



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización Psicología Clínica

La importancia de la salud mental materna en el
periodo perinatal: una propuesta de intervención
para la prevención de la depresión y ansiedad perinatal.

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Tania Lizete Ortiz López

Director: Mtra. Addalid Sánchez Hernández

Vocal: Lic. Alma Araceli Reyna García

Secretaria: Mtra. Rosalinda Sandoval Martínez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 18 de junio de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Santiago:
gracias por todo tu amor, apoyo y paciencia
durante esta etapa tan importante para mí,
te amo.

A Joaquín:
ser tu madre es un privilegio
y una gran responsabilidad,
te amo mi bebé.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la vida por la oportunidad de completar esta etapa tan importante para mí.

A mi esposo por todo su apoyo, paciencia, empuje y ánimo, siempre presente desde el momento en que decidí presentar el examen para ingresar a la carrera, hasta el día de hoy, te amo.

A mi hijo, ese pequeño que tanto me inspira y me reta a ser una mejor versión de mi misma. La experiencia de ser su madre ha revolucionado mi vida de tal forma que quiero dedicar una parte de mi ejercicio profesional a acompañar a otras madres en su tránsito por el periodo perinatal, que en mi caso fue hermoso, caótico, intenso y sobre todo muy retador. Gracias pequeñito.

A mi directora y asesora Addalid, por su paciencia, guía y apoyo constante. Eternamente agradecida por tu acompañamiento y dirección.

A la UNAM y al SUAyED, ¡gracias por tanto!, me siento sumamente orgullosa de haberme formado a distancia en la Universidad de la Nación, una institución de excelencia.

¡GOYA! ¡GOYA!
¡CACHUN, CACHUN, RA, RA!
¡CACHUN, CACHUN, RA, RA!
¡GOYA!
¡¡UNIVERSIDAD!!

RESUMEN

La transición a la maternidad, vista desde el comienzo de la etapa perinatal, la cual incluye el periodo de embarazo, el parto y el primer año posparto, es uno de los procesos vitales más importantes y retadores en la vida de una mujer, por la vorágine de cambios que trae consigo en un corto periodo de tiempo, lo que puede traer consigo un aumento significativo en los niveles de estrés materno, poniendo en riesgo su salud mental. Según datos de la OMS, el 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de las mujeres en periodo posparto experimentan problemas de salud mental, razón por la cual los profesionales de diferentes áreas del campo de la salud se encuentran realizando investigaciones para la prevención y el tratamiento de esta problemática, por lo que partiendo de esta base, el objetivo de este trabajo es presentar una propuesta de intervención llamada *Mi Maternidad Ahora*, la cual se dirige a mujeres que se encuentran en el periodo perinatal y se sustenta en dos ejes principales, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades adaptadas de la Terapia Cognitivo Conductual y cuya finalidad es la prevención de la depresión y la ansiedad perinatal, los trastornos con mayor prevalencia durante esta etapa.

Palabras clave: Salud mental materna perinatal, periodo perinatal, maternidad, psicología perinatal, depresión perinatal, ansiedad perinatal, cognitivo conductual, psicoeducación.

SUMMARY

The transition to motherhood, seen from the beginning of the perinatal stage, which includes the period of pregnancy, childbirth and the first year postpartum, is one of the most important and challenging life processes in a woman's life, for the many changes it brings within a short period of time, which can bring a significant increase in maternal stress levels, putting her mental health at risk. According to WHO data, 10% of pregnant women and 13% of women in the postpartum period experience mental health problems, which is why professionals from different areas of the health field are conducting research for prevention and the treatment of this problem, therefore the purpose of this work is to present an intervention proposal called *Mi Maternidad Ahora*, which is aimed at women who are in the perinatal period and is based on two main axes, psychoeducation and training in skills adapted from Cognitive Behavioral Therapy and whose purpose is the prevention of depression and perinatal anxiety, the disorders with the highest prevalence during this stage.

Keywords: Perinatal maternal mental health, perinatal period, motherhood, perinatal psychology, perinatal depression, perinatal anxiety, cognitive behavioral, psychoeducation.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. Salud mental en el proceso de transición a la maternidad	9
CAPÍTULO 2. Cambios que experimentan las mujeres durante la etapa perinatal	29
CAPÍTULO 3. Intervenciones para la prevención y promoción de la salud mental y el bienestar de las madres en etapa perinatal.....	50
CAPÍTULO 4. Propuesta de intervención para la promoción de la salud mental materna y la prevención de la depresión y la ansiedad en el período perinatal	66
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	77
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	86
APÉNDICES.....	90

INTRODUCCIÓN

La transición a la maternidad, vista desde el comienzo de la etapa perinatal, la cual incluye el periodo de embarazo, el parto y el primer año posparto (García & Yim, 2017), es uno de los procesos vitales más importantes y retadores en la vida de una mujer, dado que la llegada de un hijo implica una serie de cambios en múltiples niveles, lo que trae consigo un reacomodo de la vida hasta el momento conocida, incluyendo cambios en los hábitos, las ideas y costumbres, relaciones, etc. Así mismo, esta etapa requiere del aprendizaje de una serie de habilidades que permitan a la madre hacer frente a la tarea de responder a las demandas y necesidades de cuidado y atención del nuevo ser (Redshaw & Martin, 2011). Y todo esto sucede de forma simultánea en un tiempo relativamente corto, por lo cual puede resultar sumamente abrumador, lo que puede traer consigo un aumento significativo en los niveles de estrés de los padres, especialmente de la madre, poniendo en riesgo su salud mental (Wenzel & Kleiman, 2015).

La OMS define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2018), así mismo, define salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2018). Es así que de las definiciones previamente expuestas, surgen dos ideas fundamentales para el desarrollo de este trabajo, la primera es que hablar de salud implica bienestar integral, y la segunda es la afirmación de que la salud mental es fundamental para poder hablar de salud, pues sin salud mental no hay salud (OMS, 2018).

Se sabe que a nivel mundial alrededor del 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de las mujeres en periodo postparto experimentan algún problema de salud mental (WHO, s.f.), sin embargo, estas cifras pueden ser consideradas conservadoras, ya que el porcentaje aumenta en los países en vías de desarrollo,

además de que tampoco consideran a las mujeres no tienen acceso a los servicios de salud, por lo que quedan fuera de las estadísticas oficiales.

Esta problemática de salud puede ser abordada a través de diferentes estrategias, siendo una de ellas la prevención, misma que inspiró el objetivo general de este trabajo, el cual se centra en el desarrollo de una propuesta una intervención dirigida a mujeres que se encuentran en el periodo perinatal para la prevención de la depresión y la ansiedad perinatal, los trastornos con mayor prevalencia durante esta etapa.

A la propuesta de intervención aquí desarrollada se le ha llamado *Mi Maternidad Ahora* y tiene por objetivo promover la salud mental materna en el periodo perinatal a través de la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales para la prevención de la depresión y la ansiedad en esta etapa.

Para su diseño se hizo una investigación teórica, la cual conforma los diferentes capítulos de este trabajo, siendo así que el Capítulo 1 abarca temas relativos a la salud mental en el proceso de transición de la maternidad, así como una descripción de los principales trastornos y malestares psicológicos presentes en la etapa perinatal en conjunto con los síntomas que los distinguen; el Capítulo 2 incluye los principales cambios cognitivos, conductuales y psicológicos que experimentan las mujeres en la etapa perinatal, puesto que el conocerlos y estudiarlos facilita la comprensión de las necesidades de las mujeres en esta etapa, permitiendo así el estudio, desarrollo e implementación de intervenciones preventivas (Miller, 2016). Posteriormente, en el Capítulo 3 se hace una breve revisión de diferentes intervenciones basadas en evidencia, sustentadas en el Modelo Cognitivo Conductual, las cuales están enfocadas en la prevención de la depresión y la ansiedad perinatal, trastornos con mayor prevalencia durante esta etapa, como se mencionó anteriormente; para así llegar al Capítulo 4, en el que se presenta una propuesta de intervención diseñada por la autora de este trabajo, partiendo de

elementos teóricos y técnicos de las intervenciones revisadas en el Capítulo 3, agregando elementos para la integración y reflexión de los contenidos revisados.

Por último se presentan la discusión y conclusiones relativas a este trabajo, tomado en cuenta que para la autora del mismo, esto es solo el comienzo de un trabajo que se vislumbra emocionante y sobre todo muy necesario.

CAPÍTULO 1. Salud mental en el proceso de transición a la maternidad

El proceso de transición a la maternidad visto desde el comienzo de la etapa perinatal, la cual incluye el periodo de embarazo, el parto y el primer año posparto; es para muchas mujeres una experiencia sumamente disfrutable y para otras una experiencia llena de desafíos, debido a la gran cantidad de cambios y ajustes fisiológicos y psicosociales en sus vidas (García & Yim, 2017).

Babetin (2020) afirma que la transición a la maternidad implica una profunda transformación psicológica, puesto que llevar a un hijo en el vientre, dar a luz y aprender a adaptarse a todos los cambios y responsabilidades que implica su cuidado y atención, requiere de un tiempo de adaptación que varía de mujer a mujer y que depende en gran medida de factores como lo son las circunstancias y los recursos personales, la calidad de la relación con la pareja y el soporte emocional que puedan recibir de sus redes de apoyo (Redshaw & Martin, 2011). En este sentido Wenzel & Kleiman (2015) sostienen que esta transición es compleja y que se asocia con un aumento significativo en los niveles de estrés de los padres, especialmente de la madre, lo cual puede poner en riesgo su salud mental.

¿Y qué se entiende por salud mental en esta etapa?, para explicarla, es importante retomar las definiciones de salud y salud mental propuestas por la Organización Mundial de la Salud, la cual en primera instancia define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018). Ahora bien, este mismo organismo define salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2018). Es así como a partir de estas definiciones se debe resaltar que la salud mental va más allá de la ausencia de trastornos mentales y que es parte fundamental del concepto de salud, puesto que, sin salud mental, no hay salud (OMS, 2018).

En lo correspondiente a la salud mental en la etapa perinatal, para efectos de este trabajo se toma la definición propuesta por Rees, Channon & Waters (2019), quienes afirman que la salud mental perinatal se refiere a la salud y bienestar mental de la madre durante el periodo que comprende desde el embarazo hasta el primer año posterior al parto, mencionando que esto incluye las dificultades en salud mental preexistentes y persistentes durante el embarazo, así como también los problemas de salud mental que se presenten por primera vez o que se ven exacerbados durante el periodo perinatal.

¿Por qué es importante la revisión y promoción de la salud mental materna en el periodo perinatal?, tal vez la primera respuesta que se venga a la mente sea que la salud mental materna es importante porque se debe garantizar el bienestar de la madre para que el embarazo llegue a feliz término, el bebé nazca bien y la madre pueda cuidar de él; sin embargo, éste sería un argumento simple y superficial para una problemática que es compleja y que en algunos países es considerada un problema de salud pública, ya que de acuerdo con la OMS, a nivel mundial alrededor del 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan algún problema de salud mental; particularmente depresión, mientras que la situación se agrava en países en vías de desarrollo, con un 15.6% de mujeres que presentan algún trastorno durante el embarazo y 19.8% durante el periodo postparto, siendo que en algunos casos, el sufrimiento de las madres es tan severo que llegan al suicidio (WHO, n.d.); por lo que tomando en cuenta que éstas son tan solo las cifras oficiales, las cuales excluyen a las mujeres que por cualquier razón no piden ayuda y que por ende no son atendidas, el problema se vuelve más complejo.

En el caso particular de México las cifras de depresión perinatal están en concordancia con la evidencia a nivel global, pues de acuerdo con De Castro, Place, Villalobos & Allen-Leigh (2015), la sintomatología depresiva en madres de menores de cinco años es del 19.91%, es decir, aproximadamente una de cada cinco mujeres

la presentan, mientras que la tasa de detección de la misma es del 17.06% y la de atención se encuentra en un 15.19%, ambas cifras sumamente bajas.

En lo que concierne a algunos de los principales factores de riesgo para la sintomatología depresiva materna en la etapa perinatal, De Castro, Place, Villalobos & Allen-Leigh (2015) sostienen que la violencia interpersonal ejercida por la pareja, incluyendo el abuso emocional, físico o sexual son los factores que más se asocian con la misma, mencionando que otros factores de riesgo son los bajos niveles de apoyo social, los embarazos no deseados, los bajos niveles de educación formal y el no tener un compañero afectivo (p.145).

Por su parte O'Hara & Wisner (2014), afirman que diversos meta-análisis y revisiones sistemáticas de los últimos 30 años han llegado a conclusiones similares en lo que respecta a los factores de riesgo asociados con la depresión posparto, entre los que se encuentran un historial de depresión, la depresión y la ansiedad durante el embarazo, la baja autoestima, los llamados *baby blues* también conocidos como tristeza posparto (Lara, Patiño, Navarrete & Nieto, 2017), los eventos estresantes, una mala relación marital y la falta de una red de apoyo.

En lo que respecta a la ansiedad en la etapa perinatal, no existen al momento datos oficiales sobre su prevalencia en el periodo perinatal por parte de la OMS; sin embargo, Soto (2019), refiere que de acuerdo a múltiples autores (Soto-Balbuena, Rodríguez, Escudero, Ferrer y Huynh-Nhu, 2018; Marchesi, Ossokka, Amerio, Daniel, Tonna y De Panfilis, 2016, citados en Soto, 2019, p.55), su prevalencia muestra cifras de un amplio rango que van del 4-39% en mujeres embarazadas, hasta el 16% después del parto.

Por su parte, Wenzel & Kleiman (2015) afirman que diversos estudios muestran que las tasas de ansiedad generalizada son elevadas durante el embarazo, con un 10.5% de prevalencia (Adewuya, Ola, Aloba & Mapayi, 2006, citados en Wenzel & Kleiman, 2015) y durante el posparto con un 8.2% a las 8 semanas, 7.7% a los 6

meses, 7.0% a los 12 meses (Wenzel, Haugen, Jackson & Brendle, 2005, citados en Wenzel & Kleiman, 2015).

Así mismo, de acuerdo con Soto (2019), diversos estudios muestran que la ansiedad prenatal es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar tanto depresión perinatal como depresión posparto (Enatescu et al., 2014, citados en Soto, 2019). Así mismo, la ansiedad también se asocia con factores obstétricos como aborto espontáneo, la preeclampsia, el parto prematuro y el bajo peso del bebé al nacer (Zhong et al., 2015, citado en Soto, 2019). De igual forma se relaciona con una pobre adherencia a los consejos médicos, dieta poco nutritiva, pérdida de recursos y abusos de sustancias (Dunkel y Tanner, 2012, citados en Soto, 2019).

En este sentido y como se mencionó anteriormente, los trastornos y malestares psicológicos de la etapa perinatal no afectan únicamente a la madre, sino también al bebé, ya que por ejemplo, existe evidencia de que la ansiedad puede desencadenar en la madre comportamientos evitativos y problemas de atención, los cuales pueden tener un impacto en la construcción del vínculo materno-filial (Dubber, Reck, Müller y Gawlik, 2014, citados en Soto, 2019). Así mismo, si la salud mental materna se ve comprometida durante esta etapa, su receptividad a las necesidades del bebé se ve reducida, lo que compromete la eficacia de sus cuidados (Miklush & Connelly, 2013, citados en Burger, Hoosain, Einspeiler, Unger & Niehaus, 2020), lo cual lo puede afectar de manera importante, debido a que los primeros 1000 días de vida son un período crítico para el neurodesarrollo infantil (Glaser, 2014, citado en Burger et al., 2020).

Wenzel & Kleiman (2015) establecen que las mujeres que experimentan algún tipo de malestar psicológico en la etapa perinatal generalmente se encuentran preocupadas por su estado emocional, puesto que desean saber si lo que están experimentando es normal o si están enloqueciendo, o si su hijo estaría mejor bajo los cuidados de otra persona; sin embargo, dichas autoras sostienen que en primera instancia, lo importante es comunicar a estas mujeres que el malestar psicológico

en la etapa perinatal es frecuente y sobre todo comprensible tomando en cuenta los múltiples factores propios de la etapa que vulneran la salud mental; no obstante, el verdadero problema se presenta cuando este malestar no es detectado ni tratado.

En esta misma línea y como acotación, llama la atención el hecho de que durante el embarazo, el parto y el posparto se llevan a cabo múltiples exámenes, pruebas y análisis para monitorear diferentes aspectos de la salud física tanto de la madre como del bebé, sin embargo, ¿dónde queda la evaluación y monitoreo de la salud mental materna durante esta etapa?, recordemos que como se mencionó anteriormente, la salud mental es parte fundamental del concepto de salud, y sin salud mental, no hay salud (OMS, 2018), por lo que esta omisión pueden tener efectos dolorosos e incluso devastadores.

Es por ello que es crucial que tanto los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con mujeres en este periodo, como la misma mujer y los integrantes de su principal red de apoyo conozcan cuáles son los malestares y trastornos psicológicos con mayor incidencia en la etapa perinatal, así como también los factores de riesgo que pueden predisponerlas a sufrirlos.

Es así que para fomentar su conocimiento y facilitar su identificación, a continuación se presenta una breve descripción de los principales trastornos y malestares psicológicos presentes en la etapa perinatal en conjunto con los síntomas que los distinguen.

1.1 Depresión perinatal (PD)

Rodríguez, Le, Lara & Jaffe (2019) afirman que el concepto de depresión perinatal (PD por sus siglas en inglés) engloba los cambios en el estado del ánimo durante el embarazo, parto y posparto, clasificándolos de acuerdo a su tiempo de ocurrencia y la severidad de los síntomas en: depresión prenatal, *baby blues* o también

conocida como tristeza posparto (Lara, Patiño, Navarrete & Nieto, 2017), depresión posparto y psicosis puerperal.

