



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Terapia enfocada en la emoción y la depresión postparto:  
Un estudio de caso**

**Ana Carolina Hermosa Paredes**

**Tracey Tokuhama-Espinosa, Ph. D., Directora de Tesis**

Tesis de grado presentada como requisito  
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2013

**Universidad San Francisco de Quito**  
**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**Terapia enfocada en la emoción y la depresión postparto: Un estudio de caso**

Ana Carolina Hermosa Paredes

Tracey Tokuhama-Espinosa, Ph. D.  
Directora de Tesis

---

Teresa Borja, Ph. D.  
Miembro del Comité de Tesis

---

Ana María Viteri, Ph. D.  
Miembro del Comité de Tesis

---

Teresa Borja, Ph. D.  
Directora del programa

---

Carmen Fernández Salvador, Ph. D.  
Decana del Colegio de  
Ciencias Sociales y  
Humanidades

---

**Quito, 2 de mayo de 2013**

## © PÁGINA DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Ana Carolina Hermosa Paredes

C. I.: 1715547103

Fecha: Mayo 2013

Lugar: Quito

## **DEDICATORIA**

Ofrezco este estudio a todas aquellas mujeres que buscan ayuda en un momento de crisis después del parto. A las mujeres que necesitan una recopilación de información que explique y defina a la depresión postparto como tal, los factores de riesgo, las consecuencias a largo plazo y el tratamiento psicológico efectivo necesario para combatir las secuelas de la sintomatología depresiva después del parto. Dedico esta tesis a los profesionales de la salud que se interesan por el bienestar psicológico de las mujeres y sus recién nacidos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gratifico a todas aquellas personas que creyeron en mí y me apoyaron en este hermoso viaje de descubrimiento sobre la depresión postparto y la intervención psicológica enfocada en la emoción. Agradezco a todo el equipo de trabajo de la Clínica la Primavera por su apoyo y confianza que me permitieron seguir adelante con este estudio. Ellos me abrieron las puertas cuando yo pensaba que ya no había salida. Agradezco a la persona que contribuyó como paciente del estudio de caso, su confianza y apertura superaron mis expectativas. Por último, agradezco a mi familia por su infinita paciencia. Esta tesis se ha construido en retribución de perseverancia, dedicación, responsabilidad y fuerza que he obtenido de Dios.

## RESUMEN

La depresión postparto (DPP) es un trastorno del estado anímico que se presenta semanas después del parto. Aproximadamente, afecta a una de cada ocho mujeres que dan a luz. Es involuntaria ya que su causa puede ser neurológica, biológica, ambiental o la combinación de las tres. Las consecuencias de la DPP no tratada recaen sobre la madre, el infante y la familia en general. Existen factores de riesgo que pueden predecir la sintomatología depresiva pero la combinación de varios factores incrementa el riesgo de presentar la patología. La literatura señala que varios tratamientos psicológicos empleados para reducir la sintomatología depresiva postparto son efectivos. Sin embargo, hasta donde se ha investigado, no ha existido un estudio que indique la efectividad de la terapia enfocada en la emoción (EFT por sus siglas en inglés) sobre la DPP. Por lo tanto, se quiso investigar cómo y hasta qué punto la EFT, ayuda a transformar emociones y a reducir la sintomatología depresiva postparto. En un estudio de caso de una mujer ecuatoriana con DPP se empleó a la EFT como intervención psicológica y se encontró que hubo una reducción sintomatológica posterior al tratamiento. Aunque un estudio de caso no es suficiente para generalizar los resultados obtenidos, la contribución de este estudio es significativa para incentivar el diálogo abierto sobre este problema grave en Ecuador.

## ABSTRACT

Post partum depression (PPD) is presented weeks after delivery. It affects about one in eight women. PPD is an involuntary pathology that might be caused by neurological, biological, environmental or the combination of the three aspects. The consequences of PPD can have an impact over the mother, the baby, and the family if not properly treated. There are risk factors that might increase the possibility of presenting PPD, especially if these factors are combined. Research has found that psychological treatment is effective for PPD cases. However, there was no research about the combination of Emotional Focused Therapy (EFT) and Postpartum depression to the author's knowledge. Therefore, this investigation focuses on how EFT helps on transforming emotion and reducing postpartum depressive symptoms. It has been found that after six sessions of EFT, postpartum depressive symptoms had been reduced. It is important to highlight that a single study case is not enough for generalizing these results. Nevertheless, this case study is significant in order to open dialogue about postpartum depression in Ecuador.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA</b> .....	10
Antecedentes.....	11
El problema.....	14
Hipótesis .....	16
Pregunta de investigación .....	17
Contexto y marco teórico.....	17
Definición de términos.....	19
Presunciones del autor del estudio.....	20
Supuestos del estudio.....	20
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	22
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	22
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	23
Formato de la revisión de la literatura .....	24
- Prevalencia, sintomatología y diagnóstico de la depresión postparto .....	25
- Factores de riesgo de la depresión postparto .....	29
- Causas neurológicas y biológicas de la depresión postparto .....	32
- Consecuencias a largo plazo de la depresión postparto en la madre y el bebé.....	41
- Neuropsicología y plasticidad .....	49
- Tratamientos psicológicos para la depresión postparto .....	51
<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	62
Justificación de la metodología seleccionada .....	62
Herramienta de investigación utilizada.....	64
Descripción de participantes .....	67
Fuentes y recolección de datos .....	69
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	94
Detalles del análisis .....	94
Importancia del estudio.....	101
Resumen de sesgos del autor .....	103
<b>CONCLUSIONES</b> .....	104
Respuesta a la pregunta de investigación.....	104
Limitaciones del estudio .....	104
Recomendaciones para futuros estudios .....	106
Resumen general.....	106
<b>REFERENCIAS</b> .....	108
<b>ANEXO A: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)</b> .....	117
<b>ANEXO B: Inventario de Sintomatología Depresiva en Auto-reporte (ISD-SR)</b> .....	118
<b>ANEXO C: Inventario de Sintomatología Depresiva Evaluación del Clínico (ISD-C)</b> .....	123
<b>ANEXO D: Inventario de Sintomatologías (SCL-90-R) Adaptación USFQ 2011</b> .....	128

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Para algunas mujeres, dar a luz a un bebé es un acto que trae felicidad (Bowen, Bowen, Butt, Rahman, & Muhajarine, 2012). Sin embargo, para otras mujeres el dar a luz puede incluir cambios de ánimo radicales debido a varios factores ambientales, biológicos y/o neuropsicológicos (Beck, 2002; Oppo, Mauri, Ramacciotti, Camilleri, Banti, Borri, & Cassano, 2009).

Aproximadamente, del 10% al 15% de mujeres que han dado a luz alrededor del mundo padecen de un trastorno del estado de ánimo conocido como depresión postparto (Abrams & Curran, 2007; Appolonio & Fingerhut, 2008; Boath & Henshaw, 2001; Brockington, 1996; Friedman & Resnick, 2009; Neiland & Roger, 1997; O'Hara & Swain, 1996 en Horowitz & Goodman, 2004; Warner, Appleby, Whitton & Faragher, 1996 en Almond, 2009). Este porcentaje de mujeres puede darse cuenta que a raíz del parto su estado emocional varía notablemente (Oquendo, Lartigue, González-Pacheco, & Méndez, 2008). Las emociones sentidas pueden ser reportadas o no (Knudson-Martin & Silverstein, 2009). De hecho, muy pocas mujeres reportan lo que están sintiendo y buscan ayuda profesional. Algunas mujeres que tienen síntomas de depresión postparto no reportan su sintomatología depresiva porque pueden sentir vergüenza, culpa, inseguridad o porque no saben realmente lo que les está pasando (Knudson-Martin & Silverstein, 2009). Un diagnóstico clínico que no es tratado a tiempo puede empeorar en su sintomatología (DSM-IV-TR, 2000). Una depresión postparto puede empezar como leve pero terminar como crónica (DSM-IV-TR, 2000). En consecuencia, tanto la madre como el bebé pueden sufrir graves consecuencias físicas, emocionales y mentales (DSM-IV-TR, 2000). Existen muchísimas preguntas relacionadas a la depresión postparto, especialmente en relación a datos estadísticos significativos del tema tratado en Ecuador. Sin embargo, debido a

propósitos de esta investigación de estudio de caso se enfocará principalmente en la obtención detallada de datos únicos de una mujer con depresión postparto y su proceso psicológico subsiguiente. El principio de la presente investigación se basa en la intervención psicológica enfocada en la emoción dentro de un estudio de caso de depresión postparto.

