nivel orgánico que de valoración psicológica respecto a las vivencias o enseñanzas adquiridas.

Es recomendable realizar estudios en el país sobre la depresión durante la gestación y posterior al parto, de tal forma que se logre la identificación y cuantificación de dichos casos, para brindar la atención psicológica necesaria. Resulta oportuno que se lleve a cabo un plan de salud preventiva, para evitar que las mujeres gestantes sufran de depresión.

Sería aconsejable que los estudios a realizarse también tengan en cuenta la preparación de profesionales en este ámbito sicoterapéutico.

Conflicto de interés:

El autor declara no tener conflicto de intereses y que el contenido del manuscrito no ha sido publicado previamente.

Fuente de financiamiento:

Propio del autor

Referencias bibliográficas

1. Sanz KG, Chávez BE, Díaz ME, Sandoval MA, Robles MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar* 2013, 20(1), 25-7.
2. Delgado-Quiñones EG, López-Trejo LA, Mariscal-Rivera CE, Hernández-Rivera LN Orozco-Sandoval R. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica MD* 2015, 6(4), 237-41.
3. Natarajan S, Prabhakar A, Ramanan N, Bagilone A, Siek K, Connelly K. Boosting for Postpartum Depression Prediction. *Proceedings - 2017 IEEE 2nd International Conference on Connected Health: Applications, Systems and Engineering Technologies, CHASE 2017*, 232–240. <https://doi.org/10.1109/CHASE.2017.82>
4. Shields GS, Trainor BC, Lam JCW, Yonelinas AP. Acute stress impairs cognitive flexibility in men, not women. *Stress* 2016, 19(5), 542–546. <https://doi.org/10.1080/10253890.2016.1192603>
5. Washington O. *Self-Efficacy and Perceptions of Employability of Chemically*. Group, 1999
6. Airo R, Korja R, Saisto T, Rouhe H, Muotka J, Salmela-Aro K. Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth. *Journal of reproductive and infant psychology* 2018, 36(4), 363-380.
7. Tiemeyer S, Shreffler K, McQuillan J. Pregnancy happiness: implications of prior loss and pregnancy intendedness. *Journal of reproductive and infant psychology* 2019, 1-15.
8. Lobel MM, Ibrahim S. Emotions and mental health during pregnancy and postpartum. *Women's Reproductive Health* 2018, 5(1), 13-19.
9. Yasinski C, Hayes AM, Ready CB, Abel A, Görg N, Kuyken W. Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. *Psychotherapy Research* 2019, 0 (0), 1–15. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1699972>
10. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana 2014. ISBN 9788498358100
11. Dennis EL, Sing, A, Corbin CK, Jahanshad, N, Ho TC, King LS, Gotlib IH. Associations between maternal depression and infant fronto-limbic connectivity. *Proceedings - International Symposium on Biomedical Imaging 2019*, 2019-April (Isbi), 126–130. <https://doi.org/10.1109/ISBI.2019.8759513>
12. Bäck M, Gustafsson SA, Holmqvist R. Psychothérapie interpersonnelle dans les cas de troubles alimentaires avec dépression comorbide: une étude-pilote. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 2017, 19(4), 378–395. <https://doi.org/10.1080/13642537.2017.1386226>
13. Park S. Mediating effect of a health-promoting lifestyle in the relationship between menopausal symptoms, resilience, and depression in middle-aged women. *Health Care for Women International* 2019, 0 (0), 1–17. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1685524>
14. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle, J, Matijasevich A. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychology, Health and Medicine* 2017, 22(1), 65–74. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1153678>
15. Phunyammalee M, Buayaem T, Boriboonthirunsarn D. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2019, 39(6), 763–767. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1584885>
16. Recto P, Champion JD. Psychosocial Risk Factors for Perinatal Depression among Female Adolescents: A Systematic Review. *Issues in Mental Health Nursing* 2017, 38(8), 633–642. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1330908>
17. Grenyer BFS, Deane FP, Lewis K L. Treatment history and its relationship to outcome in psychotherapy for depression. *Counselling and Psychotherapy Research* 2008, 8(1), 21–27. <https://doi.org/10.1080/14733140801889055>
18. Madlala SS, Kassier SM. Antenatal and postpartum depression: Effects on infant and young child health and feeding practices. *South African Journal of Clinical Nutrition* 2018, 31(1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/16070658.2017.1333753>
19. Fizke E, Mueller A, Huber D. Psychothérapie psychanalytique pour dépression dans le cadre d'une hospitalisation : deux échantillons naturalistes sur une période de dix ans. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 2017, 19(4), 396–414. <https://doi.org/10.1080/13642537.2017.1386224>
20. Jesse, D. E., Bian, H., Banks, E. C., Gaynes, B. N., Hollon, S. D., & Newton, E. R. (2016). Role of Mediators in Reducing Antepartum Depressive Symptoms in Rural Low-Income Women Receiving a Culturally Tailored Cognitive Behavioral Intervention. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 811–819. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1229821>
21. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression* 1979. Nueva York: Guilford Press.
22. Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus 1962: Citadel.

23. Gelonch O, Garolera M, Valls J, Rosselló L, Pifarré J. Cognitive complaints in women with fibromyalgia: Are they due to depression or to objective cognitive dysfunction? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2017, 39 (10), 1013–1025. <https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1301391>.
24. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Hautzinger M. Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* 1997, vol. 1 (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.
25. Christie H, Talmon A, Schäfer SK, de Haan A, Vang ML, Haag K, Brown, E. The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European Journal of Psychotraumatology* 2017, 8 (sup7), 1492834. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>
26. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press, 2004.
27. Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ, Becker RE. Cognitivebehavioral group treatment for social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research* 1990, 14, 1-23.
28. Lorca F., Pérez S, Giner F, Marco JH. What dimension of meaning in life is the stronger predictor of borderline personality disorder symptom? *Journal of Constructivist Psychology* 2019, 0 (0), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10720537.2019.1697912>