- 1.1.1. Depresión prenatal: para Rodríguez y sus colegas (2019), es aquella que comienza durante el embarazo, pudiendo afectar a las mujeres que se encuentran preocupadas por la salud del feto o el miedo al parto. Dichos autores refieren que los episodios depresivos ocurren con mayor frecuencia durante el primer y el tercer trimestre del embarazo y que algunos de los síntomas que se pueden presentar son llanto, problemas para dormir, fatiga, alteración del apetito, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, dificultades en la relación con el feto y sentimiento de rechazo hacia el embarazo (p. 29). Este tipo de depresión incrementa el estrés propio del embarazo y es uno de los predictores más importantes de la Depresión posparto (Lara et al., 2017).
- 1.1.2. *Baby blues* o Tristeza posparto: Lara et al., (2017) la definen como la tristeza que suele aparecer los primeros diez días posnatales y que afecta hasta a un 70% de las madres. En muchos de los casos se presenta debido a las demandas de cuidado y adaptación que exige un recién nacido, aunado al cansancio por la falta de sueño, lo que a su vez puede generar altos niveles de estrés (Rodríguez et al., 2019). Entre los principales síntomas se encuentran el llanto y la tristeza, la irritabilidad, ansiedad generalizada, labilidad emocional, fatiga o agotamiento, frustración en relación con la maternidad; sin embargo, estos síntomas suelen desaparecer de forma espontánea a las dos semanas posteriores a su aparición, por lo que no requieren intervención, solamente comprensión y apoyo (Lara et al., 2017; Rodríguez et al., 2019).
- 1.1.3. Depresión posparto: es un trastorno del estado de ánimo afectivo el cual puede presentarse hasta un año después del parto, aunque generalmente aparece en los primeros tres meses posparto. De acuerdo con Rodríguez y sus colegas (2019), sus principales síntomas son: tristeza y llanto frecuente, dificultad para concentrarse y para recordar cosas, irritabilidad, sentimientos

de inadecuación o culpa, pérdida de interés por el cuidado del bebé y el propio, fatiga, insomnio o hipersomnia, disminución o aumento del apetito, ansiedad, falta de autocuidado, mala vinculación con el bebé, pérdida de placer o interés en cosas que antes se disfrutaban y en los casos de mayor gravedad, pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o infanticidio. Es importante resaltar que este tipo de depresión requiere tratamiento profesional.

- 1.1.4. Psicosis puerperal: es un trastorno afectivo que generalmente se presenta entre el segundo y tercer día posparto con síntomas psicóticos, ideas delirantes, paranoia, delirio, confusión, manía, pensamientos suicidas u homicidas, cambios repentinos de humor y desorganización conductual, lo que lo hace muy grave, por lo que requiere hospitalización y atención inmediata (Lara et al., 2017; Rodríguez et al., 2019).

Wenzel (2011, citada en Wenzel & Kleiman, 2015) explica que el diagnóstico de depresión en la etapa perinatal puede ser difícil debido a que muchos de los síntomas, como por ejemplo la falta de sueño y el cansancio, pueden ser atribuidos al embarazo o al hecho de tener un recién nacido; sin embargo, sostienen que el elemento clave para el diagnóstico en esta etapa está en que los síntomas exceden lo esperado bajo esas circunstancias.

1.2 Ansiedad Perinatal

O'Hara & Wisner (2014) afirman que existen un amplio rango de desórdenes por ansiedad que son prevalentes en la etapa perinatal. Por ejemplo, para Wenzel (2011, citada en Soto, 2019), la ansiedad prenatal comienza a resultar problemática cuando se presenta en una proporción significativa del tiempo de las madres, lo que les impide cumplir con sus obligaciones, interfiriendo en su habilidad para cuidarse a sí mismas. Algunos autores afirman que la mayoría de las mujeres en esta etapa pueden sentir ansiedad por la preocupación sobre aspectos relacionados con su embarazo, el parto y el posparto, sin que necesariamente cumplan con los criterios

de un trastorno de ansiedad (Brunton, Dryer, Saliba y Kohlhof, 2015, citados en Soto, 2019), sin embargo, el hecho de no contar con un diagnóstico no significa que los síntomas no sean importantes.

Por su parte, Wenzel & Kleiman (2015) señalan que la ansiedad en el período perinatal puede manifestarse de diferentes formas, por ejemplo la Ansiedad generalizada, Ataques de pánico, Ansiedad Social, Obsesiones y Compulsiones, así como Estrés postraumático. Soto (2019) añade las Fobias como una expresión de la ansiedad en este periodo, las cuales menciona que no se reconocen como un trastorno en los sistemas clasificatorios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5 por sus siglas en inglés) y el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), sin embargo, sugiere que sería importante considerar incluirlos, dada su prevalencia.

1.2.1. Ansiedad generalizada: Wenzel & Kleiman (2015) sostienen que este tipo de ansiedad implica una preocupación excesiva que no puede ser controlada, seguida de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular y trastornos del sueño. Así mismo, para ser diagnosticada con un trastorno de ansiedad generalizada, una persona debe presentar estos síntomas con regularidad durante al menos seis meses (APA, 2013, citada en Wenzel & Kleiman, 2015). Es importante resaltar que las mujeres en etapa perinatal que presentan estos síntomas por un periodo menor a los seis meses son diagnosticadas con trastorno de adaptación con ánimo ansioso.

1.2.2. Ataques de pánico: Wenzel & Kleiman (2015) sostienen que un ataque de pánico es una aparición repentina de miedo o malestar intenso que alcanza su punto máximo en unos minutos; así mismo afirman que entre los síntomas característicos de un ataque de pánico se encuentran los siguientes: palpitaciones, sudor, temblores, pérdida del aliento, sensación de ahogo, dolor u opresión en el pecho, malestar gastrointestinal, mareos o aturdimiento, mareos o aturdimiento, escalofríos o sofocos, hormigueo o

entumecimiento, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco y miedo a morir durante el episodio. Una persona es diagnosticada con trastorno de pánico cuando presenta ataques recurrentes acompañados de una preocupación persistente por tenerlos o un cambio de comportamiento debido a los mismos, por ejemplo, evitar circunstancias que propiciarían un ataque (APA, 2013, citado en Wenzel & Kleiman, 2015).

1.2.3. Ansiedad social: se caracteriza por un miedo excesivo a la evaluación negativa por parte de otros o la vergüenza ante otras personas. El diagnóstico de trastorno de ansiedad social se realiza cuando la persona hace lo posible para evitar situaciones sociales o evaluativas, o las experimenta con gran angustia; también cuando la ansiedad social provoca una interferencia significativa en la vida del individuo (APA, 2013, citado en Wenzel & Kleiman, 2015).

1.2.4. Obsesiones y compulsiones: Wenzel & Kleiman (2015) definen las obsesiones como pensamientos intrusivos no deseados e inquietantes. En lo que respecta a las compulsiones, dichas autoras las describen como rituales mentales o conductuales realizados por una persona con la finalidad de neutralizar la ansiedad asociada con las obsesiones. Para ser diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), las obsesiones o compulsiones deben causar interferencia en la vida, presentándose al menos una vez al día por al menos una hora o causar angustia clínicamente significativa (APA, 2013, citado en Wenzel & Kleiman, 2015).

1.2.5. Estrés postraumático: es la angustia emocional que resulta de la exposición a una situación de amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea de forma directa o indirecta. Se diagnostica trastorno de estrés postraumático (TEPT) cuando una persona ha estado expuesta a un evento traumático y experimenta síntomas como: recuerdos recurrentes angustiosos e involuntarios, sueños angustiosos recurrentes relacionados con el evento traumático, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso o prolongado y reacciones fisiológicas intensas a factores que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático (Colomina, González, Capilla &

Santamaría, 2019). Si una persona experimenta síntomas inmediatamente después del evento traumático, pero aún no han persistido durante un mes, se le diagnostica un trastorno de estrés agudo.

- 1.2.6. Fobias: son definidas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés, citada por Stanford Children's Health, 2020) como un miedo incontrolable, irracional y persistente a un objeto, situación o una actividad, afirmando que el miedo puede ser tan grande que algunas personas llegan a hacer cosas extremas para evitar enfrentarlo. Así mismo, menciona que una respuesta extrema al origen de la fobia puede ser un ataque de pánico. Soto (2019), afirma que principalmente hay dos tipos de fobias que se presentan en la etapa perinatal: en primera instancia se encuentra la tocofobia, la cual define como un miedo patológico persistente, irracional y desproporcionado a quedar embarazada o bien al parto (p. 59), misma que dependiendo de su origen puede ser tocofobia primaria, la cual le ocurre a mujeres que nunca han tenido hijos, y que aun deseando ser madres, temen el sufrimiento en el parto, los cambios del embarazo, la responsabilidad que implica ser madre o el que su hijo tenga algún problema o enfermedad (Hofberg y Ward, 2003, citados en Soto, 2019). Por otro lado, la tocofobia secundaria, se presenta en mujeres que han tenido alguna experiencia traumática previa en su embarazo o parto, por lo que temen volver a pasar por la misma situación. Por otra parte, Soto (2019) menciona que otra de las fobias asociadas al embarazo y que se relaciona con el vínculo que se establece entre la madre y el bebé es el “rechazo materno”, el cual tiene lugar cuando no se establece ni desarrolla un vínculo temprano entre la madre y el hijo durante el proceso de embarazo, parto y posparto, por lo que no se presenta la respuesta emocional de la madre hacia el bebé, lo cual podría derivar en abuso, maltrato o filicidio (Brockington, 2006, citado en Soto, 2019).

1.3 Trastornos de alimentación e imagen corporal en el periodo perinatal

Durante el embarazo, se presentan una serie de cambios a nivel físico, emocional, conductual y hormonal; siendo los cambios físicos los más notorios, entre los que se encuentran el aumento de peso, los cambios en los pechos, en la piel y en el pelo; así como también en el apetito, pues algunas mujeres sufren de mareos, náuseas, vómitos, retención de líquidos, hinchazón, así como dolores, sensación de cansancio, etcétera (Vallejo-Slocker, 2019).

Es por ello que Vallejo-Slocker (2019) afirma que es común que algunas mujeres presenten cierto grado de insatisfacción corporal durante el embarazo y el posparto, por lo que llevan a cabo acciones y tratamientos dirigidos a modificar su imagen corporal, como dietas o ejercicio, sin embargo, si dichas conductas son llevadas de manera extrema, pueden representar un riesgo tanto para la madre como para el bebé, pudiendo propiciar el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los cuales se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y problemas en la absorción de alimentos, provocando un deterioro significativo en la salud física y psicosocial (Vázquez Arévalo, Aguilar, Ocampo Téllez-Girón y Mancilla-Díaz, 2015; APA, 2013, citados en Vallejo-Slocker, 2019). Los principales trastornos de la conducta alimentaria que se han identificado que se presentan en esta etapa son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

1.3.1. Anorexia nerviosa: se distingue por la restricción de la ingesta energética, bajo peso corporal, miedo intenso a engordar o comportamientos que interfieren con el aumento de peso, así como alteraciones en la forma en la que la persona se percibe a sí misma (DSM-5, citado en Vallejo-Slocker, 2019). Al padecimiento de anorexia nerviosa durante el embarazo se le denomina “pregorexia” (Mathieu, 2009, citado en Vallejo-Slocker, 2019). Algunas de las características son: historia previa de TCA, preocupación excesiva por el peso y las calorías, malos hábitos alimenticios, falta de apoyo social y vivencia del embarazo como algo irreal (Vallejo-Slocker, 2019).

- 1.3.2. Bulimia nerviosa: se caracteriza por episodios frecuentes de atracones, es decir, de comer grandes cantidades de alimento, seguidos de conductas compensatorias inadecuadas, como lo son el vómito autoprovocado, el ejercicio excesivo, uso de laxantes y diuréticos, ayuno (DSM-5, citado en Vallejo-Slocker, 2019) así como también por una excesiva atención a la imagen y peso corporal (Behar y Arancibia, 2014; Vázquez Arévalo et al., 2015; APA, 2013, citados en Vallejo-Slocker, 2019).
- 1.3.3. Trastorno por atracón: se identifica cuando la persona presenta episodios recurrentes de ingesta de grandes cantidades de alimentos en periodos breves de tiempo, comiendo de manera más rápida de lo normal, acompañados de una sensación de pérdida de control hasta llegar a sentirse desagradablemente llena. Es frecuente que esos episodios se produzcan cuando la persona se encuentra sola y sin tener hambre, dada la vergüenza que le produce su falta de control (Behar et al., 2014; Vázquez Arévalo et al., 2015; APA, 2013, citados en Vallejo-Slocker, 2019). Por último, Vallejo-Slocker (2019) alerta sobre la importancia de conocer los criterios específicos de los TCA, para evitar sobrediagnósticos durante la etapa perinatal, ya que algunos de los síntomas son similares a los que se presentan en el embarazo de manera normativa, en este sentido, los antecedentes de la paciente pueden dar luz en este proceso.

1.4 Estrés por infertilidad y tratamientos de reproducción asistida

Definida como una enfermedad del sistema reproductivo, la infertilidad es la incapacidad de concebir tras 12 meses de relaciones sexuales habituales sin protección (OMS, 1988, citado en Soto, García y Rodríguez, 2019).

Soto, García & Rodríguez (2019) sostienen que un diagnóstico de infertilidad implica un desajuste emocional en la pareja, pues cada miembro lo vivirá de manera diferente; es por ello que quienes deciden comenzar un tratamiento de reproducción asistida (TRA) tienen por delante un largo y costoso camino a nivel emocional,

psicológico y económico, razón por la cual existe una alta tasa de abandonos en los tratamientos. En esta línea Soto, García & Rodríguez (2019) mencionan que hay investigaciones que demuestran que aun y cuando las parejas dispongan de los recursos para pagar los TRA y tengan un buen pronóstico, la interrupción del mismo generalmente se debe a motivos psicológicos (Rooney y Domar, 2018, citados en Soto, García & Rodríguez, 2019), mientras que por su parte Crawford, Hoff y Mersereau (2017, citados en Soto, García & Rodríguez, 2019) afirman que quienes más abandonan este tipo de tratamientos son las mujeres que padecen depresión y esto resulta comprensible, puesto que la imposibilidad de reproducirse de manera natural puede causar sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima, mismos que pueden llegar a evolucionar a diferentes grados de depresión, ansiedad, angustia y disminución de la calidad de vida. Por su parte, Rooney (2018, citado en Soto, García & Rodríguez, 2019) afirma que quienes se someten a TRA corren el riesgo de experimentar un mayor número de trastornos psiquiátricos, razón por la cual es fundamental reconocer a los más susceptibles para así acompañarlos y ayudarlos a enfrentar al diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, puesto que ésta es con frecuencia una lucha silenciosa, ya que la mayor parte de quienes están intentando concebir no comparten su historia con familia y amigos, lo que aumenta su vulnerabilidad psicológica (Rooney y Domar, 2018, citados en Soto, García & Rodríguez, 2019).

1.5 Trastorno por uso de sustancias en el periodo perinatal

García & Fernández (2019) afirman que el consumo de sustancias durante el periodo perinatal es particularmente delicado debido a la vulnerabilidad y características propias de la etapa y a las consecuencias de su consumo para las mujeres gestantes y sus hijos; entre los que se encuentran los riesgos derivados del efecto de las sustancias y las conductas de riesgo asociadas, por ejemplo, un seguimiento inadecuado de controles prenatales, malos hábitos alimenticios, conductas de riesgo, maltrato, violencia, etc.

Así mismo, García & Fernández (2019) sostienen que el alcohol y el tabaco son las drogas que más se consumen en esta etapa, especialmente durante el primer trimestre; aun y cuando la mayoría de las mujeres logran abandonar su consumo durante el embarazo, muchas lo reinician en el posparto (Forray, Merry, Lin, Ruger y Yonkers, 2015, citados en García & Fernández, 2019). Es por ello que el período perinatal resulta una etapa fundamental para la detección e intervención en el consumo de sustancias de mujeres. En el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, citado en García & Fernández 2019), bajo el término de trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos, se incluyen los trastornos relacionados con el consumo de sustancias divididos en dos tipos de diagnósticos: trastornos inducidos por sustancias y trastornos por uso de sustancias.

1.5.1 Trastornos inducidos por sustancias: describen conductas ocasionadas por el efecto directo de la sustancia, entre los que se encuentran intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos, por ejemplo, trastornos psicóticos, bipolar, depresivos, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos relacionados con el sueño, disfunciones sexuales, etc. (García & Fernández 2019, p. 220).

1.5.2 Trastornos por el uso de sustancias (TUS): se relacionan con una dependencia a las sustancias, especialmente a diez tipos de éstas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes e hipnóticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, citado en García & Fernández 2019), de un total de 11 criterios para el diagnóstico, el patrón de gravedad se define como leve con dos o tres criterios, moderado con cuatro o cinco criterios y grave con seis o más criterios en algún momento de un periodo continuo de 12 meses. Los criterios son los siguientes: 1) Consumo recurrente de sustancias que llevan a incumplir obligaciones laborales, escolares o domésticas, 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que conllevan un riesgo físico, 3) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes,

causados o exacerbados por los efectos de la sustancia, 4) Tolerancia, ya sea definida por una necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado o porque el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye con su consumo continuado, 5) Abstinencia, definida tanto por el síndrome de abstinencia para la sustancia, como por el consumo de la misma sustancia o alguna similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia, 6) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía, 7) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, 8) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia, o la recuperación de sus efectos, 9) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia, 10) Se continua tomando la sustancia a pesar de ser consciente de la existencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por su consumo y 11) *Craving* o fuerte deseo o urgencia de consumir una sustancia específica (DSM-5, citado en García & Fernández 2019),

Por último, García & Fernández (2019), afirman que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva durante el periodo perinatal requerirá atención debido al impacto que puede tener tanto en la madre como en el bebé.

1.6 Pérdidas en el periodo perinatal

Las pérdidas en el periodo perinatal son sumamente complejas, ya que el dolor y la angustia sentidos por los padres que pierden un bebé en esta etapa es de una intensidad similar al producido por otras pérdidas, sin embargo, éste se vive de forma distinta, pues su relación con el feto no está basada en experiencias o recuerdos, sino en fantasías, ilusiones y esperanzas desarrolladas durante el embarazo (Leal, 2009, citado en Ruíz & Rodríguez, 2019). Así mismo, en muchos de los casos ni la familia o los amigos sabían del embarazo, lo cual dificulta la

comunicación de lo ocurrido, la expresión de los sentimientos y la recepción de apoyo social, lo que puede implicar un gran sufrimiento y dolor para los padres (Ruíz & Rodríguez, 2019).