### **Antecedentes**

Se analiza que los primeros profesionales que tienen la oportunidad de darse cuenta que existe una posible sospecha sobre algún trastorno de ánimo que puede estar afectando a la madre después del parto son ginecólogos, obstetras o neonatólogos. Estos profesionales de la salud que traen al mundo a los recién nacidos, son los encargados de indagar en el campo de los estados de ánimo después del parto con la finalidad de identificar la existencia de un posible trastorno psicológico. No obstante, no es responsabilidad de ginecólogos, obstetras o neonatólogos diagnosticar un trastorno del estado de ánimo a la madre que ha dado a luz recientemente o después de varios meses. Por ello, este estudio presume que el trabajo interdisciplinario entre ginecólogos, obstetras, neonatólogos y psicólogos es necesario para proporcionar un servicio holístico en salud física y mental tanto para la madre como para el recién nacido y su familia.

Aproximadamente una semana después del parto, todas las mujeres que han dado a luz necesitan asistir a un chequeo ginecológico y un chequeo pediátrico (Yonkers, Ramin, Rush, Navarrete, Carmody, March, Heartwell, & Leveno, 2001). Se presume que durante el chequeo médico, el profesional realiza preguntas de rutina a la paciente. Dentro de las preguntas de rutina se presume encontrar algunas preguntas que se vinculan con el estado anímico. Es común que las mujeres que dieron a luz recientemente tengan cambios

emocionales y fluctuaciones del estado anímico (Oquendo et al., 2008). Los diagnósticos clínicos se basan bajo características sintomatológicas y tiempo de duración del trastorno (DSM-IV-TR, 2000). El tiempo mínimo para el diagnóstico de un episodio de depresión mayor es de dos semanas (DSM-IV-TR, 2000). Sin embargo, para el diagnóstico de una depresión postparto, el tiempo mínimo de aparición de síntomas es de cuatro semanas (DSM-IV-TR, 2000). Por ello, un trastorno del estado de ánimo como lo es la depresión postparto se puede diagnosticar con un mínimo de tiempo de treinta días (cuatro semanas) después de haber dado a luz (DSM-IV-TR, 2000; Oquendo, et al., 2008). Dado los límites del trabajo, la ayuda que puede proporcionar el ginecólogo es meramente física. Si la paciente busca ayuda psicológica en su ginecólogo, la norma establecida por los profesionales es remitir a la paciente a un psiquiatra o un psicólogo clínico. En caso de que la paciente acepte asistir a consulta psicológica o consulta psiquiátrica, se le hacen diagnósticos clínicos y se toman las medidas necesarias para tratar el trastorno en caso de que lo hubiere. Sin embargo, muchas mujeres que han dado a luz recientemente y sufren de una depresión postparto o algún tipo de trastorno del estado de ánimo no buscan ayuda psicológica y hacen caso omiso a la sintomatología del trastorno presente (Knudson-Martin & Silverstein, 2009). Otras mujeres pueden pensar que los cambios emocionales que sienten son normales debido a los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y después del parto (Knudson-Martin & Silverstein, 2009).

Cuando existe un trastorno del estado de ánimo como la depresión postparto y no se realiza un diagnóstico y tratamiento posterior, las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales tanto para la madre como para el bebé pueden tener repercusiones a futuro en forma física y psicológica (Forman, O'hara, Stuart, Gorman, Larsen, & Coy, 2007; Goodman, 2007; Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006).

### **La historia de la depresión postparto en Ecuador: una breve reseña.**

Debido a las limitaciones del trabajo de un ginecólogo, obstetra o neonatólogo, éstos profesionales de la salud no pueden diagnosticar un trastorno del estado de ánimo después del parto. Sin embargo, pueden sospechar de un posible caso de algún trastorno del estado de ánimo antes y/o después del parto al momento de la asistencia a consultas ginecológicas o pediátricas por medio de indagación o auto-reporte de la paciente. Es responsabilidad de psiquiatras y psicólogos clínicos diagnosticar y proporcionar un tratamiento efectivo para un trastorno del estado de ánimo, independiente de la causa. Por ello, el presente trabajo sugiere un trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud física y mental en la Clínica La Primavera en Quito-Ecuador.

Lamentablemente no existen datos cuantitativos que ayuden a definir el porcentaje de mujeres ecuatorianas con depresión postparto ni el porcentaje de mujeres ecuatorianas que no reportan sintomatología depresiva postparto. Sin embargo, se estima que pocas mujeres ecuatorianas que tienen depresión postparto buscan ayuda psicológica después de uno o varios meses de haber dado a luz, sea por falta de tiempo, falta de información, vergüenza, falta de recursos económicos, falta de conocimiento de establecimientos psicológicos que ofrecen ayuda, poca importancia a sus cambios emocionales o desinterés emocional. El punto es que en por lo menos uno de cada ocho casos, existe una madre con depresión postparto (Appolonio & Fingerhut, 2008) y esta mujer pueda que no reciba un diagnóstico ni un tratamiento adecuado. Por lo tanto, es muy probable que la depresión postparto se sufra en silencio (Knudson-Martin & Silverstein, 2009). Se piensa que muchas madres ecuatorianas pueden haber oído sobre la depresión postparto pero lo más probable es que piensan que esto no les podría pasar a ellas, que son inmunes, que no es un trastorno grave o que es un trastorno que se cura por sí solo.

Debido a la falta de educación sobre la depresión postparto y la poca importancia otorgada al tema en Ecuador, se considera que muchas mujeres ecuatorianas que han dado a luz recientemente no conocen sobre las consecuencias de los trastornos del estado de ánimo después del parto. Una depresión postparto no tratada puede influir sobre el vínculo emocional afectivo entre madre e hijo (Forman et al., 2007), además de riesgos en el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje sobre el recién nacido (Goodman, 2007; Grace, Evindar, & Stewart, 2003). A futuro, también hay riesgo de una disfunción a nivel de pareja por estrés marital y disfunción familiar (Cuijpers, Brannmark, & Straten, 2008; Weinberg, Tronick, Beeghly, Olson, Kernan, & Riley, 2001 en Horowitz & Goodman, 2004).

### **El problema**

Se ha establecido que la incidencia de depresión postparto alrededor del mundo es del 10 al 15% en mujeres que han dado a luz recientemente (Abrams & Curran, 2007; Appolonio & Fingerhut, 2008; Boath & Henshaw, 2001; Brockington, 1996; Friedman & Resnick, 2009; Neiland & Roger, 1997; O'Hara & Swain, 1996 en Horowitz & Goodman, 2004; Warner, Appleby, Whitton & Faragher, 1996 en Almond, 2009). Es decir, una de cada ocho mujeres que han dado a luz cumple con las características de diagnóstico de la depresión postparto (Appolonio & Fingerhut, 2008). En el contexto ecuatoriano no hay una incidencia percentil exacta de la depresión postparto ya que no hay información suficiente sobre la depresión postparto en el Ecuador. Por ello, las mujeres no reportan sentir ninguna característica que refleje un trastorno del estado de ánimo o tal vez los niveles de normalidad de la depresión postparto en el Ecuador están sesgados. Sin embargo, varios estudios realizados en Estados Unidos, Tailandia y otros países, sugieren que probablemente existe una mayor incidencia de depresión postparto en mujeres

latinoamericanas (Lara, Le, Letechipia, & Hochhausen, 2009; Yonkers et al., 2001). Esto significa que la cifra percentil de mujeres parturientas que sufren de depresión postparto en Ecuador podría ser lo suficientemente significativa como para tomarla en cuenta y tratarla. En otras palabras, el problema comienza cuando no se da la importancia suficiente a la depresión postparto en Ecuador.

El problema comienza a crecer cuando la depresión postparto no es tratada eficazmente debido a que conlleva consecuencias perjudiciales al vínculo afectivo entre madre e hijo (Forman, et al., 2007), afecta la auto-eficacia de la madre (Cuijpers, et al., 2008; Goodman, 2007; Horowitz & Goodman, 2004), el desarrollo cognitivo, motor y de lenguaje en el bebé (Goodman, 2007; Grace et al., 2003), así como también influye sobre la dinámica de pareja y familiar (Cuijpers et al., 2008; Weinberg, Tronick, Beeghly, Olson, Kernan, & Riley, 2001 en Horowitz & Goodman, 2004).

En resumen, hay dos problemas específicos para tomar en cuenta. El primer problema es que por falta de información las madres ecuatorianas no reportan un trastorno del estado de ánimo, por lo que no es posible diagnosticarlo ni tratarlo con facilidad. El segundo problema es que, al no ser reportados los casos de depresión postparto, éstos no son tratados y existen consecuencias perjudiciales para la madre, el bebé, la pareja y la familia en general.

### **Hipótesis de la causa del problema**

Por un lado, existen varios casos de mujeres con depresión postparto en Ecuador que no son reportados y por lo tanto no están siendo tratados. Una hipótesis de la causa es que las mujeres que han dado a luz recientemente y presentan síntomas de depresión postparto no tienen información suficiente sobre este trastorno del estado de ánimo y creen

que lo que sienten es normal. Por lo tanto, estas mujeres no buscan ayuda psicológica después del parto. Tampoco hay un incentivo por parte de profesionales hacia las mujeres para busquen ayuda psicológica meses después del parto para que su estado emocional sea evaluado, y en ocasiones, tratado de manera efectiva. Se piensa que la depresión postparto en el Ecuador es un trastorno emocional que no es tomado en cuenta o que no ha sido de importancia relevante para muchos profesionales de la salud. En consecuencia, hay varios casos de depresión postparto no tratados en el Ecuador.

Por otro lado, las consecuencias de una depresión postparto no tratada de manera psico-socio-emocional pueden afectar a la madre, al bebé y a la familia. Una hipótesis de la causa es que el tratamiento primordial de la depresión postparto se enfoca en psicofármacos y no se enfoca en el aspecto psicológico, social y emocional de la paciente ni del bebé (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008). Se presume que si el tratamiento psicológico para la depresión postparto en Ecuador se implementara eficazmente, habría más casos atendidos y menos mujeres y niños sufriendo las consecuencias de la depresión postparto.

### **Hipótesis de la solución al problema**

Por un lado, una hipótesis de la solución es que si los profesionales de la salud que están en el campo de neonatología (ginecólogos, obstetras, pediatras, neonatólogos, etc.) trabajaran en conjunto con psicólogos clínicos, se podría diagnosticar, evaluar y tratar más casos de depresión postparto en clínicas, maternidades y hospitales del Ecuador. Los psicólogos clínicos pueden encargarse de monitorear el estado de ánimo de las madres que han dado a luz después de uno o varios meses después del parto. Adicionalmente, las madres pueden obtener mayor información sobre la depresión postparto para que exista un

incentivo a buscar ayuda en caso que cumplan con los síntomas de este trastorno del estado de ánimo.

Por otro lado, una hipótesis de la solución sería que, a través de psicoterapia empática como lo es la terapia enfocada en la emoción, los psicólogos clínicos puedan realizar una intervención efectiva a nivel psico-emocional para ayudar a reducir sintomatología de depresión postparto en la madre.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo y hasta qué punto la terapia enfocada en la emoción (EFT) influye sobre la reducción de síntomas de la depresión postparto en un estudio de caso?

### **Contexto y marco teórico**

El contexto y marco teórico de la presente investigación se enfoca en el campo neuropsicológico, y la intervención terapéutica de la Emotional Focused Therapy (EFT) o Terapia Centrada en la Emoción de Leslie Greenberg (2008) como tratamiento psicológico en un estudio de caso de depresión postparto. Varios de los estudios que se han investigado para sustentar teóricamente la presente tesis establecen sus puntos críticos en la terapia psicológica como un tratamiento eficaz para reducir síntomas de depresión debido a que se producen cambios neuropsicológicos en el cerebro de las personas (Bhar, Gelfand, Schmid, Gallop, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, & Beck, 2008; Cujipers et al., 2008; DeRubeis et al., 2008; Greenberg & Watson, 2006; Sharpley, 2010). Por lo tanto, el marco teórico del presente estudio investigativo se enfoca en el efecto de la EFT dentro de un contexto de neuroplasticidad donde un cambio físico emocional como la intervención terapéutica puede modificar conexiones neuronales, y al mismo tiempo, el cambio de conexiones neuronales tiene un efecto sobre el comportamiento humano en un caso de

depresión postparto sin el uso de fármacos. Adicionalmente, se pretende establecer que la sintomatología depresiva postparto sólo puede ser diagnosticada bajo los parámetros del DSM-IV-R para prevenir falso diagnóstico aunque se usen escalas e inventarios para ayudar a sustentar el diagnóstico. En otras palabras, se definirá a la depresión postparto como un episodio o trastorno emocional con sintomatología específica que se ha diagnosticado a las cuatro semanas después del parto (DSM-IV-TR, 2000).

### **El propósito del estudio.**

El propósito principal de la presente investigación es responder a la pregunta de investigación. Es decir, se propone verificar cómo y hasta qué punto la EFT ayuda a reducir la sintomatología depresiva postparto en un estudio de caso mediante intervenciones psicológicas.

Otro propósito del estudio es ayudar a difundir la importancia del diagnóstico y tratamiento de la depresión postparto hacia madres ecuatorianas que han dado a luz recientemente. Se espera que eventualmente, las respuestas a la pregunta de investigación de este estudio apoyen a las madres que tienen indicios o síntomas de depresión postparto al proporcionar una terapia psicológica enfocada en la emoción de manera gratuita. Adicionalmente, las respuestas también crearán conciencia sobre la importancia del diagnóstico, tratamiento y consecuencias que trae la depresión postparto no tratada en mujeres ecuatorianas que han dado a luz recientemente.

### **El significado del estudio.**

Las mujeres que presentan diagnóstico de depresión postparto necesitan un sustento científico que les ayude a comprender la razón principal de los síntomas característicos que pueden estar sintiendo durante el período después del parto. El hecho de entender que

existe un tratamiento psicológico efectivo que ayude a reducir síntomas de depresión postparto y que previene las consecuencias a largo plazo, apoya a estas mujeres que pueden estar sufriendo en silencio. Este estudio ayudará a difundir información valiosa a todas aquellas mujeres ecuatorianas que han dado a luz recientemente porque la información recopilada por medio de varias investigaciones literarias estará disponible en línea, de libre acceso y sin costo alguno. Por lo tanto, dentro de este estudio varias mujeres ecuatorianas pueden encontrar dicha información y servir de ayuda para ellas mismas. Adicionalmente, las mujeres ecuatorianas con síntomas de depresión postparto pueden darse cuenta que existen casos de depresión postparto en Ecuador y que su situación no es única en este País. En pocas palabras, para algunas mujeres ecuatorianas la información que contiene esta investigación puede ser fuente de sustento psicológico y alivio personal.