Si bien se utiliza el término de pérdida perinatal para hacer referencia a la pérdida del feto durante el embarazo y del bebé durante su primer mes de vida (Diamond y Diamond, 2016, citado en Ruíz & Rodríguez, 2019), existen diferentes términos en el ámbito gineco-obstétrico para cada tipo de pérdida, lo que permite diferenciar las implicaciones físicas y emocionales propias de cada una. Algunos de los términos citados por Ruíz y Rodríguez (2019, p. 238) son los siguientes:

- a. Aborto espontáneo: expulsión o extracción de un feto de menos de 500 gramos de peso correspondiente a veintidós semanas de gestación, o de cualquier otro producto de gestación totalmente inviable (SEGO, 2010, citado por Ruíz & Rodríguez, 2019).
- b. Mortinato: muerte del feto que se produce después de la vigésima semana de gestación (SEGO, 2010, citado por Ruíz & Rodríguez, 2019).
- c. Muerte neonatal: fallecimiento del bebé durante los primeros 28 días después de su nacimiento (Armstrong, 2002, citado por Ruíz & Rodríguez, 2019).
- d. Aborto espontáneo preimplantación: fallo en la implantación del embrión en el útero después de que la mujer se haya sometido a un proceso de fertilización in vitro (Diamond y Diamond, 2016, citado por Ruíz & Rodríguez, 2019).
- e. Embarazo ectópico: el óvulo fecundado crece fuera del útero, un emplazamiento que no es el adecuado, normalmente en una de las trompas de Falopio (SANDS, 2018^a, citado por Ruíz & Rodríguez, 2019).
- f. Trauma reproductivo: pérdidas perinatales producidas en un contexto de infertilidad, prematuridad o partos de riesgo que dejan secuelas en la gestante (Diamond y Diamond, 2016, citados por Ruíz & Rodríguez, 2019).

Alvarado (2003) señala que cualquier pérdida perinatal causa alteraciones emocionales, psicosociales y de conducta y que entre el 20-30% de las mujeres que la experimentan sufren alteraciones psiquiátricas en el primer año de su pérdida.

En esta misma línea, existe evidencia de que la experiencia de un aborto espontáneo se asocia a un incremento de los niveles de estrés (Klier, Geller y Ritscher, 2002, citados en Ruíz & Rodríguez, 2019), mientras que en las pérdidas que suceden después de la vigésima semana de gestación, es frecuente el desarrollo de síntomas ansiosos, depresivos, de estrés postraumático y reacciones de duelo complicadas, pues la pérdida de un hijo en la etapa perinatal se reconoce como un acontecimiento traumático que desencadena la evolución del duelo (Ruíz & Rodríguez, 2019).

En duelo normal propio de una pérdida es definido por Worden (2013, citado en Ruíz & Rodríguez) como el proceso de adaptación de una persona que ha sufrido algún tipo de pérdida, el cual se caracteriza por tener un curso natural y no patológico, mismo que abarca un repertorio de sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas entre los cuales se encuentran los sentimientos tristeza, ira, culpa, soledad, ansiedad, desamparo, añoranza y alivio; sensaciones físicas de vacío, opresión en el pecho, hipersensibilidad, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y sequedad en la boca; entre las cogniciones se encuentra la incredulidad, la confusión, la preocupación y la sensación de presencia; y entre las conductas se presentan los trastornos del sueño, de alimentación, distracción, retraimiento, llanto, hiperactividad, atesoramiento de objetos y visitas a lugares (p. 239).

Así mismo, Worden (2013, citado en Ruíz & Rodríguez, 2019) afirma que quien atraviesa un duelo puede influir en su proceso de adaptación a la pérdida al realizar cuatro tareas básicas: 1) Aceptación intelectual y emocional de la realidad de la pérdida, 2) Elaboración del dolor de la pérdida, 3) Adaptación a un mundo sin el fallecido y 4) Encontrar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una nueva vida.

Cuando la persona doliente no lleva a cabo las tareas mencionadas, el proceso de duelo puede complicarse. Lobb y colaboradores (2010, citados en Ruíz y Rodríguez, 2019) definen el duelo complicado como la persistencia de los síntomas característicos de este proceso de una forma crónica y poco adaptativa. Según Worden (2013), el duelo complicado se caracteriza por 1) Reacciones de duelo crónicas o excesivas; 2) Reacciones de duelo retrasadas, las cuales aparecen cuando la persona no tuvo una reacción emocional suficiente en el momento de la pérdida, por lo que no elaboró el duelo de manera adecuada, lo que retrasa el proceso del mismo; 3) Reacciones de duelo exageradas, es decir, de una intensidad muy elevada que paralizan a la persona y 4) Reacciones de duelo enmascaradas, las cuales se caracterizan por la presencia de síntomas y conductas desadaptativas que la persona no reconoce como relacionadas con la pérdida y el duelo.

Por último, es importante recordar que como lo mencionan Ridaura, Penelo y Reich (2017, citados en Ruíz & Rodríguez, 2019) el duelo perinatal es un constructo complejo, multifactorial e influenciado por la subjetividad de la vivencia, por lo que en la construcción de significado de una pérdida perinatal influirán aspectos como la edad gestacional cuando se interrumpió el embarazo, las experiencias previas de aborto, la existencia de otros hijos vivos y la disponibilidad de recursos personales y sociales que ayuden a afrontar la situación (Ruíz & Rodríguez, 2019, p. 242).

1.7 Suicidio durante el embarazo y posparto

Definido como un “acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal (OMS, 2014, citada en Al-Halabí, Mayoral, Corcoran, Brodsky y Stanley, 2019), el suicidio es una conducta compleja, en la que están presentes factores biológicos, psicológicos y sociales, así como también mucho sufrimiento y desesperanza.

Al-Halabí y sus colegas (2019) afirman que el suicidio es la primera causa de muerte de las mujeres durante el embarazo y el posparto; sin embargo, es un evento raro

que se presenta con menor frecuencia que en la población general de mujeres, con una tasa anual de una a cinco muertes por 100,000 nacimientos frente a la tasa general de cinco a diez muertes por 100,000 habitantes, ambas en los países desarrollados (p. 260); por lo que la maternidad en sí puede aumentar o disminuir el riesgo de suicidio dependiendo del impacto psicológico que tenga para la mujer, en conjunto con otros factores personales, familiares y culturales.

De acuerdo con el Modelo de estrés-diátesis para la conducta suicida durante el embarazo de Gelaye et al. (2016, citado en Al-Halabí et al. 2019), ésta se puede presentar en los siguientes casos:

- a. Episodio Depresivo Mayor u otro trastorno mental.
- b. Trauma o abuso.
- c. Estresores socioeconómicos.
- d. Aislamiento social.
- e. Desequilibrios bioquímicos.
- f. Genética o anomalías orgánicas.
- g. Sensibilidad al estrés.
- h. Desesperanza o pesimismo.
- i. Agresividad o impulsividad.
- j. Falta de estrategias de afrontamiento.

Otros factores que se asocian con el suicidio en la etapa perinatal son tanto los embarazos no deseados como el hecho de que la mujer se encuentre en una situación de abuso físico o sexual, sin recursos económicos, aislada o con sensación de estar atrapada en las nuevas circunstancias a partir del nacimiento. Si bien la prevalencia del suicidio en esta etapa es baja, sus consecuencias son devastadores para las familias, por lo que es preciso contar con intervenciones preventivas (Al-Halabí et al, 2019).

Después de haber hecho un breve recuento de los principales trastornos y malestares psicológicos más comunes en la etapa perinatal y sin afán de patologizar este periodo, me gustaría hacer énfasis en ciertos puntos.

En primera instancia, es preciso resaltar la importancia de la prevención y sobre todo de la atención psicológica oportuna, debido a las consecuencias que dichos trastornos y malestares pueden tener tanto para el bebé, la mujer-madre y el vínculo entre ambos. En múltiples ocasiones, este tipo de problemas no suelen reconocerse ni diagnosticarse debido a que muchas mujeres no buscan ayuda por miedo, vergüenza, ignorancia, cansancio, falta de tiempo, de recursos, de redes de apoyo etcétera; sin embargo, como se mencionó anteriormente, si los problemas de salud mental no se tratan, estos pueden afectar al bienestar de las mujeres, sus hijos y de otros miembros de la familia (Yip y Law, 2010, citados en Al-Halabí et al., 2019).

Por otra parte, es preciso señalar que los trastornos y malestares psicológicos experimentados por las madres en la etapa perinatal son completamente tratables y para conseguirlo es necesario que tanto ellas mismas como los profesionales de la salud con los que tienen contacto, así como los integrantes de su red de apoyo primaria sean capaces de identificar los principales síntomas apenas se presenten para que así puedan pedir ayuda, y que cuando lo hagan, los profesionales que las reciban sean capaces de responder con sensibilidad, profesionalismo y sobre todo con conocimiento de causa, para determinar si ellos pueden prestar la atención necesaria o si es necesario derivarlas con otro especialista.

En este mismo orden de ideas, es importante que exista un conocimiento general sobre los cambios normativos propios del embarazo, para evitar la patologización del mismo así como el sobrediagnóstico.

Con la finalidad de contribuir a este propósito, en el siguiente capítulo se abordarán algunos de los principales cambios tanto psicológicos, cognitivos y conductuales que experimentan muchas de las mujeres durante la etapa perinatal.

CAPÍTULO 2. Cambios que experimentan las mujeres durante la etapa perinatal

En el capítulo anterior se habló de la salud mental materna en el periodo perinatal, así como también de los diferentes trastornos y malestares psicológicos que se pueden presentar durante esta etapa.

Para hablar de salud mental materna en este periodo, se tomó la definición propuesta por Rees, Channon & Waters (2019), quienes sostienen que la salud mental perinatal se refiere a la salud y bienestar mental de la madre durante el periodo que comprende desde el embarazo hasta el primer año posterior al parto, incluyendo las dificultades en salud mental preexistentes y persistentes durante el embarazo, así como también los problemas de salud mental que se presenten por primera vez o que se ven exacerbados durante el periodo perinatal.

Si bien la experiencia de cada mujer que se convierte en madre es única, pues influyen factores como su personalidad, su etapa y condiciones de vida, su estado de salud, sus relaciones, circunstancias, contextos, presencia o ausencia de redes de apoyo, etcétera; existen elementos comunes en la experiencia perinatal, que al ser conocidos e identificados tanto por las propias madres como por quienes están en contacto y relación con ellas durante esta etapa, pueden permitirles normalizar y comprender su experiencia, así como también determinar cuando es necesario pedir ayuda.

Es así que el objetivo del presente capítulo es la descripción de los principales cambios que experimentan las mujeres en la etapa perinatal, los cuales pueden resultar abrumadores para algunas madres debido a que se presentan en un periodo relativamente corto de tiempo y abarcan diferentes aspectos de su persona; sin embargo, como lo señala Miller (2016), el conocerlos y estudiarlos facilita la comprensión de las necesidades de las mujeres en esta etapa, permitiendo así el estudio, desarrollo e implementación de intervenciones preventivas.

Es preciso aclarar que lo descrito en este capítulo parte de la evidencia obtenida a partir del estudio de los diversos cambios que se presentan en un embarazo y posparto normales, es decir, con ausencia de patología.

Dicho esto, los cambios que se revisarán en este capítulo son los psicológicos, cognitivos y conductuales.

2.1 Cambios psicológicos durante la etapa perinatal.

El embarazo trae consigo una serie de cambios graduales en la figura de la mujer, los cuales además de presentar la evidencia física de lo que está ocurriendo, funcionan como catalizadores para el ajuste psicológico necesario para esta nueva etapa. Así mismo, la experiencia de dar a luz y la llegada del bebé, marcan el inicio de otras transiciones, las cuales conllevan múltiples cambios y ajustes (Redshaw & Martin, 2011).

Miller (2016) expresa que si bien no existen una serie de pasos universales para la adaptación psicológica a esta etapa, diversas investigaciones han identificado ciertas tareas psicológicas que normalmente se presentan durante el proceso de transición a la maternidad, las cuales se describen a continuación.

2.1.1. Reconocimiento y adaptación al embarazo: Miller (2016) asevera que la adaptación al embarazo comienza al reconocer y aceptar que se está embarazada. De acuerdo con datos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS por sus siglas en inglés), se afirma que el 90% de las mujeres reconocen que están embarazadas dentro de las primeras 12 semanas de gestación (Ayoola, Nettleman & Stommel, 2010, citados en Miller, 2016). Así mismo, es importante mencionar que el contexto cultural y ambiental puede influir en la adaptación y las experiencias generales del embarazo.

Después de llevar a cabo múltiples entrevistas y grupos de enfoque con mujeres embarazadas, Svensson, Barclay & Cooke (2006, citados en Miller, 2016) encontraron que éstas presentan reacciones emocionales intensas ante diferentes hitos del embarazo, siendo el final del primer trimestre un hito particularmente destacado porque al llegar a esa etapa sienten que el riesgo de aborto espontáneo es menor, pudiendo así revelar la noticia de su embarazo. Otro hito importante es la primera ecografía, la cual reduce la sensación de incertidumbre sobre el embarazo; mientras que otras mujeres experimentan los movimientos fetales como un hito que impacta de manera especial en la relación materno-fetal.

Existe también una gran variación en lo que se refiere a las actitudes de las mujeres embarazadas respecto a albergar una vida dentro de sí, pues algunas refieren disfrutar intensamente de la intimidad que implica llevar una vida en su interior, lo que a menudo incluye una sensación de compañerismo y la sensación de tener un conocimiento profundo del bebé; mientras que otras experimentan la idea como invasiva, parasitaria y/o extraña, lo que en ocasiones va acompañado de angustia por la pérdida de control sobre sus cuerpos (Schmied & Lupton, 2001, citados en Miller, 2016).

2.1.2. Reacciones a los cambios corporales: durante el embarazo, el cuerpo de la mujer cambia drásticamente, modificando su apariencia, sus sensaciones internas y sus percepciones sensoriales. Existe evidencia de que entre el 70 y el 85% de las mujeres embarazadas presenta náuseas y alrededor del 50% vómitos y la sensibilidad a diversos olores (Fowles & Fowles, 2008; Nordin, Bromin, Bringlöv & Wulff, 2007, citados en Miller, 2016).

Por otra parte, para muchas mujeres, los efectos sobre la imagen corporal se encuentran entre las reacciones psicológicas más destacadas, ya que de acuerdo con Miller (2016) durante el embarazo, la imagen corporal puede verse afectada por al menos dos tipos de valores: una autoevaluación de la

feminidad enfocada en el atractivo físico impulsado por valores estéticos y una autoevaluación funcional del cuerpo como una “incubadora” para un bebé. Adicionalmente, las reacciones de las mujeres a los cambios físicos del embarazo varían notablemente, influenciadas por su propia atención a estos valores, las reacciones a los cambios corporales mostradas por su pareja y otras personas, así como también las expectativas sociales y culturales que se tengan para esta etapa.

Diversos estudios han encontrado que para algunas mujeres la insatisfacción corporal aumenta después del parto (Clark et al. 2009; Gjerdingen et al., 2009; Rallis et al. 2007, citados en Miller, 2016), y que ésta se centra principalmente en la retención de peso, ya que en promedio, las mujeres pesan entre 3 y 7 kg más a las 6 semanas posparto que antes del embarazo (Walker, Sterling & Timmerman, 2005, citados en Miller, 2016). Adicionalmente, en un estudio llevado a cabo por Rallis, Skouteris, Wertheim & Paxton (2007, citados en Miller, 2016), las mujeres informaron que se sentían más gordas a los 6 meses posparto que a las 6 semanas posparto, a pesar de la pérdida de peso, por lo que los autores expresan que esto podría deberse a las expectativas y sobre todo la presión social para perder peso inmediatamente después del periodo posparto.

2.1.3 Representaciones internas sobre el feto y el recién nacido: Miller (2016) sostiene que las mujeres embarazadas suelen tener imágenes mentales y/o fantasías sobre las características que tendrán sus bebés, las cuales se conocen como "representaciones internas", mismas que pueden verse influenciadas por sus relaciones, esperanzas, miedos, tradiciones familiares y culturales (Illicali & Fisek, 2004, citados en Miller, 2016); así como también por su estilo cognitivo y de afrontamiento, o por el comportamiento fetal, lo que lleva a algunas mujeres a atribuir características específicas a su feto (Salisbury, Law, LaGasse & Lester, 2003, citados en Miller, 2016).

En lo que se refiere a las representaciones maternas del recién nacido, Miller (2016) menciona que éstas pueden variar, clasificándose en equilibradas o sesgadas, realistas o poco realistas y detalladas o escasas. Estas categorías se miden con la herramienta *Expressed Emotion* (Magaña et al., 1987, citado en Miller, 2016), a través de la cual se pide al padre o madre hablar durante 5 minutos sobre el niño, incluyendo cómo es el niño como persona y sobre la relación con él. El discurso de los padres se graba, transcribe y puntúa según un sistema estándar. Las representaciones equilibradas incluyen descripciones de las capacidades y dificultades de un bebé, las sesgadas incluyen solo descripciones negativas o solo positivas; las realistas reflejan con precisión al bebé, mientras que las poco realistas no lo hacen y pueden provenir de los miedos o fantasías de las madres; las detalladas reflejan un conocimiento sustancial del bebé y las escasas reflejan un menor conocimiento y compromiso. Jacobsen, Miller & Kirkwood (1997, citados en Miller, 2016), afirman que estas representaciones maternas tempranas se han asociado con la calidad de la relación madre-hijo, afirmando que las representaciones equilibradas, realistas y detalladas predicen un mejor apego.

2.1.4. Preocupaciones y ansiedad durante el embarazo: Miller (2016) expresa que ciertos tipos de preocupaciones parecen ser comunes y sobre todo normales durante el embarazo. A través de diferentes instrumentos para la medición de las preocupaciones y la ansiedad durante el embarazo como lo son la Escala de Preocupaciones de Cambridge (CWS por sus siglas en inglés) y el Cuestionario Revisado de Ansiedad Relacionada con el Embarazo (PRAQ-R por sus siglas en inglés), las mujeres embarazadas expresaron preocupaciones relacionadas con el parto, con la posibilidad de que algo estuviera mal con el bebé, con la incertidumbre de cómo lidiar con el bebé, sobre su estancia en el hospital y sobre problemas de dinero (Ohman, Grunewald & Waldenström, 2003; Petersen, Paulitch, Guethlin, Gensichen & Jahn, 2009, citados en Miller, 2016, p.8). Otras preocupaciones mencionadas

con frecuencia son la posibilidad de un aborto espontáneo, problemas laborales y problemas relacionados con la salud y apariencia de la madre. Svensson y sus colegas (2006, citados en Miller, 2016) entrevistaron a mujeres tanto de forma individual como en grupos focales y sostienen que las mujeres embarazadas también suelen preocuparse por la pérdida de espontaneidad, de independencia, la reducción del estatus ocupacional, el aislamiento social y una mayor responsabilidad (p.8).

2.1.5 Respuesta y afrontamiento frente al estrés: Miller (2016) afirma que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y / o conductuales para manejar los factores estresantes, resaltando que cada persona tiene un estilo de afrontamiento que depende en parte del temperamento y que tiene cierta estabilidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, dado que el afrontamiento es también un proceso dinámico influenciado por el contexto y la experiencia, los investigadores han estudiado los estilos de afrontamiento propios de las mujeres embarazadas, utilizando el Inventario de Afrontamiento Prenatal (Lobel & Yali, 1994, citados en Miller, 2016), el cual identifica tres estrategias que utilizan las mujeres embarazadas para afrontar los factores estresantes específicos del embarazo, siendo estas la planificación y preparación, la evitación y el afrontamiento espiritual, de las cuales, la evitación fue la menos utilizada en diversas muestras de mujeres embarazadas, y su uso se reduce aún más a medida que avanza el embarazo (Borcherding, 2009; Hamilton & Lobel, 2008, citados en Miller, 2016). Las estrategias de evitación prolongadas en esta población son atípicas, además de que se asocian con resultados emocionales más adversos que otras estrategias, ya que la evitación extrema puede plantear riesgos adicionales, como dificultad para establecer un vínculo con el feto, una preparación reducida para la crianza de los hijos, apoyo social reducido (si la evitación incluye aislamiento social) y riesgos para la salud en general, especialmente si las estrategias de evitación incluyen comer en exceso o beber alcohol (Miller, 2016).

2.1.6 Expectativas sobre el nacimiento y la autoeficacia: cada mujer tiene sus propias ideas y expectativas en relación a la manera en la que será el nacimiento de su bebé, por lo que para estudiar las expectativas y experiencias de las mujeres en esta etapa de forma sistemática, se han desarrollado múltiples instrumentos, como el diseñado por Salmon y sus colegas (1990, citado en Miller, 2016) el Salmon Item List (SIL por sus siglas en inglés), el cual es un cuestionario de 20 ítems desarrollado a partir de los términos y expresiones utilizados por las mujeres de forma espontánea después del nacimiento para describir su experiencia, por lo que cuando se emplea antes y después del parto, permite comparar las expectativas con la experiencia real. Utilizando dicho instrumento, Van Bussel, Spitz & Dermyttenaere, 2010 (citados en Miller, 2016), llevaron a cabo un estudio con 298 mujeres sanas, mismas que completaron el SIL durante cada trimestre del embarazo, posteriormente entre las 8 y 12 semanas y entre las 20 y 25 semanas después del parto, obteniendo resultados muy interesantes, por ejemplo, el hecho de que los puntajes relacionados con la dificultad real del trabajo de parto fueron significativamente más bajos que los puntajes prenatales. Lo mismo sucedió con la angustia, pues la anticipada también fue significativamente mayor que la angustia real del trabajo de parto. Así mismo, se encontró que las expectativas de las mujeres nulíparas sobre el trabajo de parto fueron significativamente más negativas que las de las mujeres multíparas. Por otra parte, se destaca que las mujeres embarazadas que anticiparon una experiencia positiva fueron significativamente más propensas a calificar posteriormente su experiencia como positiva.

2.1.7 Cambios de humor en el posparto: Miller (2016) señala que desde principios de la década de 1950, la literatura médica ha incluido relatos descriptivos de los cambios de humor que se presentaban después del parto, destacado el llanto y la labilidad del estado de ánimo. Los primeros estudios sobre estos cambios se basaron en la suposición de que éstos eran manifestaciones leves de psicopatología, en particular de depresión, por lo que éste fenómeno

se denominó tristeza posparto o *baby blues* y para medirlo, se utilizaron variantes de cuestionarios que medían la depresión y los trastornos de ansiedad. Posteriormente, se abordó el estudio de los estados de ánimo posparto utilizando instrumentos que medían el espectro emocional completo, incluyendo los estados de ánimo positivos, y de entre estos, la escala que de acuerdo a Miller (2016) es la más sistematizada y con mayor validez psicométrica es la de *Blues Scale* desarrollada por Kennerley & Gath (1989, citados en Miller, 2016), la cual es una escala de autoinforme de 28 ítems que abarca una variedad de estados de ánimo positivos y negativos, derivados de entrevistas con madres puérperas. Esta escala no asume que las emociones positivas y negativas estén en un continuo, sino que es posible experimentar simultáneamente felicidad y tristeza.

Wilkinson (1999, citado en Miller, 2016), expresa que los cambios en el estado de ánimo, tanto positivos como los negativos se elevan significativamente durante los primeros 10 días después del parto, alcanzando su punto máximo aproximadamente de 3 a 5 días posparto. Henshaw (2003, citado en Miller, 2016) establece que la labilidad del estado de ánimo afecta aproximadamente al 50% de las mujeres en el posparto (Henshaw, 2003, citado en Miller, 2016). Así mismo, otros estudios sugieren que en muchas mujeres, los estados de ánimo inmediatos al posparto pueden ser más intensos y más reactivos a los estímulos, por lo que para estos autores la “reactividad posparto” sería un descriptor más preciso para este período (Miller & Rukstalis, 1999, citados en Miller, 2016, p.12).

2.1.8 Transición a la maternidad: Darvill, Skirton & Farrand (2010) definen el proceso de transición a la maternidad como el período de tiempo que va desde la concepción hasta después del nacimiento, el cual ha sido identificado en la literatura como un evento vital que puede traer muchos desafíos para la mujer y su familia; sin embargo, señalan que a pesar de que existe mucha investigación sobre aspectos específicos de la maternidad, el alcance de la

transición general, en términos del impacto psicológico en la madre, todavía no está del todo claro.

Por su parte, Emmanuel & St. John (2010, citados en Miller, 2016, p.13), han conceptualizado el proceso de transición a la maternidad como un conjunto de desafíos psicológicos, entre los cuales se incluyen:

- a. El cambio de una realidad conocida a una desconocida.
- b. La adopción de una nueva identidad materna, con sentimientos, comportamientos y habilidades asociados a la misma.
- c. Renegociación de los roles sociales, como la situación laboral, la relación con la pareja y los roles dentro de la familia extendida.
- d. La necesidad de encontrar un balance entre las múltiples demandas, cambios y desajustes propios de la etapa.
- e. La experimentación de pérdidas, como la de control, del sueño, de su libertad, autonomía y del sentido de sí misma.

Miller (2016) sostiene que a transición a esta etapa conlleva un proceso de adaptación normal que puede implicar tanto angustia como crecimiento y desarrollo personal, afirmando que la angustia puede intensificarse si la mujer no se siente preparada para la maternidad, es decir, si no ha tenido tiempo suficiente para sentirse lista para asumir el rol y si se encuentra aislada de sus redes sociales de apoyo.

Por último, es importante resaltar que el contexto cultural puede influir fuertemente en la transición a la maternidad, pues las diferentes culturas varían en la manera en que expresan diferentes prácticas y rituales para apoyar, educar y honrar a las nuevas madres (Wile & Arechiga, 1999, citados en Miller, 2016), lo cual puede facilitar o dificultar el ajuste psicológico a esta etapa.

2.2. Cambios conductuales

Miller (2016) afirma que durante la etapa perinatal, las mujeres pueden experimentar importantes cambios, mismos que en algunos casos pueden implicar modificaciones en sus hábitos y estilo de vida, lo cual no siempre es sencillo, sin embargo, tienen una gran influencia en la salud materna tanto en el corto, mediano y en ocasiones hasta en el largo plazo (Miller, 2016).

Los cambios que se analizan en esta sección son los concernientes con los patrones de sueño, actividad física, actividad sexual y la alimentación.

2.2.1 Cambios en los patrones de sueño: La mayoría de las mujeres embarazadas experimentan cambios relacionados con sus patrones y calidad de sueño, los cuales varían según el trimestre del embarazo. Miller (2016) explica que en el primer trimestre, la somnolencia diurna aumenta, lo que trae consigo un incremento en el tiempo total de sueño, debido a las siestas adicionales, así mismo, los despertares nocturnos se vuelven más frecuentes y la calidad general del sueño disminuye. En el segundo trimestre, el tiempo total de sueño a menudo se normaliza, pero en algunas mujeres persisten despertares nocturnos relativamente frecuentes. En el tercer trimestre, los despertares nocturnos aumentan aún más, con un promedio de 3 a 5 veces por noche. El malestar físico y el aumento de la frecuencia urinaria son razones comunes para la interrupción del sueño, lo que trae como consecuencia somnolencia y siestas diurnas. En general, la calidad del sueño disminuye durante el embarazo, con una reducción de la eficiencia del sueño (el tiempo que se pasa dormido en relación con el tiempo total que se pasa en la cama) y un tiempo reducido en las partes restauradoras del ciclo del sueño (Ross et al., 2005, citado en Miller, 2016).

En el posparto, la alteración del sueño y la fatiga aumentan en la mayoría de las mujeres (Gay et al., 2004, citado en Miller, 2016), incluso si toman siestas

diurnas, el descanso reparador se reduce sustancialmente (Ross et al., 2005). El 60% de las mujeres reportan cansancio extremo en el periodo comprendido entre las 0 y las 8 semanas posparto, y la cifra disminuye al 49% entre las semanas 17 a 24 semanas, sin embargo, permanece significativamente elevada en comparación con el estado previo al embarazo (Thompson, Roberts, Currie & Ellwood, 2002, citados en Miller, 2016). Los despertares frecuentes de los bebés tienen un impacto directo en la alteración del sueño materno y la fatiga, misma que a su vez afecta la calidad de vida en el posparto, influyendo negativamente en el autocuidado y en el funcionamiento ocupacional y social (Troy, 1999; Gay et al., 2004, citados en Miller, 2016). En este sentido, Bennett e Idman afirman que la falta de sueño puede hacer que una madre deambule por la casa como perdida en la niebla (2019, p.15), pues un descanso adecuado es fundamental para la salud, por lo que si no se satisfacen las necesidades de sueño, tanto la capacidad de concentración, como el razonamiento en las actividades cotidianas pueden verse severamente comprometidos, trayendo consigo un aumento en la irritabilidad.

2.2.2 Actividad física: Los niveles de actividad física durante el embarazo tienen un una impacto significativo en la salud física y mental materna, así como en el trabajo de parto y en el posparto, sin embargo, Miller (2016) sostiene que para evaluar con precisión la actividad física perinatal, es importante definirla en términos generales, tomando en consideración todos los comportamientos que consuman energía, incluidas las tareas del hogar, de cuidado, el esfuerzo ocupacional, el transporte, las actividades de ocio, los deportes y el ejercicio intencionado, expresando que esta definición ampliada es necesaria debido a que existe evidencia de que entre el 81% y el 94% del gasto energético total de las mujeres embarazadas surge de la combinación de actividades domésticas, de cuidado y ocupacionales, mientras que solo del 4% al 15% proviene de los deportes o el ejercicio (Schmidt, Pekow, Freedson, Markenson & Chasan-Taber, 2006, citados en Miller, 2016).

En general, la actividad física tiende a disminuir durante el embarazo en comparación con los niveles previos al mismo, adicionalmente, el gasto energético disminuye, especialmente durante el tercer trimestre (Schmidt et al., 2006, citado en Miller, 2016); sin embargo, la actividad se recupera después del parto, pero a menudo no vuelve a los niveles previos al embarazo. En el posparto, la caminata tiende a volver a los niveles previos al embarazo, pero el ejercicio más vigoroso tiende a permanecer más bajo que antes del embarazo (Pereira et al., 2007, citado en Miller, 2016).

De acuerdo con datos del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG por sus siglas en inglés), el porcentaje de mujeres que no cumplen con las recomendaciones mínimas de ejercicio para mantenerse sanas, es decir, con al menos 30 minutos al día de ejercicio moderado la mayoría o todos los días del embarazo, aumenta durante el embarazo y el posparto, salvo aquellas que cuentan con contraindicaciones médicas u obstétricas específicas (ACOG, 2002, citado en Miller, 2016). Los factores que influyen en la reducción de la actividad física durante el embarazo incluyen fatiga, preocupación por el efecto del ejercicio en el feto, malestar físico y las limitaciones físicas propias del embarazo (Cramp & Bray, 2009, citado en Miller, 2016), mientras que los principales predictores de inactividad física durante el embarazo son un índice de masa corporal alto antes del embarazo, hijos previos y bajos niveles educativos (Donahue et al., 2010; Fell et al., 2009, citados en Miller, 2016). El nivel de actividad física previo al embarazo es el predictor más fuerte del nivel de actividad durante el mismo (Chasan-Taber et al., 2007, citados en Miller, 2016). Entre las actividades físicas preferidas durante el embarazo se encuentran la natación, la gimnasia prenatal, el yoga y las caminatas.

En el posparto, muchas mujeres tienen menos tiempo para el ejercicio recreativo, pero pueden estar cuidando a sus bebés de manera físicamente activa. En un estudio llevado a cabo por Borodulin y sus colegas, se

evaluaron las actividades recreativas, ocupacionales y de cuidado, tanto al interior del hogar como al aire libre en mujeres embarazadas y posparto, se encontró que las actividades de cuidado representaron el 30% del nivel de actividad total a los 3 meses posparto y el 34% a los 12 meses posparto (2009, citados en Miller, 2016).

2.2.3 Actividad sexual: En algunas mujeres existe la creencia de que las relaciones sexuales son naturales durante el embarazo (Gokyildiz & Beji, 2005, citados en Miller, 2016), sin embargo, Miller (2016) expresa que los estudios han encontrado una disminución en varios aspectos del funcionamiento sexual según avanza el embarazo. Se ha descubierto que algunas mujeres embarazadas tienen un menor deseo sexual, que inician con menos frecuencia la actividad sexual, así como también que presentan una disminución en su capacidad de respuesta cuando su pareja inicia la actividad sexual, pues en algunas existe dolor coital, lo que se ve reflejado en una reducción de la duración del coito (Fox, Gelber & Chasen, 2008; Gokyildiz & Beji, 2005; Sacomori & Cardoso, 2010, citados en Miller, 2016). La reducción del interés por el sexo puede verse influida por el temor a dañar al feto o de iniciar el parto, así como también por preocupaciones sobre la imagen corporal, el atractivo y la incomodidad física. Existe evidencia de que las parejas que cambian a posiciones sexuales más cómodas pueden mantener con mayor facilidad la actividad sexual durante el embarazo (Gokyildiz & Beji, 2005; Sacomori & Cardoso, 2010, citados en Miller, 2016).

En lo que corresponde a la reanudación de la actividad sexual posparto, muchos médicos recomiendan esperar hasta las 6 semanas posteriores al parto (Johnson, 2011, citado en Miller, 2016). En un estudio llevado a cabo por Barrett y sus colegas se encontró que la mayoría de las mujeres habían reanudado la actividad sexual a los 3 meses después del parto y que el 11% de las participantes no habían reanudado la actividad sexual a los 6 meses

después del parto por razones tan diversas como la falta de pareja, la fatiga, los problemas físicos como por ejemplo un perineo sin cicatrizar, la disminución de la libido, la anticoncepción y la sensación de falta de atractivo (2000, citados en Miller, 2016).

Johnson (2011, citado en Miller, 2016), afirma que durante el posparto las mujeres pueden obtener niveles más altos de satisfacción sexual al incluir formas de expresión sexual distintas del coito, usar lubricantes vaginales y practicar posiciones que permitan un mayor control sobre la profundidad de la penetración.

2.2.4 Patrones alimenticios: Durante el embarazo aumentan los requerimientos de algunos nutrientes, particularmente durante la segunda mitad de la gestación (King, 2000, citado en Miller, 2016), razón por la cual la mayoría de las mujeres informan de un aumento del apetito a medida que avanza el embarazo (Rofe et al., 1993, citados en Miller, 2016). Las mujeres con acceso o ingesta limitada de alimentos y con un estilo de vida que implica actividad física vigorosa, hacen ajustes metabólicos más marcados, por lo que cuando estos ajustes son insuficientes y sus reservas de grasa son mínimas, el crecimiento fetal se ve afectado y el suministro de leche se ve comprometido. En contraste, cuando las mujeres tienen acceso o ingesta de alimentos ricos en calorías y tienen estilos de vida sedentarios, puede presentarse un aumento de peso excesivo durante el embarazo y una retención de peso posparto. Adicionalmente, si la mujer tiene antecedentes de fluctuaciones de peso, dieta y preocupaciones por comer demasiado, se asocia con un aumento de peso excesivo durante el embarazo (Mumford, Siega-Riz, Herring & Evenson, 2008, citados en Miller, 2016).

Así mismo, los hábitos alimenticios durante el embarazo pueden verse influidos por diversos factores entre los que se encuentran los antojos y las aversiones a ciertos alimentos, las náuseas y el contexto sociocultural; ya

que por ejemplo en algunas culturas existe la creencia de que la ingestión excesiva o insuficiente de alimentos que se le antojaron a la madre durante el embarazo puede influir en las características de un bebé, así como también existen creencias sobre determinados alimentos y su capacidad de afectar el trabajo de parto. Otra influencia contextual clave es que algunas mujeres tienen menos acceso a alimentos saludables en sus trabajos, en sus vecindarios o dentro de sus grupos sociales y familiares (Rofe et al., 1998; King, 2000; Fowles & Fowles, 2008, citados en Miller 2016).

2.3 Cambios Cognitivos

Miller (2016, p. 19) afirma que en relación a los cambios cognitivos que se presentan durante el periodo perinatal, existen dos interrogantes que ha recibido atención especial, la primera se relaciona con el hecho de saber si las funciones cognitivas como la memoria y la atención se ven afectadas por el embarazo y el parto y, si es así, saber si empeoran o mejoran, y la segunda, busca conocer los procesos cognitivos que influyen en la autoevaluación que las mujeres tienen sobre su propio funcionamiento materno.

Si bien no existen respuestas definitivas a estas preguntas, en esta sección se presentan algunos datos que permitirán tener una mejor comprensión sobre los cambios cognitivos propios de esta etapa.