Realmente, este estudio investigativo es innovador en cuanto a la estrategia de aplicación de terapia psicológica enfocada en la emoción. De igual manera, en el 2013, se ha notado que es un estudio único que se realizará en Ecuador en este campo.

### **Definición de términos**

#### **Intervención terapéutica.**

Intervención psicológica donde se aplican estrategias estructuradas para proporcionar alivio mental y emocional (Greenberg, 2011).

#### **Emoción.**

Respuesta fundamental a un evento que sucede en la vida diaria y que determina el modo de pensar, de actuar e interactuar (Greenberg, 2011).

### **Depresión materna.**

Episodio depresivo que presenta una madre sin indicador de pre o postparto y es un factor que incrementa el riesgo de que su(s) hijo(s) presente(n) alguna psicopatología (Goodman, 2007).

### **Presunciones del autor del estudio**

Se presume que la paciente del estudio de caso va a ser honesta con sus emociones en el momento de las terapias y al momento de responder tests y escalas aplicadas. Se presume que habrá empatía entre paciente y terapeuta que ayudará a construir una relación segura para que la paciente sienta confianza y se exprese con claridad. Se presume que se podrán aplicar todas las estrategias estructuradas de la EFT durante el proceso de desarrollo terapéutico en un período de tiempo específico. Se presume que la paciente asistirá a todas las sesiones psicológicas.

### **Supuestos del estudio**

Por un lado, se supone que los estudios realizados en otras partes del mundo sobre la depresión postparto pueden ser usados como fundamento teórico en el contexto ecuatoriano.

Por otro lado, se supone que la intervención terapéutica de la EFT va a ser efectiva en casos de depresión postparto ya que ha demostrado ser efectiva en casos de depresión.

Se supone también que terceras variables como el apoyo social cercano de la paciente, búsqueda de información por parte de la paciente aparte de la información otorgada por la terapeuta, apoyo espiritual, entre otros, pueden influir indirectamente sobre el proceso terapéutico.

Finalmente, se supone que la paciente no demostrará aversión a la terapia y que tanto catarsis como la comprensión clara de que la depresión postparto es involuntaria, le pasa a otras mujeres más, que no es la única que tiene esta sintomatología, y que es un proceso neurológico que tiene tratamiento, tendrán un efecto indirecto sobre la intervención terapéutica.

A continuación se presentará la Revisión de la Literatura que está dividida en cinco partes. Estas cinco partes abarcan el significado de la depresión postparto, causas neurológicas y biológicas, factores de riesgo, consecuencias a largo plazo sobre la madre y el bebé, y comparación de otros tratamientos psicológicos. Posteriormente, se encontrará la explicación de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados, las conclusiones, discusión, bibliografía y anexos del presente estudio investigativo.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

En esta sección se explican los parámetros usados para la revisión de la literatura del presente estudio investigativo. En primera instancia, se establece el género literario que se tomó en cuenta para clasificar el tipo de información. En segundo lugar, se explican los pasos que se tomaron en cuenta para realizar la revisión literaria. En último lugar, se explica el formato usado para la revisión bibliográfica por temas.

### **Géneros de literatura incluidos en la revisión**

#### **Fuentes.**

La información obtenida para la revisión de la literatura proviene de revistas electrónicas indexadas, papers, journals revisados por expertos, publicaciones revisadas por profesionales, artículos académicos, libros, conferencias de un psicólogo clínico renombrado y comunicación directa de profesionales de la salud en neonatología.

Los artículos usados son de carácter académico y de especialidad en psicología, neuropsicología, neonatología, cuidado de la salud mental, pediatría, comportamiento después del parto, vinculación afectiva entre madre e hijo, apoyo social, y depresión postparto.

Los artículos, papers, y journals revisados por expertos (indexados) han sido obtenidos por medio de la biblioteca electrónica de la Universidad San Francisco de Quito. La información ha sido adquirida principalmente de bases de datos de PROQUEST y EBSCO. Algunos artículos y libros en línea fueron encontrados en la base de datos de Google Académico. Adicionalmente, la información académica usada proviene de estudios de diferentes países tales como El Reino Unido, Estados Unidos de América, Canadá, México, Nueva Zelanda, Australia, Tailandia, Chile, entre otros. Por lo tanto, la

información obtenida se considera global y aplicable a diversas culturas.

También se usó información proveniente de talleres, conferencias, entrenamiento psicológico centrado en la emoción y comunicación directa con profesionales de la salud. Especialmente, se trabajó en conjunto con el Doctor Diego Alarcón y colegas de la Clínica La Primavera para apoyar de manera psicológica y emocional a madres que recién han dado a luz.

### **Pasos en el proceso de revisión de la literatura**

Los temas de la revisión de literatura emergieron por palabras clave relacionadas a la depresión postparto y la terapia psicológica. Adicionalmente, se realizó una búsqueda de información por medio de la combinación de varias palabras o juego de palabras clave. Una vez obtenida la información relevante, se decidió usar las referencias de artículos importantes para llegar a obtener aún más información relevante. Las bases de datos más usadas para el proceso de búsqueda fueron PROQUEST y EBSCO.

El tipo de información relevante para el estudio se seleccionó de manera personal al realizar varias lecturas sobre los resúmenes, resultados y discusiones de los artículos académicos obtenidos. Del mismo modo, esta selección de artículos fue productiva para sintetizar algunos conceptos relevantes para el marco teórico.

Adicionalmente a las revistas y bases de datos electrónicos, se obtuvo información importante de varios libros y conferencias dictadas por Leslie Greenberg, un reconocido pionero de la psicología enfocada en la emoción, durante su visita y entrenamiento intensivo en la terapia enfocada en la emoción o EFT dentro de las instalaciones de la Universidad San Francisco de Quito a finales del mes de marzo y principios del mes de abril del 2012.

En esencia, la literatura se basa en la prevalencia de la depresión postparto y lo que se puede hacer para reducir esta prevalencia ya que, si la depresión postparto no es tratada, existen consecuencias motoras, del lenguaje y del desarrollo a largo plazo sobre el niño y causas emocionales tanto hacia la madre como hacia el hijo. Una vez iniciada la búsqueda de información se comenzó a investigar de manera profunda sobre la depresión postparto en Ecuador. Se encontró que muchas mujeres han sufrido en silencio con por lo menos un episodio depresivo después del parto pero jamás lo reportaron. Se decidió hacer una intervención en un estudio de caso para aplicar los conocimientos teóricos obtenidos en psicología y apoyo emocional a una madre que actualmente esté atravesando por un episodio depresivo postparto. Según seguían avanzando las sesiones psicológicas se seguía buscando información relevante para este estudio de caso en específico.

Hasta el conocimiento de la autora en la fecha de publicación, es importante recalcar que la información académica obtenida es de carácter teórico que jamás se ha aplicado en Ecuador. Por lo tanto, la dificultad de obtener información concreta por parte de profesionales de la salud y pacientes con sintomatología depresiva postparto fue mayor a la esperada en un inicio. Hasta la fecha de publicación, se puede establecer que este estudio investigativo es pionero en una intervención psicológica enfocada en la emoción para reducir la sintomatología depresiva postparto en un estudio de caso de una madre ecuatoriana. Se espera que la intervención sea efectiva y generalizable en futuros estudios. Por lo tanto el presente estudio investigativo tiene un plan de acción en el presente con un estudio de caso con visión de aplicabilidad futurística.