2.3.1 Memoria y atención: Existe la creencia de que durante el periodo perinatal, se deterioran algunas funciones cognitivas, como la memoria y la concentración, de hecho, este fenómeno ha llegado a conocerse en la cultura popular como "cerebro de mamá" o "*mommy brain*" en inglés (Ellison, 2005, citado en Miller, 2016). Sin embargo, datos recientes sobre la plasticidad y la reorganización neuronal perinatal han llevado a la hipótesis de que las funciones de memoria y atención mejoran con la maternidad y esto se ha demostrado en estudios

con ratas en etapa perinatal, las cuales mostraron un mejor aprendizaje espacial en comparación con ratas nulíparas de la misma edad (Gatewood et al., 2005, citados en Miller, 2016). En humanos, un estudio de imágenes de resonancia magnética estructural mostró un aumento del volumen de materia gris en varias áreas del cerebro: corteza prefrontal, lóbulos parietales, hipotálamo, sustancia negra y amígdala, entre los 3-4 meses posparto, en comparación con el valor inicial obtenido entre las semanas 2-4 posparto, resaltando que las percepciones positivas de la madre sobre el recién nacido en las primeras semanas posparto predijeron aumentos en el volumen de materia gris en las áreas del mesencéfalo a los 3 a 4 meses posparto; así mismo, cabe señalar que ninguna región del cerebro mostró reducciones en el volumen de materia gris durante el posparto (Kim et al., 2010, citados en Miller, 2016)

Miller (2016) señala que algunos estudios que han intentado medir los efectos del embarazo y el período posparto sobre la memoria y la atención de las mujeres, han encontrado que las madres perciben deterioros subjetivos tanto de la memoria como de la atención, por ejemplo, entre un 50% y 80% de las participantes de un estudio informaron deterioro cognitivo durante el embarazo (Henry & Rendell, 2007, citados en Miller, 2016). Por el contrario, los resultados de las pruebas objetivas para los deterioros cognitivos perinatales han sido mixtos, pues la mayoría de los estudios no han logrado encontrar diferencias cognitivas entre mujeres embarazadas y no embarazadas, y los estudios que han encontrado deterioros cognitivos no han mostrado una imagen consistente del tipo y patrón del deterioro (Cuttler, Graf, Pawluski & Galea, 2011, citados en Miller, 2016).

Existen dos hipótesis que diversos autores (Crawley, Grant & Hinshaw, 2008; Cuttler et al., 2011, citados en Miller, 2016) dan sobre los resultados de los informes subjetivos en relación al deterioro cognitivo perinatal, mismos que resultan complejos de demostrar objetivamente. La primera es que las mujeres

están influenciadas por estereotipos culturales que las llevan a atribuir en exceso los deslices cognitivos normales al embarazo o el posparto, y la segunda sostiene que las mujeres en etapa perinatal perciben correctamente que tienen deficiencias sutiles en tareas cognitivas complejas en aspectos de la vida cotidiana, mismas que las pruebas de laboratorio no captan, dado que éstas miden los procesos cognitivos incorrectos y lo hacen en circunstancias controladas y simples, es decir, sin tomar en cuenta las distracciones, responsabilidades y tareas que éstas mujeres tienen en la vida cotidiana.

Miller (2016) asegura que varios estudios han intentado abordar estas dos hipótesis. Por ejemplo, para abordar la primera hipótesis, se llevó a cabo un estudio longitudinal controlado (Crawley, Dennison & Carter, 2003, citados en Miller, 2016) el cual empleó medidas objetivas y subjetivas de atención enfocada, atención dividida y memoria verbal durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo y posteriormente entre el primer y segundo mes posparto y entre el mes diez y el trece posparto, con intervalos de tiempo equivalentes para las mujeres no embarazadas. En los resultados no hubo diferencias significativas en el desempeño en ninguna de las pruebas objetivas entre las mujeres embarazadas y las mujeres no embarazadas; sin embargo, las mujeres embarazadas calificaron su memoria y capacidad de atención como peores en comparación tanto con las calificaciones que se dieron a sí mismas las mujeres no embarazadas, como con las propias seis meses antes, cuando no estaban embarazadas.

Por otra parte, en relación a la segunda hipótesis, en un estudio llevado a cabo por Cuttler et al. (2011, citados en Miller, 2016), se encontró que el rendimiento de las mujeres embarazadas no fue diferente al de las mujeres no embarazadas en las pruebas cognitivas de laboratorio, pero sí fue más bajo que el de las mujeres no embarazadas en dos de las tres medidas de campo naturalistas de la memoria, pues específicamente debían recordar llamar y enviar algo por correo al laboratorio, teniendo así que el 100% de las participantes no

embarazadas se acordó de llamar, mientras que solo el 83,33% de las participantes embarazadas lo hizo y el 69,57% de las participantes no embarazadas recordaron enviar el paquete por correo, mientras que sólo el 46,67% de las participantes embarazadas lo hicieron. En esta misma línea, en un estudio llevado a cabo por Rendell & Henry (2008, citado en Miller, 2016) se encontró que las mujeres embarazadas obtuvieron los mismos puntajes que las mujeres no embarazadas en una prueba de memoria prospectiva en el laboratorio, en la cual se utilizó un juego de mesa que simulaba tareas de la vida real, pero obtuvieron puntajes más bajos en una tarea naturalista de registro del tiempo fuera del laboratorio.

En resumen, Miller (2016) expresa que si es que realmente el embarazo daña la cognición, la investigación sugiere que esta deficiencia no es particularmente importante para la mayoría de las mujeres, pues incluso en los estudios que han encontrado una reducción en ciertas funciones de la memoria durante el embarazo, las puntuaciones de las mujeres embarazadas permanecen dentro del rango normal (Mickes, Wixted, Shapiro & Scarff, 2009, citados en Miller, 2016). Un factor que es importante destacar es el hecho de que un número significativo de mujeres embarazadas informó de un aumento del cansancio, lo cual tiene una posible influencia en la memoria y la atención, sin embargo éste es un tema que de acuerdo con Miller (2016) no se ha abordado de manera sistemática en los estudios de cognición durante la etapa perinatal.

2.3.2 Autevaluación: Miller (2016) afirma que durante el embarazo, las mujeres desarrollan pensamientos auto-evaluadores sobre sus capacidades maternas. Según Farrow & Blissett (2007, citados en Miller, 2016), el término autoestima materna se refiere a la evaluación general que una mujer hace de su capacidad de crianza, mientras que la autoeficacia materna se refiere a su capacidad para producir los resultados específicos deseados a través de la crianza, por ejemplo, ayudar a su bebé a dormir toda la noche. Dichos autores postulan que ambos conceptos tienen un impacto sobre el comportamiento de los padres, la salud

mental materna y los resultados en el niño, pues la baja autoestima y baja autoeficacia maternas se han relacionado con prácticas parentales más punitivas y controladoras, así como también con problemas de conducta infantil.

El *Maternal Self-Report Inventory* o Inventario de autoinforme materno (Shea & Tronick, 1988, citados en Miller, 2016) se utiliza para medir la autoestima materna. Farrow & Blissett (2007, citados en Miller, 2016) utilizaron una versión modificada del mismo para estudiar el impacto de las cogniciones prenatales, incluida la autoestima y las creencias fundamentales de la madre y sus efectos en la autoestima materna posparto. Ejemplos de elementos en esta escala son: "Siento que haré un buen trabajo cuidando a mi bebé", "Me preocupa si le agradaré a mi bebé" y "Me siento segura de poder enseñarle a mi bebé nuevas cosas." Las respuestas están en una escala Likert de 5 puntos. Utilizando las puntuaciones de este inventario, se ha encontrado que la autoestima materna durante el embarazo predice la autoestima materna posparto.

Así mismo, se ha encontrado que ciertas creencias fundamentales predicen la autoestima materna posparto independientemente de la autoestima prenatal o si existía algún tipo de psicopatología; específicamente, se encontró que las creencias centrales prenatales relacionadas con la desconexión y el rechazo predicen una menor autoestima materna posparto, así como también las creencias de que los demás no brindarán apoyo emocional, que otros no estarán disponibles y que no se puede confiar en los demás (Young, 1994, citado en Miller, 2016).

Por último, Miller (2016) sostiene que después de que una mujer ha dado a luz, sus expectativas sobre la maternidad afectan fuertemente su autoevaluación como madre. Algunas investigaciones sobre la autoevaluación materna se basan en la premisa de que el funcionamiento normal del posparto incluye la capacidad de mantener o retomar roles sociales previos, a la vez que se desempeña el rol de madre; sin embargo, las mujeres pueden diferir en su

deseo o necesidad de retomar sus roles, pudiendo elegir entre la reanudación de sus roles previos a la maternidad añadiendo su rol de madre o decidiendo enfocarse únicamente en su nuevo rol, con los cuidados, tareas y actividades que el mismo le implicará (Emmanuel & St. John. 2010, citados en Miller, 2016).

Después de revisar algunos de los principales cambios psicológicos, conductuales y cognitivos que se presentan en la etapa perinatal y a manera de conclusión, es importante hacer énfasis en el hecho de que cada mujer vive esta etapa de manera diferente, por lo que la naturaleza y el alcance de estos cambios variarán de una mujer a otra, pues como lo afirma Miller (2016), la mayoría de las mujeres reconocen y aceptan sus embarazos desde el inicio, sin embargo, hay otras que experimentan diferentes niveles de negación al mismo. Muchas mujeres disfrutan de la sensación de tener una vida dentro de ellas; mientras que otras lo experimentan como algo intrusivo. Algunas mujeres se sienten especialmente bellas y atractivas durante el embarazo, mientras que otras sienten una pérdida de atractivo a medida en que el embarazo avanza. La mayoría de las mujeres embarazadas se preocupan por los diferentes asuntos relacionados con el embarazo y el parto, pero los detalles y la magnitud de estos difieren de mujer a mujer, pudiendo verse influenciadas por sus expectativas, cultura, etc. Además de las múltiples variaciones que puede haber de mujer a mujer, otro factor importante es que para muchas mujeres algunos de estos cambios pueden durar más allá del periodo perinatal e incluso influir en su estilo de vida y salud a futuro.

Al final, lo más importante es la comprensión del hecho de que existe una amplia gama de reacciones y cambios perinatales normales y que no existe una única forma en que una mujer "debería" sentirse en y sobre su embarazo y maternidad.

Las reacciones individuales siempre estarán influenciadas por el temperamento, la experiencia, el estilo cognitivo, el contexto interpersonal y sociocultural y otros factores, sin embargo, dentro del espectro de reacciones normales, Miller (2016)

sostiene que hay algunas que les confieren más vulnerabilidad que otras, de ahí la importancia de que los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con estas mujeres, así como también los integrantes de sus redes de apoyo más cercanas, conozcan los síntomas y cambios normales, pues al estar familiarizados con los cambios rutinarios relacionados con el embarazo y posparto, podrán reconocer los patrones de comportamiento que se desvían de lo normal, para que puedan discernir entre los síntomas y cambios que exigen tratamiento y los que solo requieren tranquilidad y legitimación.

CAPÍTULO 3. Intervenciones para la prevención y promoción de la salud mental y el bienestar de las madres en etapa perinatal

El proceso de transición a la maternidad es complejo y como se mencionó en el capítulo anterior, implica una serie de cambios en múltiples aspectos y niveles, los cuales pueden vulnerar tanto a la madre como al bebé y a la familia en general; razón por la cual algunas madres podrían requerir de un apoyo en especial para sobrellevar los cambios propios de la etapa y así lograr una adaptación saludable a la misma, para de esta forma responder de manera sensible a lo que las circunstancias vayan requiriendo de ellas, pues como lo afirma Hidalgo (2009), las necesidades de apoyo se agudizan en los momentos de transición, y son especialmente importantes durante el proceso de transición a la maternidad (p. 149). Sin embargo, desafortunadamente no todas las madres que requieren la ayuda la solicitan por diversos factores, por ejemplo el desconocimiento de que la requieren, vergüenza, la falta de apoyo de familiares o de la red más cercana, etcétera. Es por ello que tanto el conocimiento de los cambios normativos o más frecuentes en esta etapa, mismos que se desarrollaron en el capítulo anterior, como las intervenciones para prevenir y promover la salud mental en esta etapa son fundamentales.

Esto quedó demostrado en un estudio llevado a cabo por Nagle & Farrelly (2018) en un hospital de maternidad irlandés, cuyo objetivo era explorar las opiniones y experiencias de las mujeres cuando se tomaban en cuenta sus necesidades de salud mental en el periodo perinatal. Las mujeres que participaron en este estudio refirieron apreciar cuando los profesionales de la salud con los que tenían contacto les preguntaban sobre su salud mental, pues las hacía sentirse atendidas. A todas las mujeres que participaron se les preguntó acerca de su salud mental al menos una vez durante el embarazo, y se les preguntó con más frecuencia a quienes habían revelado antecedentes de problemas de salud mental.

Entre las preguntas que se hicieron a las participantes se encuentran las siguientes: ¿Cómo describiría su salud mental durante el embarazo y el periodo posnatal?,

¿Cuál fue su experiencia cuando le preguntaron sobre su salud mental durante dicha etapa?, ¿Cómo se sintió al hablar sobre su salud mental con otros profesionales de la salud?, ¿Hay algo sobre lo que se le haya dificultado hablar sobre su salud mental?, ¿Completó alguna herramienta de evaluación de salud mental en cualquier momento durante el embarazo o el posparto?, de ser así, ¿Qué tipo de cosas pudo revelar?, ¿Qué le pareció completar dicha herramienta?, si mencionó algún problema de salud mental, ¿Cómo respondieron los profesionales de la salud?, ¿Qué apoyo se le ofreció?, ¿Prefiere que se le pregunte sobre su salud mental a través de un profesional de la salud o por medio de un instrumento? (Nagle & Farrelly, 2018, p.81)

Entre los hallazgos más relevantes en concordancia con los propósitos de este trabajo, se encontró que las participantes refirieron no saber cuáles eran las emociones "normales" o "anormales" durante el embarazo y el período posnatal; lo cual ya había sido identificado anteriormente como un impedimento para la búsqueda de ayuda (Kingston et al., 2015^a, citados en Nagle & Farrelly, 2018). Así mismo, las mujeres expresaron que el enfoque de las citas de revisión prenatales estaba centrado en la salud física, con poca indagación sobre su bienestar emocional. Por otra parte, su percepción respecto al poco tiempo de duración de las citas y sobre la carga de trabajo del personal, hacía que les resultara difícil hablar sobre sus problemas o pedir ayuda si la necesitaban. Esto también ha sido identificado previamente como una barrera para la revelación de problemas de salud mental. Así mismo, otras barreras que se identificaron para pedir ayuda incluyen la falta de continuidad en la atención, el miedo a ser juzgada como una mala madre, ser denunciada ante los trabajadores sociales y el estigma de ser etiquetada como "paciente mental". Es por ello que para Murphy (2017, citado en Nagle & Farrelly, 2018), es crucial cambiar las percepciones sobre la salud mental y las parteras en el caso particular de este estudio, pero en otros contextos aplica para otros profesionales de la salud que estén en contacto con las mujeres durante el periodo perinatal, pues están en una posición ideal para fomentar un ambiente cómodo y de apoyo donde las mujeres puedan discutir sus preocupaciones.

Existen múltiples intervenciones dirigidas a las mujeres en el periodo perinatal, cuya finalidad se centra en la promoción de la salud mental y el bienestar de las madres y familias en esta etapa, algunas de las cuales son impartidas por profesionales de la salud y están sustentadas en diferentes enfoques teóricos y otras de acuerdo a Fisher, Holton & Rowe (2016), son impartidas por personas que no necesariamente cuentan con formación profesional pero que están interesadas en el tema, por lo que a través de grupos comunitarios o iniciativas de apoyo entre pares, buscan crear un espacio para comprender y compartir sus experiencias y necesidades emocionales.

Con la finalidad de conocer un poco más sobre las intervenciones que se están llevando a cabo para apoyar a las mujeres en periodo perinatal, el objetivo del presente capítulo es hacer una breve revisión de intervenciones basadas en evidencia; en particular de las intervenciones existentes que se encuentran sustentadas en el Modelo Cognitivo Conductual, enfocadas en la prevención de la depresión y la ansiedad perinatal, trastornos con mayor prevalencia durante esta etapa. Se elige este modelo debido a que diversas revisiones sistemáticas (Sokol et al., 2013; Werner, Miller, Osborne, Kuzava & Monk, 2015, citados en Rodríguez-Muñoz et al., 2021, p. 612) que demuestran que las intervenciones basadas en el mismo son eficaces para la prevención y el tratamiento de la depresión y la ansiedad perinatal, por ejemplo, para ésta última, se llevó a cabo un metaanálisis en el que se demuestra la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el tratamiento de la ansiedad en el periodo perinatal (Maguire, Clark & Wooton, 2018, citados en Rodríguez-Muñoz et al., 2021, p. 617), ya que como lo mencionan Rodríguez-Muñoz et al., este enfoque se centra en identificar y cuestionar los pensamientos distorsionados y aprender técnicas y habilidades para modificar patrones desadaptativos de comportamiento (2021, p. 612). Antes de continuar, es preciso aclarar que en éste capítulo se hace énfasis en las intervenciones con enfoque preventivo.

Una vez aclarados estos puntos, se presentan algunos ejemplos de intervenciones que han sido el resultado de adaptaciones de la Terapia Cognitivo Conductual;

algunas de las cuales fueron diseñadas para ser impartidas tanto en formato individual y/o grupal y de forma presencial o a distancia, con la finalidad de mejorar la accesibilidad y la aceptación de estas intervenciones para las mujeres que se encuentran en el periodo perinatal.

3.1 Intervenciones para la prevención de la depresión en el periodo perinatal

3.1.1 Mamás y Bebés (M.B.) es una intervención desarrollada y adaptada a partir del programa de prevención de la depresión basado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), el cual enfatiza la importancia de las realidades subjetivas internas y externas en el mantenimiento de un estado de ánimo saludable. Este programa se impartió por primera vez a un grupo de mujeres embarazadas de ascendencia mexicana que vivían en California, con el objetivo de prevenir y reducir la incidencia de episodios depresivos mayores en el periodo posparto (Muñoz et al., 2007, citado en Segre, O'Hara & Perkhounkova, 2016).

En un inicio, la intervención grupal tenía una duración de 12 sesiones y su diseño tomaba en cuenta factores socioculturales relevantes para una población culturalmente diversa y de bajos ingresos, con la intención de enseñar a las participantes a reconocer qué pensamientos, comportamientos y contactos sociales tenían influencia en su estado de ánimo, así como también mostrarles el efecto del estado de ánimo en su salud y los beneficios del fortalecimiento del vínculo materno-infantil (Muñoz et al., 2007).