### **Formato de la revisión de la literatura**

La revisión de la literatura se divide en tres temas principales. El primer tema

constituye y explica a la depresión postparto en prevalencia, sintomatología y diagnóstico, factores de riesgo, causas neurológicas y biológicas, consecuencias sobre la madre y el bebé. El segundo tema profundiza en la neuropsicología y plasticidad. Por último, el tercer tema propone las investigaciones de algunos tratamientos psicológicos aplicados a la depresión postparto y enfatiza a la EFT como el tratamiento del estudio de caso del presente estudio investigativo.

### **Prevalencia, sintomatología y diagnóstico de la depresión postparto.**

#### ***Prevalencia de la depresión postparto alrededor del mundo.***

La mayoría de estudios sugieren que la prevalencia de la depresión postparto alrededor del mundo es del 10 al 15% (Abrams & Curran, 2007; Appolonio & Fingerhut, 2008; Boath & Henshaw, 2001; Brockington, 1996; Friedman & Resnick, 2009; Neiland & Roger, 1997; O'Hara & Swain, 1996 en Horowitz & Goodman, 2004; Warner, Appleby, Whitton & Faragher, 1996 en Almond, 2009). Esto significa que una de cada ocho mujeres tiene síntomas de depresión postparto (Appolonio & Fingerhut, 2008). No obstante esta cifra de prevalencia puede variar según el tipo de muestra de estudio, el criterio diagnóstico, la raza, cultura y los países de estudio (Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006). Por ejemplo, en un estudio investigativo realizado en Tailandia, resume que existe una prevalencia de síntomas depresivos postparto del 16,5% (Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006) en contraste con un estudio en Chile donde se encontró que la prevalencia de depresión postparto es del 8,8% al 9,2% (Guendelman, 2008). En Australia se realizó un estudio para determinar el porcentaje de madres con sintomatología ansiosa, depresiva o comórbida entre ansiedad y depresión (Yelland, Sutherland, & Brown, 2010) se encontró que al menos el 17,4% de madres con seis meses postparto presentaron

sintomatología y diagnóstico depresiva postparto (Yelland et al., 2010). También se encontró que el 27% de mujeres pertenecientes a una minoría étnica en el Reino Unido presentan depresión postparto (Onozawa, Kumar, Adams, Dore & Glover, 2003 en Almond, 2009). En Vietnam se encontró una incidencia del 32% (Fisher, Morrow, Nhu Ngoc & Hoang Anh, 2004 en Almond, 2009) y en Indonesia del 22% (Edwards et al., 2006 en Almond, 2009). Aunque según un estudio realizado en Taiwán, se encontró que el 25% de mujeres Vietnamitas e Indonesas que residen en Taiwán presentan depresión (Huang & Mathers, 2006 en Almond, 2009). En otro ejemplo de una investigación con una muestra de mujeres militares en Estados Unidos en su período postparto se reporta un 19,5% de prevalencia de depresión postparto (Appolonio & Fingerhut, 2008). En contraste con estas cifras altas, se han realizado investigaciones en Estados Unidos con mujeres latinas y afroamericanas en la etapa postparto donde se evidencia una prevalencia entre el 6,5% y el 8,5% de mujeres con depresión postparto (Yonkers, Ramin, Rush, Navarrete, Carmody, March, Heartwell & Leveno, 2001). Adicionalmente, se ha encontrado que un gran porcentaje de mujeres latinas que residen en Estados Unidos de América y México presentan sintomatología depresiva durante el embarazo (Lara, Le, Letechipia & Hochhausen, 2009). Al mismo tiempo, este estudio sugiere que un alto índice de depresión durante el parto conlleva a un alto índice de depresión postparto posterior (Lara et al., 2009).

Las evidencias sugieren que la prevalencia de la depresión postparto puede variar según condiciones mencionadas anteriormente. No existen datos estadísticos específicos que determinen un porcentaje exacto de madres con depresión postparto en Ecuador. Por lo tanto, para fines investigativos del presente estudio se toma como referencia que aproximadamente una de cada ocho madres (del 10% al 15%) que han dado a luz puede

presentar síntomas característicos de la depresión postparto.

### ***Sintomatología.***

Algunos de los síntomas característicos de la depresión postparto son estado de ánimo deprimido o irritable, pérdida de interés en realizar diversas actividades, trastorno del sueño (no poder dormir aún cuando el bebé está dormido), pérdida o aumento de peso, preocupación intensa, sensación de culpa, sensación de vacío, sensación de inutilidad o falta de valor, psicomotricidad enlentecida, fatiga física y mental, poca energía para realizar actividades, falta de concentración y pensamiento suicida (Zaers, Waschke, & Ehlert, 2008 en Friedman, & Resnick, 2009). Según el DSM-IV-R los síntomas más comunes de un episodio depresivo mayor característico por depresión postparto “incluye fluctuaciones en el estado anímico, labilidad anímica, y preocupación por el bienestar del recién nacido...” (DSM-IV-R, 2000, p. 422 traducido por autora). Adicionalmente, algunas mujeres con depresión postparto reportan sentir ansiedad severa, e inclusive, ataques de pánico (DSM-IV-R, 2000). Por un lado, si existe algún tipo de pensamiento ilusorio, alucinatorio o rumiación severa por parte de la madre hacia su bebé, pueda que la depresión postparto presente síntomas psicóticos y exista un alto riesgo de que el bebé resulte herido (DSM-IV-R, 2000). Por otro lado, es importante reconocer que después de dos semanas del parto, el 70% de madres presentan un “baby blues” que es normal, transitorio y no es un caso de depresión postparto (DSM-IV-R, 2000) debido a que la sintomatología depresiva desaparece a las dos semanas postparto donde existen cambios de orden hormonal (DSM-IV-R, 2000).

Las actitudes consecuentes a la depresión postparto pueden variar según la madre, sin embargo, las actitudes más comunes son desinterés por el bebé, temor de permanecer

sola con su bebé, o ser demasiado intrusiva con el bebé sin dejarlo descansar (DSM-IV-R, 2000). Por lo general, también existe una pérdida de interés por las relaciones sexuales (DSM-IV-R, 2000).

***Criterio diagnóstico.***

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R) la depresión postparto puede representar un elemento específico de los siguientes casos y criterios diagnósticos clínicos del estado de ánimo: Episodio Depresivo Mayor, Episodio Maníaco, Episodio Mixto, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor con Episodio Maníaco, Trastorno Depresivo Mayor con Episodio Mixto, Trastorno Bipolar I, Trastorno Bipolar II y Trastorno Psicótico Breve (2000).

El criterio diagnóstico especifica el tiempo de evaluación en cuatro semanas después del parto (DSM-IV-R, 2000). Los síntomas evaluados para diagnosticar la depresión postparto son los mismos criterios diagnósticos para evaluar episodios y trastornos del estado de ánimo antes mencionados (DSM-IV-R, 2000). Por ejemplo, una persona que es evaluada con un Trastorno Depresivo Mayor cumple los mismos criterios diagnósticos que una mujer que ha dado a luz recientemente y que ha sido evaluada con un Trastorno Depresivo Mayor cuatro semanas después del parto (DSM-IV-R, 2000). Cuando existen síntomas psicóticos dentro del criterio diagnóstico se trata de una depresión postparto severa donde puede ocurrir infanticidio (DSM-IV-R, 2000). Sin embargo, la depresión postparto psicótica ocurre en solo uno de 1000 casos (DSM-IV-R, 2000), por ende no tiene la frecuencia de la depresión postparto como tal. Se debe aclarar que no es lo mismo tener alucinaciones durante el parto que tener alucinaciones frecuentes después del

parto la mayor parte del tiempo (DSM-IV-R, 2000). El criterio diagnóstico para el presente estudio de caso se encuentra detallado en el capítulo tres.