Posteriormente, se crearon adaptaciones de 8 y 6 sesiones respectivamente (Le, Perry y Stuart, 2011; Tandon, Perry, Mendelson, Kemp y Leis, 2011, citados en Segre, O'Hara & Perkhounkova, 2016), todas con resultados positivos, es decir, con disminución de sintomatología depresiva.

El programa ha sido replicado y adaptado en diferentes partes del mundo. Un ejemplo de esta adaptación es el programa Mamás y Bebés con sede en la Universidad de Northwestern en los Estados Unidos de América, el cual se centra

en tres áreas específicas: fomentar una mayor participación en actividades agradables, mejorar el apoyo social y promover formas de pensar más saludables. Así mismo este programa ofrece a las madres un conjunto de herramientas para que observen su estado de ánimo, anoten los factores que lo afectan, y así realicen cambios en su vida diaria que puedan influir en estas áreas. Este programa se encuentra basado en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC), en la teoría del apego y la psicoeducación. Está diseñado para que pueda ser impartido por proveedores clínicos o comunitarios con diferentes formaciones educativas y previamente capacitados. Se puede brindar en formato grupal o individual en lugares en donde las mujeres embarazadas y las nuevas madres acceden a diferentes servicios (Northwestern Mothers & Babies, 2021).

Un ejemplo de la intervención de seis sesiones es la llevada a cabo por Tandon et al., (2011, citados en Segre, O'Hara & Perkhounkova, 2016), la cual se dirigió a mujeres afroamericanas con síntomas depresivos elevados que estaban inscritas en un programa de visitas domiciliarias. El curso fue impartido en formato grupal por un trabajador social clínico y por un psicólogo clínico, y constó como se mencionó anteriormente de seis sesiones, las cuales fueron divididas en tres módulos de dos sesiones, en los cuales se abordaron tres conceptos clave de la terapia cognitivo conductual: actividades agradables, pensamientos adaptativos e interacciones sociales positivas. En esta adaptación, un visitador domiciliario llevó a cabo sesiones de refuerzo entre sesiones de grupo; específicamente, la facilitadora presentó “tarjetas de refuerzo” para fortalecer los temas clave vistos en la sesión grupal. Así mismo, las participantes recibieron recordatorios por correo electrónico y por teléfono antes de cada sesión y con la finalidad de reducir las barreras logísticas para asistir al tratamiento, las participantes recibieron transporte y cuidado infantil, así como también se sirvió una comida en cada sesión. Los resultados de la evaluación fueron positivos, el curso MB fue bien recibido entre este grupo de mujeres, en promedio, las participantes asistieron a 4.8 de las seis sesiones, los síntomas depresivos también mejoraron significativamente, pues las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck-II fueron significativamente más bajas una

semana después de la intervención y esa mejora estadísticamente significativa se mantuvo en la evaluación realizada a los 3 meses.

3.1.2 *Be a Mom* o Ser Madre, es una intervención autoguiada, basada en la web, la cual fue desarrollada por Fonseca y sus colegas (2018), que además de utilizar los principios de la Terapia Cognitivo Conductual, incorpora contribuciones recientes de los enfoques basados en la compasión y en la aceptación y compromiso (enfoques de tercera ola) aplicados al contexto perinatal. Se dirige a mujeres en la etapa perinatal y su objetivo es la prevención de la depresión posparto. Tiene una configuración que se actualiza semanalmente, en la que cada uno de los 5 módulos aborda una o dos temáticas específicas, por ejemplo: los cambios y las reorganizaciones que se presentan durante la transición a la maternidad, las emociones y los pensamientos, las relaciones con otros, la relación de pareja, los signos y síntomas de la depresión y la búsqueda de ayuda. En cada módulo después de la presentación de los objetivos de la sesión, se presentan los contenidos temáticos utilizando herramientas psicoeducativas (texto, audio, video y animaciones) y ejercicios interactivos con herramientas de retroalimentación personalizada (en función de las respuestas del usuario) para apoyar el aprendizaje. El contenido de los módulos se personaliza según las necesidades del usuario (por ejemplo, el contenido relacionado con la promoción de la satisfacción e intimidad de la pareja no se muestra en el caso de madres solteras). Al final de cada módulo, se presenta un video de 2-3 minutos en el que un profesional de salud mental sintetiza el contenido principal del módulo, y se asigna a los usuarios una actividad de tarea para garantizar la práctica terapéutica (Fonseca et al., 2018, citados en Fonseca et al., 2020).

Es así como al combinar estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual para la prevención de la depresión con estrategias que abordan preocupaciones específicas del período perinatal, este programa aborda simultáneamente la minimización de los factores de riesgo de la depresión posparto y la promoción de procesos y/o habilidades psicológicas basados en la TCC que pueden ayudar a

prevenir el establecimiento de un diagnóstico de depresión (Fonseca et al., 2018, citados en Fonseca et al., 2020, p.617).

En un estudio que tuvo como objetivo explorar los procesos que subyacen al cambio terapéutico en la intervención *Be a Mom*, se encontró que este programa promueve una mejora en las habilidades de regulación de las emociones de las mujeres y en la autocompasión, y esto parece ejercer un efecto protector en presencia de los factores de riesgo de depresión posparto o los síntomas de aparición temprana de la misma, puesto que condujo a una reducción de los síntomas depresivos (Fonseca et al., 2019).

3.1.3. *MomMoodBooster*

El programa *MomMoodBooster* (MMB) en Estados Unidos y su versión Australiana *MumMoodBooster* es una intervención interactiva y personalizada basada en la web, la cual se complementa con una serie de llamadas de parte de asesores personales, dirigida a mujeres en etapa perinatal. Esta intervención está basada en una adaptación del tratamiento de Terapia Cognitivo Conductual grupal de Milgrom para la depresión posparto y su objetivo es ayudar a las mujeres a mejorar los síntomas de la depresión posparto. El programa fue desarrollado por Danaher et al., (2013) un equipo multinacional compuesto por investigadores con base en tres organizaciones: *Oregon Research Institute* (ORI por sus siglas en inglés), *Parent-Infant Research Institute* (PIRI por sus siglas en inglés) en Melbourne, Australia, y el *Iowa Depression and Clinical Research Center* (IDCRC por sus siglas en inglés).

Durante 6 semanas, el programa guía a las participantes a través de una serie de seis sesiones secuenciales: (1) Introducción, (2) Manejo del estado de ánimo, (3) Incremento de actividades agradables, (4) Manejo de pensamientos negativos, (5) Aumento de pensamientos positivos y (6) Planificación para el futuro. Cada sesión se abre con una presentación en video con los objetivos y el contenido de la sesión. Así mismo, este programa alienta a las participantes a personalizar el contenido de su programa, haciendo listas y estableciendo metas personales y llevando a cabo las prácticas sugeridas en sus rutinas diarias. Las madres pueden imprimir un libro

de trabajo que resume su contenido personalizado al mismo tiempo que proporciona un breve registro del contenido que cubrieron. Así mismo, el programa incluye herramientas que permiten un seguimiento diario, con las cuales pueden monitorear su estado de ánimo y registrar las actividades placenteras; también incluye acceso a una biblioteca de artículos relevantes sobre habilidades de comunicación, obtención de apoyo, manejo del estrés, manejo del tiempo, resolución de problemas, cuidado del bebé, las necesidades del bebé y de la pareja (Danaher et al., 2012)

Adicionalmente, Danaher et al. (2012) sostienen que debido a que en muchos de los casos las madres deprimidas con bebés recién nacidos suelen experimentar el estigma y aislamiento social, se brinda acceso a un foro web privado, en el que las madres pueden publicar un mensaje y leer e interactuar con otras participantes. Por último, los autores señalan que debido a que las parejas tienen un papel muy importante en el apoyo a las madres en su trabajo con el programa, existe una función que permite a las madres invitar a sus parejas a revisar un programa de apoyo en el que se describen aspectos relacionados con la depresión posparto y con las formas en que pueden brindar apoyo a sus parejas.

Tras aplicarse el programa a una muestra de 53 mujeres que cumplieron con los criterios de elegibilidad, es decir <9 meses después del parto, ≥ 18 años de edad, acceso a Internet en el hogar y uso de correo electrónico personal, así como también un puntaje de 12-20 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo o puntaje del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) de 10-19), quienes fueron evaluadas al momento de la selección, así como a los 3 y 6 meses posteriores a la intervención. Las seis sesiones del programa fueron completadas por el 87% de las participantes. Se obtuvieron datos del 89% de las participantes a los 3 meses posteriores a la intervención y del 87% de las participantes a los 6 meses. En la prueba inicial el 55% (29/53) de las participantes cumplían con los criterios PHQ-9 para depresión menor o mayor. En la prueba efectuada a los 6 meses, el 90% (26/29) ya no cumplía dichos criterios. Es así que Danaher et al., (2013) aseguran que sus hallazgos respaldan el uso y la continuación de las evaluaciones del

programa MMB, incluida también su implementación en diferentes entornos clínicos y de salud pública.

3.2 Intervenciones para la prevención de la ansiedad en el periodo perinatal

3.2.1 Protocolo Terapia Cognitivo Conductual Grupal

Green et al. (2015, citados en Soto, 2019,) desarrollaron un Protocolo de Terapia Cognitivo Conductual Grupal (TCCg), el cual habían presentando en el 2015 como un estudio piloto con el que se buscaba apoyar a las mujeres embarazadas para que logaran una disminución de los síntomas de ansiedad y con el cual se obtuvieron reducciones significativas tanto en la medida de ansiedad como en la de depresión (Green et al., 2015, citado en Soto, 2019). Rodríguez-Muñoz et al. (2021) señalan que este protocolo tiene una base transdiagnóstica y que como se demostró en su primera aplicación, también puede ser utilizado cuando se presenta depresión comórbida (p. 617).

Este protocolo consta de seis sesiones a través de las cuales se aplican una serie de intervenciones cognitivas y conductuales con contenidos referentes a creencias, expectativas, predicciones y comportamientos relacionados con la ansiedad, mismos que son comunes en las mujeres durante la etapa perinatal.

Green y sus colegas (2020, citados en Rodríguez-Muñoz et al., 2021, p. 618) estructuran las sesiones de la siguiente manera:

- Sesión 1: Introducción y psicoeducación sobre la ansiedad perinatal, su prevalencia, factores de riesgo y problemas comórbidos, así como también sobre el impacto de los cambios biológicos y psicológicos en salud mental. Se da también una introducción al modelo cognitivo-conductual de ansiedad perinatal, haciendo énfasis en el rol de los pensamientos en el mantenimiento de la angustia y el control de los síntomas.

- Sesión 2: Identificar y cambiar el pensamiento desadaptativo utilizando estrategias para la reestructuración cognitiva.
- Sesión 3: Preocupaciones productivas o “útiles”, *versus* preocupaciones improductivas e “inútiles”, con un enfoque sistemático para la resolución de problemas
- Sesión 4: Orientación del comportamiento problemático, es decir, se lleva a cabo una sesión de psicoeducación sobre el rol que puede tener el comportamiento en el mantenimiento de la angustia, buscando identificar las conductas problemáticas. Así mismo, se introduce a las participantes a los experimentos conductuales basados en la exposición.
- Sesión 5: Manejo de la depresión, a través de la psicoeducación sobre los síntomas depresivos en el periodo perinatal, los factores de riesgo y la prevalencia. Se habla sobre el impacto de las hormonas, los cambios biológicos y psicosociales en el estado de ánimo. Se da una introducción a la activación conductual y programación de actividades. Se enseñan también ejercicios de respiración.
- Sesión 6: Comunicación asertiva, a través de la psicoeducación en comunicación asertiva y otras formas de comunicación, como lo son la pasiva, agresiva y pasivo-agresiva y sus consecuencias. Se lleva a cabo una discusión de las situaciones en las que la comunicación asertiva es particularmente necesaria, así como las estrategias para incrementarla. Se elabora también un resumen de lo aprendido que incluye estrategias para la prevención de recaídas.

Rodríguez-Muñoz et al. (2021) afirman que las mujeres que formaron parte del protocolo TCCg experimentaron reducciones significativamente mayores que el «grupo control» en los síntomas clínicos, así mismo, los datos se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento, y las mujeres experimentaron los beneficios independientemente del estado (embarazo, posparto) y el uso de medicación psicotrópica (p. 617).

3.2.2 *MuMentum*

El programa *MuMentum* es una intervención de Terapia Cognitivo-Conductual por internet no guiada, desarrollada por Loughnan et al., (2019, citados en Rodríguez-Muñoz et al., 2021, p.619), con la finalidad de tratar los síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres en etapa prenatal. Este programa consta de 3 sesiones y fue adaptado de una guía de validación transdiagnóstica de Terapia Cognitivo-Conductual por internet de 6 sesiones, clínicamente validada para adultos con ansiedad y depresión (Newby et al., 2013; Newby et al., 2014, citados en Loughnan et al., (2019).

La intervención fue diseñada con la finalidad de entrenar a las mujeres en habilidades básicas provenientes de la TCC que pudieran ayudarles en el manejo de los síntomas ansiosos y depresivos, buscando así que las mujeres lo completaran antes que terminara su embarazo.

Loughnan et al., (2019) afirman que el contenido de este programa se presenta a través de una historia ilustrada, en la que dos personajes ficticios que experimentaban ansiedad y depresión durante su embarazo aprenden a manejar sus síntomas con la práctica de las habilidades de la TCC. Cada lección contiene diapositivas que describen las historias de los personajes y una introducción a las habilidades básicas de la TCC, seguido por un breve resumen de la sesión y un plan de acción para implementar habilidades aprendidas; así como una variedad de recursos complementarios (por ejemplo, higiene del sueño, preguntas frecuentes, entre otras).

Los contenidos de las tres sesiones se distribuyen de la siguiente manera (Loughnan et al., 2019, p. 384).

Sesión 1:

- Psicoeducación sobre: ansiedad y depresión, identificación de síntomas, Modelo Cognitivo Conductual, priorización del auto-cuidado, síntomas

físicos, apoyo de la pareja y de la red social, respiración controlada, relajación muscular progresiva.

- Recursos adicionales: higiene de sueño, respuesta de lucha o huida, actividades placenteras, preguntas frecuentes, ejemplos adicionales sobre las habilidades de la TCC.

Sesión 2:

- Psicoeducación sobre: pensamientos e identificación de pensamientos desadaptativos o inútiles y cambio de los mismos, aceptación de la incertidumbre, desafío al propio pensamiento, tarjetas de afrontamiento, resolución de problemas.
- Recursos adicionales: comprensión de los pensamientos e imágenes intrusivas, preguntas frecuentes, ejemplos adicionales sobre las habilidades de la TCC.

Sesión 3:

- Psicoeducación sobre: conductas desadaptativas (baja actividad y evitación), afrontamiento de los miedos, planeación de actividades y monitoreo de las mismas, exposición gradual, comunicación asertiva y prevención de recaídas.
- Recursos adicionales: plan de auto-cuidado, preguntas frecuentes, ejemplos adicionales sobre las habilidades de la TCC.

Para evaluar la efectividad del protocolo, Loughnan y sus colegas (2019) reclutaron en línea a un grupo de mujeres mayores de 18 años que se encontraban entre las 13 y las 30 semanas de gestación, con síntomas de posible ansiedad generalizada y/o depresión mayor, pero sin reportes de abuso de sustancias, ni ideaciones suicidas o diagnósticos de esquizofrenia, bipolaridad o depresión severa, los cuales se consideraban criterios de exclusión. Las participantes fueron asignadas de forma aleatoria a un grupo de control o al grupo que recibió tratamiento. Las participantes fueron evaluadas al inicio, al terminar el tratamiento y a las 4 semanas de haberlo

finalizado. Se evaluaron la ansiedad, depresión, el malestar psicológico, vínculo prenatal, calidad de vida y aceptabilidad del tratamiento.

De las 36 mujeres que comenzaron el tratamiento, 26 completaron las tres lecciones, es decir, la tasa de adherencia fue del 76%. Las participantes mostraron una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y angustia, en comparación con las mujeres del grupo control. Además, el programa produjo mejoras significativas en el vínculo materno prenatal, en las relaciones con la pareja y en su calidad de vida, por lo que las participantes se mostraron satisfechas con el mismo. Si bien los hallazgos son prometedores, especialmente para una intervención a distancia y no guiada, los autores estiman que se requieren estudios adicionales para determinar la eficacia del tratamiento.

Después de haber revisado algunas de las intervenciones adaptadas de la Terapia Cognitivo Conductual que se están llevando a cabo con mujeres en el periodo perinatal para la prevención y promoción de la salud mental y el bienestar de las madres en esta etapa en diferentes partes del mundo, es posible afirmar que este enfoque resulta eficaz para el propósito previamente expresado. Por otra parte, para proveer la atención adecuada a las madres en esta etapa y prevenir que el malestar se transforme en algo más grave, lo más importante sería la identificación temprana de los síntomas por parte de los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con las mismas, así como el conocimiento de las propias mujeres y de sus redes de apoyo más cercanas sobre los cambios normativos propios de la etapa, para, como se ha expresado en capítulos anteriores, poder determinar cuando es necesario pedir ayuda.

Para cerrar este capítulo, se presentan una serie de recomendaciones generales para la práctica clínica del psicólogo perinatal, propuestas por Rodríguez-Muñoz et al., (2021, p. 625), para ser tomadas en cuenta en las intervenciones de prevención y atención a la depresión y ansiedad perinatal, mismas que deberán ser adaptadas de acuerdo a las necesidades particulares de la mujer.

En lo que concierne a la depresión perinatal, Rodríguez-Muñoz y sus colegas (2021, p.625), recomiendan:

- Conocimientos sobre la depresión en el periodo perinatal.
- Incremento de actividades placenteras: soluciones para incrementar el autocuidado de la madre (alimentación, sueño o higiene), las actividades sociales (actividades previas y nuevas que incluyan al bebé) y la búsqueda de actividades placenteras para realizar con la pareja.
- Manejo del estrés y ansiedad: a través del uso de herramientas de relajación, mismas que pueden incluir al bebé o no, aprender a reconocer los momentos de estrés, flexibilización de rutinas, procrastinación.
- Apoyo social y asertividad: búsqueda de ayuda práctica para momentos estresantes relacionados con el cuidado del bebé, expresión asertiva sobre decisiones de pautas de crianza frente a terceros, búsqueda de apoyo con otras madres.
- Técnicas de solución de problemas para la toma de decisiones relacionadas a la crianza del bebé.
- Intervención cognitiva: manejo de pensamientos distorsionados sobre la maternidad, expectativas poco realistas, incremento de la autoaceptación, confianza y autoestima.
- Pareja: cambio de roles, aprender a ser padres, manejo de las necesidades de la madre y de la pareja, habilidades de comunicación y sexualidad.
- Interacción madre-bebé: manejo de conceptos sobre el desarrollo del bebé, incremento del apego, estrategias de comunicación con el bebé, pautas de cuidado y crianza.
- Prevención de recaídas.

En lo respectivo a la ansiedad perinatal, Rodríguez-Muñoz y sus colegas (2021, p.625), recomiendan:

- Conocimientos sobre la ansiedad y el estrés en el período perinatal, las preocupaciones y miedos más normales de la gestación, el embarazo, el parto y la salud del bebé, reajuste de estos miedos en el contexto de la futura madre, las consecuencias de la ansiedad perinatal tanto para la madre como para el bebé, los factores de riesgo de la ansiedad perinatal, la importancia del mantenimiento del proyecto de vida individual que se tenía antes de ser madre.
- La importancia de la red de apoyo, conformada por pareja, familia o pares.
- La importancia y fomento de hábitos saludables y del autocuidado durante embarazo y posparto.
- Técnicas para el manejo del estrés, como respiración, relajación, *mindfulness*, resolución de problemas y actividades gratificantes.
- Importancia del rol de la pareja, su implicación durante todo el proceso de la gestación, parto y posparto, de la comunicación, la toma de decisiones compartidas, del cuidado mutuo del bebé y del tiempo para la pareja cuando nazca el bebé.
- Prevención de recaídas.

A manera de cierre del capítulo, vale la pena hacer un recuento de lo revisado, pues es posible afirmar que tanto las diferentes intervenciones como las propuestas revisadas tienen un objetivo en común: promover la salud mental materna en el periodo perinatal.

Las propuestas hechas por Rodríguez-Muñoz y sus colegas (2021, p.625) abarcan diferentes temas y aspectos que podrían utilizarse para el diseño de intervenciones que cubran las necesidades de información, entrenamiento y atención de las mujeres en la etapa perinatal, mismas que podrían llevarlas a transitar dicha etapa con el mayor bienestar posible.

Por otra parte, las diferentes intervenciones revisadas a lo largo del capítulo, han demostrado tanto la efectividad de las adaptaciones de diferentes técnicas y herramientas provenientes del enfoque Cognitivo Conductual para el diseño de intervenciones cuyo objetivo se centra en la prevención de la depresión y la ansiedad en esta etapa, como las múltiples posibilidades existentes en la implementación de las mismas, pues han sido llevadas a cabo tanto de forma presencial como a distancia, en formato grupal y con atención individual, así como también dirigidas por un profesional o autodirigidas por las usuarias.

En el siguiente capítulo se presenta una propuesta de intervención que retoma elementos de las intervenciones revisadas, cuya finalidad es la promoción de la salud mental materna y la prevención de la depresión y la ansiedad en el período perinatal.

CAPÍTULO 4. Propuesta de intervención para la promoción de la salud mental materna y la prevención de la depresión y la ansiedad en el período perinatal

A lo largo de este trabajo, se ha hecho énfasis sobre la importancia de la salud mental materna en el periodo perinatal, tanto por el impacto que ésta tiene sobre el bienestar, salud y calidad de vida de la mujer, como por las consecuencias que puede tener su detrimento en el desarrollo del feto durante el periodo de embarazo y en el posparto en la relación con el bebé.

Así mismo, se ha resaltado la importancia de que las mujeres que se encuentran en esta etapa, los integrantes de su red de apoyo más cercana y los profesionales de la salud que tienen contacto con ellas, entre los que pueden encontrarse diferentes especialistas médicos como los especialistas en ginecología, enfermería, pediatría, o también las asesoras de lactancia y *doulas*, por mencionar algunos, conozcan los cambios normativos propios este período, así como también los síntomas o factores de riesgo que pueden presentarse y que podrían llevarlas a requerir de la atención de un profesional.

Adicionalmente, se han revisado diferentes intervenciones que emplean técnicas sustentadas en la Terapia Cognitivo Conductual, las cuales a través de sesiones de psicoeducación y entrenamiento en diferentes habilidades, tanto de manera presencial como en línea, han sido utilizadas tanto para la prevención como para la disminución de los síntomas de depresión y ansiedad en el periodo perinatal, con resultados favorables para las madres.

Es así que llegados a este punto, el objetivo de este capítulo es presentar una propuesta de intervención, cuyo objetivo es la promoción de la salud mental materna a través de la psicoeducación y el entrenamiento en estrategias y habilidades basadas en la Terapia Cognitivo Conductual, para prevenir la depresión y la ansiedad en el período perinatal.

Esta propuesta de intervención retoma tanto elementos teóricos revisados a lo largo de este trabajo (O'Hara & Wisner, 2014; Wenzel & Kleiman, 2015; Miller, 2016; Rees, Channon & Waters, 2019; Soto, 2019) como algunas de las técnicas y estrategias basadas en la Terapia Cognitivo Conductual empleadas en las intervenciones revisadas en el capítulo anterior (Loughnan et al., 2019; Fonseca et al., 2020) e incluso integra algunas de las recomendaciones hechas por Rodríguez-Muñoz et al., (2021) para la práctica clínica del psicólogo perinatal, mismas que se detallarán más adelante; sin embargo, la propuesta de valor propia de esta intervención se centra en:

- Integrar recursos técnicos y psicoeducativos para la prevención de la depresión y la ansiedad perinatal en un solo taller, tomando elementos de las intervenciones revisadas, mismas que ya se ha probado que son efectivas para las mujeres en esta etapa, con información relevante para las mujeres en el periodo perinatal, la cual ha sido expuesta a lo largo de este trabajo.
- Fomento de la puesta en práctica de los contenidos a través de ejercicios, tareas y espacios para la reflexión tanto de forma individual como grupal, con la finalidad de facilitar la integración de los contenidos.

Pasemos pues a la descripción de esta propuesta de intervención llamada: *Mi Maternidad Ahora*

4.1 Descripción y objetivo general

Mi Maternidad Ahora, es una intervención dirigida a mujeres que se encuentran en el periodo perinatal, la cual está sustentada en dos ejes principales, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades adaptadas de la Terapia Cognitivo Conductual.

El objetivo general de esta intervención es promover la salud mental materna en el periodo perinatal a través de la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades

cognitivas y conductuales para la prevención de la depresión y la ansiedad en esta etapa.

4.2 Participantes

- Criterios de Inclusión: esta intervención se dirige a mujeres mayores de 18 años edad que se encuentran en el periodo perinatal, el cual abarca desde el embarazo hasta el primer año posparto.
- Criterios de Exclusión: presencia de una condición médica grave (física o psiquiátrica) en la madre o en el bebé (Fonseca et al., 2020), es decir, que las participantes no reporten abuso de sustancias, ni ideaciones suicidas o diagnósticos de esquizofrenia, bipolaridad o depresión severa (Loughnan y colegas, 2019).

Así mismo, debido a la naturaleza del tema y al ambiente de confianza y cercanía que se busca fomentar entre las participantes, el cupo de participación será limitado, es decir que únicamente podrán participar máximo 10 mujeres por sesión.

4.3. Metodología

El diseño metodológico empleado para esta propuesta es el diseño experimental de N=1, también conocido como diseño de caso único (DUC), cuyo objetivo es evaluar si existe una relación causal/funcional entre la introducción de un tratamiento y el cambio operado en la respuesta o variable dependiente (Ato & García, 2015, p.45). Así mismo, el DCU se caracteriza por el énfasis en el sujeto individual (Ato & García, 2015, p.45), en este caso, cada una de las madres que participe en el taller, y los efectos que éste puede tener en ellas.

4.4 Instrumentos

Con el objetivo de evaluar tanto la presencia y severidad de síntomas depresivos y ansiosos en las participantes (en caso de haberlos) y la efectividad de la intervención para disminuirlos, se aplicarán dos instrumentos al inicio de la intervención y al final de la misma (*Anexo 1 y 2*)

- El Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), desarrollado por Beck (1978, citado en Reynoso-Erazo & Seligson, 2005), validado por Beck y Steer (1984, citado en Reynoso-Erazo & Seligson, 2005), y validado en México por Jurado et al (1998, citado en Reynoso-Erazo & Seligson, 2005), es un autoinforme que consta de 21 afirmaciones referidas a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de los síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (Beltrán, M., Freyre, M-A., & Hernández-Guzmán, L., 2012, p.7). Calleja (2011) afirma que es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas (p. 86).
- El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés), fue desarrollado por Beck et al (1988, citado en Reynoso-Erazo & Seligson, 2005) y validado en México por Robles et al (2001, citado en Reynoso-Erazo & Seligson, 2005), es un autoinforme que evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de la depresión (Calleja, 2011, p. 94). Este inventario presenta una lista de 21 síntomas de ansiedad en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta relacionadas con la severidad del síntoma (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005, p. 53). Cada ítem se puntúa de 0 (en absoluto) a 3 (severamente, casi no podía soportarlo), por lo que los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63.

4.5 Procedimiento

1. El taller “Mi Maternidad Ahora”, se llevará a cabo en un salón amplio, con buena ventilación e iluminación. Lo más importante es que las participantes se encuentren cómodas, por lo que se les hará saber que pueden llevar su propio tapete de yoga o mantel, ya que se contará con colchonetas para que quienes lo prefieran puedan sentarse en el piso. También habrá sillas para quienes deseen permanecer sentadas. La disposición de las sillas y las colchonetas será en círculo, pues es fundamental que las mujeres puedan hacer contacto visual unas con otras, así como con la facilitadora, quien estará sentada junto con las participantes.
2. La invitación a participar en el taller se hará a través de redes sociales, así como también por medio de profesionales de la salud que estén en contacto con mujeres en periodo perinatal, haciendo explícitos los criterios de inclusión y exclusión.
3. En la primera sesión, se comenzará dando la bienvenida a las participantes, posteriormente se hará el encuadre del taller, el cual incluye la presentación de la facilitadora a cargo, exponiendo también el objetivo del taller y los contenidos del programa para cada una de las sesiones, las reglas para una sana convivencia entre las participantes, las cuales incluyen la puntualidad, la escucha atenta y respetuosa entre las participantes, evitando el uso del celular durante la sesión, a excepción de casos de fuerza mayor y la confidencialidad de los contenidos que se expongan en las sesiones. Se presentará también el formato de consentimiento informado para su firmado. Posteriormente, se llevará a cabo una dinámica para que las participantes puedan conocerse entre sí y expresar el motivo que las lleva a tomar el taller. Por último, se aplicarán los Inventarios BDI y BAI.
4. La sesiones 2, 3, 4 cubrirán temas relacionados con la salud mental materna en el periodo perinatal, específicamente sobre la depresión y la ansiedad en esta etapa, presentando a las participantes herramientas para prevenirlas.

5. En la quinta sesión se abordarán algunos de los cambios más frecuentes que se presentan en las mujeres en los aspectos cognitivos, conductuales y psicológicos durante la etapa perinatal.
6. En la sexta sesión se hará una integración de lo aprendido, así mismo se volverán a aplicar los inventarios BDI y BAI.

4.6 Cartas Descriptivas de las sesiones

4.6.1 Sesión 1

Tabla 1. Carta Descriptiva Sesión 1: Bienvenida, encuadre y evaluación Inicial	
Título y número de sesión	1. Bienvenidas a <i>Mi Maternidad Ahora</i>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Dar bienvenida a participantes - Realizar el encuadre del taller - Establecer un clima de compromiso, apertura, cooperación y confianza - Identificar las motivaciones de asistencia de las participantes - Aplicar inventarios BDI y BAI
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida y presentación de la facilitadora (5 min) 2. Encuadre del taller (15 min) 3. Dinámica para la presentación de participantes: Las participantes se reúnen en parejas y deberán presentarse ante su compañera y revelar los motivos para asistir al taller. Posteriormente, en plenaria, deberán presentar a la compañera con la que compartieron, así como mencionar los motivos por los cuales asiste al taller (25 min) 4. Firma de Consentimiento Informado y Aplicación de inventarios (20 min) 5. Avisos e instrucciones para la siguiente sesión y cierre de sesión (10 min) <p>Tiempo total: 1 hora con 10 min</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - 12 impresiones de cada uno de los Inventarios BDI y BAI - 11 bolígrafos y 11 tablas para apoyar la escritura - 11 sillas

	- 10 cuadernillos de trabajo de hojas en blanco para entregar a las participantes para sus notas
Tarea	Responder a las siguientes preguntas en el cuadernillo: ¿Qué es para mí la salud mental materna en el periodo perinatal?, ¿Qué necesidades considero tienen las madres durante el periodo perinatal?, ¿Qué necesidades tengo en este momento?

4.6.2 Sesión 2

Tabla 2. Carta Descriptiva Sesión 2: Salud Mental Materna Parte 1	
Título y número de sesión	2. Salud mental materna: La ansiedad en el periodo perinatal parte 1
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar el concepto de salud mental materna en el periodo perinatal (Rees, Channon & Waters, 2019) - Impartir psicoeducación sobre la ansiedad materna en el periodo perinatal, incluyendo síntomas y prevalencia - Presentar técnicas y estrategias para el manejo del estrés y la prevención de la ansiedad materna en el periodo perinatal
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida a las participantes y actividad de inicio partiendo de la pregunta: ¿Qué es para mí la salud mental materna?, en la que las participantes deberán responder con base a lo que respondieron en sus tareas (15 min) 2. Presentación sobre el concepto de salud mental materna en el periodo perinatal y su importancia (Rees, Channon & Waters, 2019) (10 min) 3. Reflexión grupal sobre el concepto e importancia de la salud mental materna en el periodo perinatal (10 min) 4. Psicoeducación sobre la ansiedad materna en el periodo perinatal, sus síntomas y prevalencia (O'Hara & Wisner, 2014; Wenzel & Kleiman, 2015; Soto, 2019) (25 min) 5. Entrenamiento en técnicas para manejo del estrés y prevención de la ansiedad perinatal: respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, resolución de problemas, actividades gratificantes (Rodríguez-Muñoz et al., 2021, p.625) (25 min) 6. Espacio para compartir impresiones sobre la información presentada y las técnicas vistas respondiendo a la pregunta ¿Con qué me quedo de la sesión? (20 minutos)

	7. Cierre y avisos para la siguiente sesión (5 min) Tiempo total: 2 horas
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - 11 sillas - 5 colchonetas de 95 cm x 60 cm - 11 bolígrafos y 11 tablas para apoyar la escritura - Cuadernillo de trabajo
Tarea	Responder a las preguntas en el cuadernillo: ¿Qué actividades me resultan gratificantes?, ¿Cómo puedo fomentarlas y llevarlas a cabo en esta etapa?, ¿Qué necesito para lograrlo?

4.6.3 Sesión 3

Tabla 3. Carta Descriptiva Sesión 3: Salud Mental Materna Parte 2	
Título y número de sesión	3. Salud mental materna: La ansiedad en el periodo perinatal parte 2
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Impartir psicoeducación para la identificación y manejo de pensamientos negativos y presentar estrategias para sustituirlos por pensamientos adaptativos - Presentar técnicas para la prevención de la ansiedad materna en el periodo perinatal (Loughnan et al., 2019)
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida a las participantes y como actividad de inicio se les pedirá que compartan una actividad que les resulta gratificante y el cómo pueden fomentarla y llevarla a cabo en esta etapa (15 min) 2. Psicoeducación sobre los pensamientos negativos en esta etapa, explicando su influencia en la conducta y las emociones (25 min) 3. Reflexión grupal sobre los pensamientos negativos (10 min) 4. Actividad “Revisión de mis pensamientos”. Se pedirá a las participantes que reflexionen sobre los pensamientos negativos que se han presentado a lo largo de esta etapa y los plasmen por escrito (10 min) 5. Entrenamiento en técnicas para la prevención de la ansiedad perinatal enfocadas en el manejo de pensamientos negativos: 1) Desafío al propio pensamiento por medio de la técnica de la triple columna (Beck et al., 1979, citado en Caro,

	<p>2011, p. 245;), 2) Tarjetas de Recuerdo (Gluhosky y Young, citado en Caro, 2011, p. 262) (30 min)</p> <p>6. Actividad: aplicación de las técnicas en uno de los pensamientos identificados con ayuda de la facilitadora (20 min)</p> <p>7. Reflexiones grupales y cierre de sesión (10 min)</p> <p>Tiempo total: 2 horas</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - 11 bolígrafos y 11 tablas para apoyar la escritura - 11 sillas - 5 colchonetas de 95 cm x 60 cm - Cuadernillo de trabajo
Tarea	Aplicar las técnicas aprendidas con algún otro pensamiento identificado y anotarlo en el cuadernillo.

4.6.4 Sesión 4

Tabla 4. Carta Descriptiva Sesión 4: Salud Mental Materna Parte 3	
Título y número de sesión	4. Salud mental materna: La depresión en el periodo perinatal parte
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Impartir psicoeducación sobre la depresión materna en el periodo perinatal, incluyendo síntomas y prevalencia - Presentar estrategias para la prevención de la depresión materna en el periodo perinatal
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida a las participantes y como actividad de inicio se les pedirá que se reúnan en parejas y compartan su tarea de la sesión anterior (20 min) 2. Psicoeducación sobre la depresión materna en el periodo perinatal, incluyendo síntomas y prevalencia, así como manejo de pensamientos distorsionados sobre la maternidad, expectativas poco realistas (Rodríguez-Muñoz y sus colegas, 2021) (30 min) 3. Reflexión grupal sobre la depresión materna en el periodo perinatal (10 min) 4. Psicoeducación sobre la importancia de las redes de apoyo y la comunicación asertiva como estrategias para la prevención de la depresión (30 min)

	<p>5. Actividad “Identificando y armando mi red de apoyo”. Se pedirá a las mujeres que identifiquen a las personas, profesionales, grupos, etc. con quienes pueden contar y a quienes pueden pedir ayuda durante el periodo perinatal, posteriormente compartir con una compañera (Fonseca et al., 2020). (20 min)</p> <p>6. Reflexiones grupales y cierre de sesión (10 min)</p> <p>Tiempo total: 2 horas</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - 11 bolígrafos y 11 tablas para apoyar la escritura - 11 sillas - 5 colchonetas de 95 cm x 60 cm - Cuadernillo de trabajo
Tarea	Investigar sobre espacios comunitarios, asociaciones, grupos, etc., en donde se reúnan mujeres que se encuentran en etapa perinatal para apoyarse y acompañarse, ya sea de forma presencial o en línea.