### **Factores de riesgo de la depresión postparto.**

Existen algunos factores de riesgo que incentivan a la activación sintomatológica de la depresión postparto (Oppo, Mauri, Ramacciotti, Camilleri, Banti, Borri et al., 2009). Por ejemplo, en el 2001 se encontró que el hecho de no amamantar al infante y el no vivir con la pareja eran factores de riesgo para la depresión postparto en una primera evaluación (Yonkers et al., 2001). También se encontró que los síntomas depresivos persistentes estaban asociados al tener otro hijo pequeño en la casa demandando atención de la madre (Yonkers et al., 2001). Según un estudio cualitativo, se encontró que las mujeres creían que la falta de apoyo social era el factor más importante para el desarrollo de la depresión postparto (Thurtle, 2003 en Almond, 2009).

Algunos individuos reaccionan genéticamente diferente a otros al momento de una situación estresante (Mitchell, Notterman, Brooks-Gunn, Hobcraft, Garfinkel, Jaeger, Kotenko, & McLanahan, 2011). En el 2011 se realizó un estudio sobre la predisposición genética de cómo una mujer reacciona ante el estrés en casos de depresión postparto (Mitchell et al., 2011). Se encontró evidencia de que algunas mujeres son más propensas a reaccionar ante el estrés que otras. Lo que sugiere que una disponibilidad genética de cómo reaccionar ante factores estresantes puede ser un factor de riesgo de la depresión postparto (Mitchell et al., 2011).

Hoy en día se conocen alrededor de 12 instrumentos de medición de factores de riesgo de la depresión pre y postparto (Oppo et al., 2009). Es decir, existen 12 escalas o inventarios diferentes que pueden ayudar a medir cuáles son los factores de riesgo de la

depresión antes y después del parto. Uno de los doce instrumentos más usados para reconocer algunos factores de riesgo o predictores es el inventario de predicción de la depresión postparto revisado (PDPI-R) por sus siglas en inglés (Oppo et al., 2009). Sin embargo, sin importar el instrumento de medición, se ha realizado un estudio donde se ha evidenciado que los predictores o factores de riesgo más influyentes de la depresión postparto son 13 (Beck, 2002) y se resumen a continuación.

1. Depresión prenatal que puede ocurrir durante cualquier trimestre del embarazo.
2. Estrés por cuidar al recién nacido que incluye el bienestar, alimentación, sueño y salud del bebé.
3. Estrés de la vida cotidiana que puede incluir cambios en la relación matrimonial o de pareja, cambios laborales, y crisis de todo tipo.
4. El apoyo social que se necesita en un caso de depresión postparto es de carácter físico y emocional donde lo más importante es la frecuencia de contacto y el poder expresar pensamientos y sentimientos. Un apoyo social precario puede influir en el desarrollo de la sintomatología depresiva (Oppo et al., 2009).
5. Sensación de ansiedad que se refiere a sentimientos de inquietud, incomodidad o aprehensión relacionados a una amenaza inespecífica.
6. Satisfacción marital que corresponde al nivel de satisfacción o felicidad sentida por los miembros de la pareja, comunicación, afectividad, toma de decisiones en conjunto, entre otras.
7. Historia de depresiones anteriores.
8. Temperamento del recién nacido irritable, quisquilloso o demandante, impredecible

y difícil de calmar.

9. Si la madre tuvo un “baby blues” que es un fenómeno de cambios hormonales que ocurre hasta los diez días después del parto donde se producen ganas de llorar, ansiedad, dificultad para concentrarse e irritabilidad.
10. Auto estima, auto valía y auto aceptación que es la base de la confianza en uno mismo y sus habilidades.
11. Estatus socio económico.
12. Estado marital o estado civil; por ejemplo, si la paciente es soltera, casada, divorciada, viuda, en unión libre, entre otras.
13. Un embarazo no planificado o no deseado.

A nivel etiopatogénico hay factores de riesgo que ocasionan una susceptibilidad a la depresión postparto tales como alteración genética, alteración neuroendócrina y eventos vitales estresantes mayores (Guendelman, 2008). Actualmente, se ha clasificado a los principales factores de riesgo en tres categorías diferentes que son: fuerte, moderado y leve (Oppo et al., 2009). El estrés y la falta de apoyo social son factores de riesgo fuertes. Factores psicológicos y problemas matrimoniales son factores de riesgo moderados. Factores obstétricos y socio económicos tienen una influencia leve (Oppo et al., 2009).

En el año 2009, Oppo y colaboradores realizaron un estudio investigativo usando el inventario de predicción de la depresión postparto revisado en una muestra de 1066 mujeres. Se encontró que las mujeres multíparas reportan sentir menos auto estima, menos apoyo social, menor satisfacción matrimonial, y en algunos casos, reportaron haber tenido un episodio depresivo anterior (Oppo et al., 2009). De igual manera, la mayoría de mujeres multíparas aceptaron asistir a terapia psicológica o recibir medicación comparado con las

mujeres primíparas (Oppo et al., 2009). También se encontró que los factores de riesgo pueden variar de acuerdo al período gestacional o postparto (Oppo et al., 2009). Por ejemplo, las mujeres al inicio del embarazo reportaban sentir menor apoyo social y mayor estrés cotidiano mientras que al final del embarazo, la ansiedad incrementaba (Oppo et al., 2009). Se concluye que existen algunos factores de riesgo que pueden predecir la depresión postparto tales como historia depresiva anterior o durante el embarazo, ansiedad prenatal, y apoyo social precario en etapas de gestación o postparto (Oppo et al., 2009). También se concluye que la predicción de la depresión postparto por medio de una evaluación de factores de riesgo influyentes pueden ayudar a identificar y prevenir la sintomatología depresiva y sus consecuencias a futuro (Oppo et al., 2009).

#### **Causas neurológicas y biológicas de la depresión postparto.**

Existen varias hipótesis que se refieren a las posibles causas por las que se desarrolla la sintomatología depresiva. A continuación se exponen varios artículos en orden cronológico ascendente de estudios científicamente comprobados que explican las causas neurológicas y biológicas de la depresión postparto.

#### ***Niveles de serotonina son significativos en los resultados de depresión en mujeres con depresión postparto.***

En el 2007, se quiso investigar si las plaquetas de la sangre que están correlacionadas a la medición de serotonina puede ayudar a diagnosticar un caso de depresión postparto (Maurer-Spurej, Pittendreigh, & Misri, 2007). Mediante exámenes de sangre y procesos de laboratorio se encontró que los niveles de serotonina obtenidos por las plaquetas de la sangre eran 50% más bajos en las mujeres con depresión postparto (Maurer-Spurej et al., 2007). Se concluye que a través de las plaquetas de la sangre se

puede obtener un nivel de serotonina y que éste nivel es un instrumento de medición que ayuda al diagnóstico de la depresión postparto (Maurer-Spurej et al., 2007). Es decir, mientras menos nivel de serotonina en la sangre, mayor propensión a tener depresión postparto (Maurer-Spurej et al., 2007).