4.6.5 Sesión 5

Tabla 5. Carta Descriptiva Sesión 5: Cambios cognitivos, conductuales y psicológicos más frecuentes en el período perinatal	
Título y número de sesión	5. Cambios cognitivos, conductuales y psicológicos más frecuentes en el periodo perinatal
Objetivos	- Impartir psicoeducación sobre los cambios más frecuentes que se presentan en los aspectos cognitivos, conductuales y psicológicos durante el periodo perinatal
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida a las participantes y como actividad de inicio se les pedirá que compartan la información que encontraron de tarea (20 min) 2. Psicoeducación sobre los cambios cognitivos, conductuales y psicológicos que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres durante el periodo perinatal (Miller, 2016) (50 min) 3. Reflexión grupal sobre los cambios expuestos (15 min) 4. Actividad para reflexionar sobre el cómo las técnicas y estrategias aprendidas en las sesiones anteriores pueden

	<p>ayudar a sobrellevar estos cambios de manera saludable (25 min)</p> <p>5. Reflexiones grupales y cierre de sesión (10 min)</p> <p>Tiempo total: 2 horas</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - 11 bolígrafos y 11 tablas para apoyar la escritura - 11 sillas - 5 colchonetas de 95 cm x 60 cm - Cuadernillo de trabajo
Tarea	Con base a lo aprendido en las sesiones, diseñar un plan de autocuidado para el bienestar durante el periodo perinatal y prepararse para presentarlo a las compañeras.

4.6.6 Sesión 6

Tabla 6. Carta Descriptiva Sesión 6: Integración de lo aprendido	
Título y número de sesión	6. Lo que me llevo conmigo de y para Mi Maternidad Ahora
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar los aprendizajes de las participantes - Aplicar inventarios BDI y BAI
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida a las participantes y como actividad de inicio se les pedirá que compartan su plan de autocuidado para el bienestar con el grupo (40 min) 2. Reflexiones sobre los aprendizajes grupales (30 min) 3. Aplicación del los inventarios BDI y BAI (10 min) 4. Agradecimientos y cierre del taller (10 min) <p>Tiempo total: 1 hora y 30 min</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - 11 bolígrafos y 11 tablas para apoyar la escritura - 11 sillas - 5 colchonetas de 95 cm x 60 cm - 12 impresiones de cada uno de los Inventarios BDI y BAI
Tarea	No Aplica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha hablado de la importancia de la salud mental materna en el periodo perinatal, la cual es en primera instancia fundamental para el bienestar de las propias madres, como mujeres y personas, así como vital para el sano desarrollo de sus hijos, pues el malestar psicológico y la enfermedad mental materna pueden tener un impacto directo tanto en el desarrollo y bienestar fetal, como en el desarrollo físico, cognitivo y emocional del bebé, razón por la cual los esfuerzos dirigidos a la promoción de la salud mental materna, pueden proporcionar el apoyo necesario para que las madres puedan ampliar sus recursos y habilidades para adaptarse y responder al desafío que implica la llegada de un nuevo ser, el cual es completamente dependiente de ella.

Ahora bien, lo anterior expuesto es ya en sí una razón suficiente para la promoción de la salud materna en el periodo perinatal, sin embargo, sabemos que el problema es más grave, ya que a nivel mundial alrededor del 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de las mujeres en el periodo posparto experimentan algún problema de salud mental; en la mayoría de los casos depresión, y la situación se agrava en países en vías de desarrollo, como es el caso de México, en donde el 15.6% de mujeres presentan algún trastorno durante el embarazo y 19.8% durante el periodo postparto (WHO, n.d.), sin dejar de lado éstas son tan solo las cifras oficiales, mismas que dejan fuera a las mujeres que por cualquier motivo no piden ayuda, lo que nos llevaría a estimar un aumento en las cifras, como lo hace la Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal (MARES), la cual afirma que alrededor del 25% de las embarazadas experimenta algún tipo de malestar psíquico significativo (2021).

Si bien el reto no es menor, pues hay mucho trabajo por hacer, resulta esperanzador saber que desde hace algunos años, el tema de la salud mental materna en el periodo perinatal ha suscitado el interés de académicos, investigadores y profesionales de diferentes áreas de las ciencias de la salud, así como de los

gobiernos de diferentes países, quienes buscan dar una solución a esta problemática, la cual como se expresó anteriormente, en algunos países es considerada un problema de salud pública.

Así mismo, existen asociaciones alrededor del mundo conformadas por profesionales que buscan visibilizar y aportar soluciones para esta problemática, como es el caso de la Sociedad Internacional Marcé para la Salud Mental Perinatal (*The International Marcé Society*) la cual es una organización internacional e interdisciplinaria dedicada a apoyar la investigación y la asistencia en torno a la salud mental prenatal y posparto para las madres, los padres y sus bebés; la cual cuenta con grupos de representación en diferentes países como Australia, Francia, Alemania, España, Italia, Japón, entre otros. (2021). En su sitio mencionan representación en América del Norte, así como grupos emergentes en diferentes regiones y países.

En conjunto con la investigación y la asistencia a las madres, la prevención juega un rol sumamente importante para la promoción de la salud mental materna en el periodo perinatal, tal y como lo vimos en las diferentes intervenciones que se revisaron, así como en la propuesta de intervención que *Mi Maternidad Ahora*, cuyo objetivo está centrado en promover la salud mental materna en el periodo perinatal a través de la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales para la prevención de la depresión y la ansiedad en esta etapa. Ésta intervención está sustentada en dos ejes principales, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades adaptadas de la Terapia Cognitivo Conductual, para su diseño se tomaron como referencia algunos de los elementos teóricos y técnicos sustentados en la Terapia Cognitivo Conductual que fueron empleados en las intervenciones revisadas en el capítulo anterior, especialmente las llevadas a cabo por Loughnan et al., (2019) y Fonseca et al.,(2020); así como las propuestas para la práctica clínica del psicólogo perinatal de Rodríguez-Muñoz et al.,(2021). Adicionalmente también se seleccionó información relevante, sustentada en evidencia, relacionada con la depresión y la ansiedad en el periodo perinatal

(O'Hara & Wisner, 2014; Wenzel & Kleiman, 2015; Miller, 2016; Lara et al., Rodríguez et al., Soto, 2019), para que a través de la psicoeducación las madres puedan adquirir los conocimientos básicos sobre los principales síntomas de las mismas, los cuales podrían permitirles identificarlos en caso de que llegaran a presentarlos. Adicionalmente, en la psicoeducación se incluyó información sobre los cambios psicológicos, cognitivos y conductuales que se presentan con mayor frecuencia durante esta etapa. Así mismo, a lo largo de toda la intervención se incluyen espacios para la reflexión y la aplicación de los contenidos aprendidos, con los cuales se busca fomentar la integración y aprendizaje de lo revisado a lo largo del taller, cerrando con la elaboración de un plan de autocuidado, el cual debe incluir los elementos revisados, ya aplicados directamente a su experiencia personal.

Es por ello que *Mi Maternidad Ahora* es una propuesta de intervención relevante e innovadora debido a que integra en un solo taller elementos psicoeducativos relevantes para las mujeres en esta etapa, además de un entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y la ansiedad perinatal, así como espacios para la práctica y discusión de las mismas; a la vez que se trabaja en un grupo pequeño para el fomento de la convivencia y el compartir, lo que puede a su vez derivar en la creación de lazos y redes de apoyo entre las participantes, lo cual en sí mismo puede resultar terapéutico para las mismas.

En este momento, aun no es posible afirmar si la propuesta de intervención *Mi Maternidad Ahora* es eficaz para la prevención de la ansiedad y depresión en las madres en la etapa perinatal, pues aunque en su diseño cuenta con los elementos teórico-prácticos para serlo, aun no ha sido validada. El primer paso para hacerlo, será su aplicación en un grupo piloto, para posteriormente ir haciendo los ajustes correspondientes, para que el propósito para el que fue diseñada pueda cumplirse.

Por último, me gustaría concluir este trabajo con una pequeña reflexión en torno a la siguiente frase, leída en el sitio de la Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal, la cual expresa que “cuidar la salud mental de las madres supone

mejorar la salud de la sociedad actual y futura” (MARES, 2021). Esta frase me conmueve e inspira, tanto a nivel personal como profesional, pues durante el período perinatal la mayoría de las madres se encuentran vulnerables por la vorágine de cambios que se presentan en tan poco tiempo, por lo que al acompañarlas, cuidarlas, dotarlas de herramientas para el afrontamiento saludable de la situación y al hacerles saber que no están solas, que cuentan con recursos y el apoyo de múltiples personas, tanto profesionales de la salud, como asociaciones y grupos de apoyo, se sabrán acompañadas y contenidas, a la vez que se visibilizará tanto el trabajo de estas personas como los recursos disponibles.

En lo personal, estoy muy entusiasmada y con deseos de trabajar con las madres en el periodo perinatal y me parece que la elaboración de este trabajo, es un primer paso para acercarme a esa meta.

REFERENCIAS

- Al-Halabí, S., Mayoral, M., Corcoran, P., Brodsky, B. & Stanley, B. (2019). Suicidio durante el embarazo y el posparto. En *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. (1.ª edición electrónica, pp. 259-272). Madrid: Ediciones Pirámide
- Alvarado, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5), 304-311. Recuperado de: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1381/1/ActPed2003-053.pdf>
- Ato, M. & Vallejo, G. (2015). *Diseños de Investigación en Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Babetin, K. (2020). The Birth of a Mother: A Psychological Transformation. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 34 (5), 410-428. Recuperado de: <http://eds.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=1dec8b4f-11bf-488d-af59-a6c333f28dbc%40sessionmgr4008>
- Beltrán, M., Freyre, M-A., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Bennett, S. & Indman, P. (2019). Más allá de la melancolía. *Una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto*. Untreed Reads Publishing.
- Burger, M., Hoosain, M., Einspieler, C., Unger, M. & Niehaus, D. (2020). Maternal perinatal mental health and infant and toddler neurodevelopment - Evidence from low and middle-income countries. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 268, 158–172. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.023>
- Calleja, N. (Comp.) (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México, 1984-2005*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, Capítulo 5, pp 265-287
- Colomina, A., González, H., Capilla, P. & Santamaría, P. (2019). Estrés postraumático en el período perinatal. En *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. (1.ª edición electrónica, pp. 101-120). Madrid: Ediciones Pirámide

- Danaher, B., Milgrom, J., Seeley, J., Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M., Ericksen, J., Lester, W., Gemmill, A. & Lewinsohn, P. (2012). Web-Based Intervention for Postpartum Depression: Formative Research and Design of the MomMoodBooster Program. *JMIR Res Protoc*, 1(2), 1-18. Recuperado de: <https://www.researchprotocols.org/2012/2/e18/>
- Danaher, B., Milgrom, J., Seeley, J., Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M., Ericksen, J., Lester, W., Gemmill, A., Kosty, D. & Lewinsohn, P. (2013). MomMoodBooster Web-Based Intervention for Postpartum Depression: Feasibility Trial Results *J Med Internet Res*, 15(11). Recuperado de: <https://www.jmir.org/2013/11/e242/>
- Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26 (3), 357-66. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18783860/>
- De Castro, F., Place, J., Villalobos, A. & Allen-Leigh (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública de México*, 57 (2), 144-154. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200009
- Fisher, J., Holton, S. & Rowe, H. (2016). Nonprofessional Resources for Pregnant and Postpartum Women. In Wenzel, A (Ed.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*. Recuperado de: [10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.014](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.014)
- Fonseca, A., Pereira, M., Araújo-Pedrosa, A., Gorayeb, R., Moura, M. & Canavarro, M. (2018). Be a Mom: Formative Evaluation of a Web-Based Psychological Intervention to Prevent Postpartum Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25, 473-495. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.02.002>
- Fonseca, A., Monteiro, F., Alves, S., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2019). Be a Mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: The enhancement of self-regulatory skills and its association with postpartum depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 10, 117-130. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00264>
- Fonseca, A., Alves, S., Monteiro, F., Gorayeb., R. & Canavarro, M. (2020). Be a Mom, a Web-Based Intervention to Prevent Postpartum Depression: Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 51, 616–633. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.09.007>

García, E.R. & Yim, I.S. (2017). A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(Suppl 2):347, 57-69. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1495-1>

García, G. & Fernández (2019). Trastorno por uso de sustancias en el período perinatal. En *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. (1.ª edición electrónica, pp. 219-232). Madrid: Ediciones Pirámide

Hidalgo, M. (2009). Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y paternidad. *Familia*, 38, 133-152. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6235>

Lara, M., Patiño, P., Navarrete, L. & Nieto, L. (2017) Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Género y Salud en Cifras*, 15(2), 12-25. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>

Loughnan, S., Sie, A., Hobbs, M., Joubert, A., Smith, J., Haskelberg, H., Mahoney, A., , Kladnitski, N., Holt, C., Milgrom, J., Austin, M-P., Andrews, G. & , Newby, J. (2019). A randomized controlled trial of 'MUMentum Pregnancy': Internet-delivered cognitive behavioral therapy program for antenatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 243, 381–390. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.057>

MARES (2021). ¿Por qué la Salud Mental Materna debe ser una prioridad?. *Sociedad Marcé Española*. Recuperado de: <https://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-SMM.cfm/ID/6888/MARES/-por-salud-mental-materna-debe-ser-prioridad-.htm>

Miller, L. (2016). Psychological, Behavioral, and Cognitive Changes During Pregnancy and the Postpartum Period. In Wenzel, A (Ed.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*. Recuperado de: 10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.002

Northwestern Mothers & Babies (2021). Providers and Programs. About the Mothers & Babies Program. Recuperado de: <https://www.mothersandbabiesprogram.org/>

Muñoz, R., Le, H-N., Ippen, C., Diaz, M., Urizar, G., Soto, J., Mendelson, T., Delucchi, K. & Lieberman, A.(2007). Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the *Mamas y Bebés /Mothers and Babies Course*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70–83. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.021>

- Nagle, U. & Farrelly, M. (2018). Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66, 79-87. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>
- O'Hara, M. & Wisner, K. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28 (1), 3-12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bien%20estar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad.>
- Redshaw, M. & Martin, C. (2011) Motherhood: a natural progression and a major transition, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 305-307. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.639510>
- Rees, S., Channon, S. & Waters, C. (2019). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review, *European Child Adolescent Psychiatry* 28 (2). 257–280. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-018-1173-5>
- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I.(2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, M., Le, H-N., Lara, M. & Jaffe, A. (2019). Depresión perinatal. En Rodríguez, M. (Coord.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. (1.ª edición electrónica, pp. 25-48). Madrid: Ediciones Pirámide
- Rodríguez-Muñoz, M., Soto-Balbuena, C., Olivares-Crespo., M., Marcos-Najera, R. & Al-Halabí, S. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio. En Fonseca, E. (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (1.ª edición electrónica, pp. 607-633). Madrid: Ediciones Pirámide
- Segre, L, O'Hara, M., & Perkhounkova, E. (2016) Adaptations of Psychotherapy for Psychopathology During Pregnancy and the Postpartum Period. In Wenzel, A (Ed.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*, 366–382. Recuperado de: [10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.013](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.013)
- Soto, C. (2019). Ansiedad, estrés y fobias durante el embarazo y el posparto. En Rodríguez, M. (Coord.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. (1.ª edición electrónica, pp. 55-77). Madrid: Ediciones Pirámide

Soto, C., García, S. & Rodríguez, M. (2019). Estrés y problemas emocionales asociados a infertilidad y técnicas de reproducción asistida. En Rodríguez, M. (Coord.). *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. (1.ª edición electrónica, pp. 125-147). Madrid: Ediciones Pirámide

Stanford Children's Health (2020). *Fobias*. Recuperado de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=phobias-85-P03832>

The International Marcé Society for Perinatal Mental Health (2021). Recuperado de: <https://marcesociety.com>

Vallejo-Slocker, L. (2019). Trastornos de alimentación e imagen corporal en el período perinatal. En *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. (1.ª edición electrónica, pp. 83-97). Madrid: Ediciones Pirámide

Wenzel, A. & Kleiman, K. (2015). *Cognitive Behavioral Therapy for Perinatal Distress*. New York: Routledge.

World Health Organization, WHO (n.d.). *Maternal mental health*. Recuperado de: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>

ANEXOS

Anexo 1

Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés)

INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Domicilio (Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1	0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	6	0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
2	0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	7	0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo 1. Estoy desilusionado de mí mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio
3	0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	8	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
4	0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	9	0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
5	0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo	10	0. Yo no lloro más de lo usual 1. Llora más ahora de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

Está copia del inventario fue obtenida solicitándola al Dr. Samuel Jurado vía correo electrónico: jurado@unam.mx

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. Creo que me veo feo (a)
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos
 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Si ____ No ____
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 3. He perdido completamente el interés por el sexo

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

La copia del inventario fue obtenida solicitándola al Dr. Samuel Jurado vía correo electrónico: jurado@unam.mx

Anexo 2

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés)

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
OCUPACIÓN _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana**, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderada- mente	Severa- mente
1. Entumecimiento hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debido al calor)	_____	_____	_____	_____

Versión estandarizada por Robles, Varela Jurado y Paz (2001) Revista Mexicana de Psicología, Vo. 18 Núm. 2, págs 211-218.

La copia del inventario fue obtenida solicitándola al Dr. Samuel Jurado vía correo electrónico: jurado@unam.mx

APÉNDICES

Apéndice 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ certifico que participo en el taller “Mi Maternidad Ahora”, de forma libre y voluntaria, que he sido informada de su propósito, el cual es otorgar herramientas e información para la prevención de la depresión y la ansiedad materna en el periodo perinatal.

Afirmo saber que el taller se impartirá en seis sesiones, mismas que tendrán lugar los días _____ a las _____ en _____.

Así mismo, acepto responder los Inventarios BDI y BAI en la primera y en la última sesión del taller, los cuales únicamente servirán para evaluar los resultados del mismo, teniendo en cuenta que la información recabada es completamente confidencial y será utilizada únicamente para el propósito previamente expresado. Entiendo que soy libre de retirarme del taller en cualquier momento sin necesidad de justificación alguna.

Nombre y firma de la participante

Lugar y fecha en la que se lleve a cabo el taller.