***Neurobiología interpersonal: la depresión postparto y el vínculo de apego temprano.***

*Neurobiología de la depresión.*

De acuerdo a varios estudios con equipos especializados en neuro imagen, se establece que las áreas cerebrales de mayor influencia en la depresión son la corteza prefrontal, corteza cingulada, hipotálamo, hipocampo, amígdala, cuerpo estriado y tálamo (Drevets, 2000; Nestler, 2002). La corteza prefrontal está asociada a la planificación de comportamientos motores y de cognición así como también está involucrada en la auto conciencia y en la capacidad para planificación y resolución de problemas (Bear, Connors, & Paradiso, 2007). Esto se resume a que la corteza prefrontal, al estar interrelacionada con otras áreas cerebrales, ayuda a saber qué acciones serán convertidas en señales y cómo estas acciones serán llevadas a cabo (Bear et al., 2007). Por lo tanto, la corteza prefrontal está involucrada en procesos de aprendizaje y memoria (Bear et al., 2007). La corteza cingulada forma parte del sistema límbico y por lo tanto está relacionada a la experiencia emocional (Bear et al., 2007). El hipotálamo es una estructura que “integra respuestas somáticas y viscerales de acuerdo a las necesidades del cerebro” (Bear et al., 2007, p. 484, traducido por autora). Esto significa que el hipotálamo integra las funciones del sistema nervioso autónomo (Bear et al., 2007). El hipotálamo también regula el proceso de homeostasis y controla a la glándula pituitaria (Bear et al., 2007). En ocasiones, las

neuronas actúan como glándulas y secretan neurohormonas que son liberadas directamente en la sangre (Bear et al., 2007). En el caso de las magnocélulas neurosecretoras en el hipotálamo, se secretan dos neurohormonas que son la oxitocina y la vasopresina. El hipotálamo está asociado también a la expresión comportamental de la emoción (Bear et al., 2007). El hipocampo juega un rol importante en el aprendizaje y la memoria (Bear et al., 2007). La amígdala se asocia a la regulación emocional y a la memoria (Bear et al., 2007). El tálamo interviene en la sensación emocional, almacenamiento de la memoria, y filtro de estímulos agradables y desagradables (Bear et al., 2007).

Se ha evidenciado que tanto el estrés como la depresión ocasionan una disminución notable en la neurogénesis a nivel hipocampal (Guendelman, 2008). Lo que significa que al no existir regeneración neuronal en el hipocampo éste se modifica y por lo tanto, el procesamiento y almacenamiento de la memoria, aprendizaje y el manejo del espacio se pueden modificar (Guendelman, 2008).

De igual manera, se ha demostrado que los pacientes con depresión tienen una reactivación de la amígdala frente al procesamiento emocional (Guendelman, 2008). Lo que significa que la amígdala se encuentra sobre estimulada al procesar y almacenar información emocional (Guendelman, 2008). Es como si la amígdala estuviera cargada de trabajo todo el tiempo sin poder terminar de realizar ningún trabajo porque no puede trabajar a cabalidad. En consecuencia, existe una disfunción en el procesamiento emocional (Guendelman, 2008). Adicionalmente, la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral disminuye al punto en el que las tareas de control ejecutivo se ven afectadas (Guendelman, 2008).

Por otro lado, se conoce que las áreas del cerebro trabajan en interrelación y se

intercomunican de tal manera que cuando existe un cambio a nivel neuronal en un área cerebral, el resto de áreas que funcionan al realizar tal actividad en específico, también se modifican (Bear, Connors, & Paradiso, 2007). En otras palabras, existen circuitos neuronales que trabajan en conjunto sobre algunas áreas importantes para el funcionamiento humano tales como la cognición social, conducta y regulación emocional, respuesta al estrés, memoria, aprendizaje, conductas motivacionales, ritmos circadianos, nivel de energía y ánimo basal, búsqueda de placer, entre otras (Guendelman, 2008) y si alguna de estas áreas se modifica, el circuito de interconexión también será modificado (Guendelman, 2008).

Se ha encontrado que cuando existe depresión, hay una baja en neurotransmisores monoaminérgicos como la serotonina, noradrenalina y dopamina que causa una disfunción a nivel del sistema nervioso (Bale, 2006 & Castrén, 2005 en Guendelman, 2008; Nestler 2002; Sapolsky, 2000). También se ha descubierto que existe un desbalance en el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (Bale, 2006 & Castrén, 2005 en Guendelman, 2008; Nestler 2002; Sapolsky, 2000).

#### *Neurobiología de la depresión postparto.*

Mediante la imagen por resonancia magnética funcional, (fMRI por sus siglas en inglés), que es una herramienta usada para observar las disfunciones neuroanatómicas cerebrales, se pretende investigar el funcionamiento neuronal de las emociones durante el período postparto (Silverman, Loudon, Liu, Mauro, Leiter, & Goldstein, 2011). Hasta el momento se conoce que la respuesta emocional de una persona depende del funcionamiento de la amígdala (una estructura cortical importante en el procesamiento emocional) (Silverman et al., 2011).

Silverman y colegas realizaron un estudio piloto con mujeres que presentaban sintomatología depresiva postparto en el 2007 (Guendelman, 2008). Mediante un fMRI, se observó una disminución en la actividad de la corteza orbitofrontal que está asociada a la regulación emocional y toma de decisiones, un aumento en la actividad de la ínsula bilateral que está asociada a la experiencia emocional negativa o positiva, y una disminución en la actividad del centro estriado que se asociada a la motivación y conductas de recompensa en mujeres con depresión postparto (Guendelman, 2008). Por lo tanto, el estudio se resume que las mujeres con depresión postparto tienden a disminuir su regulación emocional, toma de decisiones, motivación, y conductas de recompensa, y tienden a aumentar la experiencia emocional negativa.

A raíz de su estudio piloto, Silverman y colaboradores deciden realizar un estudio investigativo con 20 mujeres diagnosticadas con depresión postparto (2011). El propósito del estudio era evaluar la actividad neuroanatómica de la amígdala durante la exposición a un estímulo emocional (Silverman et al., 2011). La hipótesis del estudio se basó en que un incremento de la actividad de la amígdala se debe a una mayor exposición de un estímulo negativo en mujeres diagnosticadas con depresión postparto que presentan sintomatología depresiva severa (Silverman et al., 2011). Es decir, que la actividad de la amígdala está correlacionada a la exposición emocional negativa. Lo que sugirió que la irregularidad en el funcionamiento de la amígdala puede asociarse a la sintomatología depresiva y a los diferentes diagnósticos de depresión postparto (Silverman et al., 2011). También se encontró que la sintomatología depresiva que no estaba controlada por medio de fármacos se asociaba a la falla en la activación de la región derecha de la amígdala en respuesta a un estímulo lingüístico de amenaza (Silverman et al., 2011). Lo que significa que la madre con depresión postparto no reacciona emocionalmente ante un estímulo lingüístico de

amenaza. En consecuencia, Silverman y colegas sospechan que las mujeres con depresión postparto no presentan cierta sensibilidad a estímulos de amenaza por lo que tienen dificultad en tomar decisiones de protección para con sus hijos durante el desarrollo temprano (2011). En este estudio también se encontró que los patrones de activación de la amígdala en personas con depresión son diferentes a los patrones de activación de la amígdala de mujeres con depresión postparto (Silverman et al., 2011). Lo que sugiere que sí existe una diferenciación en las características neurológicas de mujeres con depresión y mujeres con depresión postparto (Silverman et al., 2011) aunque no se especifican con claridad.

Otro estudio neurológico realizado por Moses-kolko y colegas examinó la actividad del cortex prefrontal dorsomedial y la amígdala al exponer estímulos visuales negativos a una madre con depresión postparto (2010). El estudio se llevó a cabo con 16 madres sin depresión postparto y 14 madres con depresión postparto (Moses-kolko, Perlman, Wisner, James, Saul, & Phillips, 2010). Mediante una imagen por resonancia magnética funcional (fMRI) se observó la actividad cortical prefrontal dorsomedial y la actividad de la amígdala durante la exposición a estímulos visuales de rostros y a la actividad de combinar formas (Moses-kolko et al., 2010). El córtex prefrontal dorsomedial se asocia al proceso de atender estados emocionales (Bear, Connors, & Paradiso, 2007). Los autores encontraron que cuando se expuso al estímulo visual de rostros, el córtex prefrontal dorsomedial izquierdo de las madres con depresión postparto redujo su actividad (Moses-kolko et al., 2010). También se encontró que existe una correlación negativa entre la actividad de la amígdala izquierda y la sintomatología depresiva postparto (Moses-kolko et al., 2010). En otras palabras, mientras exista menos actividad de la amígdala ante un estímulo visual-emocional hay más propensión a la depresión postparto severa y a un proceso de

vinculación afectiva precario (Moses-kolko et al., 2010). Adicionalmente, se encontró que existe una correlación positiva entre la actividad de la amígdala derecha y la ausencia de hostilidad relacionada al infante (Moses-kolko et al., 2010). Se concluye que el funcionamiento de la amígdala durante una exposición a rostros con expresión facial negativa cambia notablemente, especialmente en mujeres con depresión postparto (Moses-kolko et al., 2010). Por lo tanto, la actividad reducida tanto de la amígdala como del cortex prefrontal dorsomedial en respuesta a la exposición de rostros que expresan emociones puede ser un mecanismo neuronal importante durante la depresión postparto (Moses-kolko et al., 2010). Aunque este estudio explique la reacción neurológica de la depresión postparto, ayuda a futuras investigaciones que pueden enfocarse en la búsqueda de una posible causa de esta psicopatología.

En el aspecto biológico hormonal, se ha encontrado que las mujeres que han dado de lactar pueden tener niveles de prolactina moderadamente elevados hasta los tres meses después del parto (Creasy & Resnik, 1994). Mientras que en mujeres que no han dado de lactar, los niveles de prolactina se reducen de manera gradual (Creasy & Resnik, 1994). Las mujeres con depresión postparto presentan bajo nivel de prolactina, bajo nivel de cortisol, baja inmunidad celular (Groera, 2007 en Guendelman, 2008) y bajo nivel de oxitosina (Skrundz, Bolten, Nast, Hellhammer, & Meinschmidt, 2011). La prolactina es una hormona que ayuda en la secreción de leche materna (Bear et al., 2007). El cortisol es una hormona que moviliza las reservas de energía del cuerpo, ayuda a superar el estrés y modera el sistema inmunológico (Bear et al., 2007). Durante la lactancia, la oxitocina facilita la secreción de leche materna y ayuda en la permeabilidad de la membrana mamaria que provee nutrientes a las células alveolares (Creasy & Resnik, 1994). La insulina es necesaria para mantener los niveles de lactancia (Creasy & Resnik, 1994).

### *Neurobiología del apego.*

La ejecución y regulación de conductas sociales y emocionales (empatía, auto regulación, razonamiento social y representación e interpretación de respuestas somáticas) son controladas por estructuras cerebrales corticales y límbicas (Adolphs, 2003 & Siegel, 2006 en Guendelman, 2008). Si las estructuras corticales y límbicas en el cerebro (ínsula, corteza orbitofrontal, y corteza preforntal) se ven afectadas de alguna manera, las habilidades de la madre para sintonizarse con su bebé también se verán afectadas (Guendelman, 2008). Por ejemplo, una alteración significativa en la ínsula, corteza orbitofrontal y corteza prefrontal puede alterar la percepción e interpretación de la expresión afectiva de otros (Guendelman, 2008). En consecuencia, la madre no encuentra conexión o vínculo afectivo sintónico con su bebé (Guendelman, 2008). En el 2006, Sabuncuodlu y colaboradores se dieron cuenta que existe una correlación significativa entre el estilo de apego materno inseguro y la depresión postparto (Guendelman, 2008). En otras palabras, el vínculo de apego se modifica al existir sintomatología depresiva (Moehler, 2006 & Taylor, 2005 en Guendelman, 2008) debido a causas neurológicas.

### ***Huella de expresión de la célula genética de sangre mononuclear en la depresión postparto.***

En el 2010 se realizó un estudio científico donde se quería averiguar si existe algún patrón de expresión genética en la sangre de madres con sintomatología depresiva postparto (Segman, Goltser-dubner, Weiner, Canetti, Galili-weisstub, Milwidsky, Pablov, Friedman, & Hochner-celnikier, 2010). Se encontró que existe un patrón o huella específica en la sangre de las madres diagnosticadas con depresión postparto comparado con madres sin depresión postparto (Segman et al., 2010). Este patrón se refiere a que la

activación de algunos genes en muestras de sangre de madres con depresión postparto son diferentes a los genes activos en la sangre de madres sin depresión postparto (Segman et al., 2010). Esto significa que los genes activos de las madres con depresión postparto no son los mismos genes activos de las madres sin depresión postparto. Adicionalmente, se encontró que las células sanguíneas de aquellas madres con pronóstico de desarrollo de depresión postparto tienden a reducir su proliferación, réplica de ADN y procesos de reparación (Segman et al., 2010). En consecuencia, la activación y funcionamiento del sistema inmunológico también cambia en madres con depresión postparto lo que implica vulnerabilidad en la salud física (Segman et al., 2010).

En resumen, el estudio de Segman y colaboradores señala que existe una diferenciación en la activación genética entre madres con depresión postparto y madres sin depresión postparto (2010). Lo que sugiere que existe la posibilidad de que la depresión postparto esté asociada a la activación de ciertos genes (Segman et al., 2010).

***Concentración de oxitocina plasmática durante el embarazo está asociada con el desarrollo de la depresión postparto.***

Se conoce que la oxitocina es una hormona que estimula la adaptación al embarazo, al comportamiento maternal, y al establecimiento del vínculo afectivo (Skrundz et al., 2011). Según esto, se quiso investigar si existe una relación entre niveles bajos de oxitocina durante el embarazo y el desarrollo de síntomas depresivos postparto (Skrundz et al., 2011). Se encontró que en el grupo de las mujeres con diagnóstico de depresión postparto el nivel de oxitocina era menor comparado con las mujeres sin un diagnóstico depresivo (Skrundz et al., 2011). Por lo tanto, se concluye que se puede predecir un caso de depresión postparto por el nivel de oxitocina en la sangre durante el embarazo (Skrundz et

al., 2011). Se concluye también que la baja concentración de oxitocina en la sangre es un factor importante en la aparición de sintomatología depresiva postparto (Skrundz et al., 2011).

***Respuesta de estrés de mujeres en período postparto con y sin síntomas obsesivos compulsivos: un estudio fMRI.***

En el 2012 se realizó un estudio fMRI de mujeres con sintomatología ansiosa después del parto (Lord, Steiner, Soares, Carew, & Hall, 2012). Se encontró que el trastorno obsesivo-compulsivo en el período postparto tiene una influencia sobre el circuito neuronal debido a una respuesta endócrina y a la exposición de estrés postparto (Lord et al., 2012). A partir de este estudio, se estipula que la depresión postparto también tiene una influencia a nivel neuronal debido a una respuesta endócrina y ambiental como el estrés.

**Consecuencias a largo plazo de la depresión postparto en la madre, el bebé y la pareja.**

***Consecuencias sobre la madre.***

En el caso de una depresión postparto leve que no ha sido tratada existe el riesgo que surja sintomatología depresiva severa como consecuencia (Horowitz & Goodman, 2004). En adición, una depresión postparto puede terminar en una depresión materna (Goodman, 2007; Philips & O'Hara, 1991 en Grace, Evindar, & Stewart, 2003). La depresión materna, a diferencia de la depresión postparto, no tiene el indicador de postparto. Esto significa que la depresión en las madres no necesariamente surge antes o después del parto (Goodman, 2007). El hecho de que la mujer tenga sintomatología depresiva predispone a una mal adaptación y disfuncionalidad en su vida cotidiana (Weinberg et al., 2001 en Horowitz & Goodman, 2004). Esto significa que la mujer depresiva no puede adaptarse fácilmente a los cambios de la vida cotidiana y por lo tanto,

su nivel de funcionalidad va a ser bajo sin poder cumplir con actividades regulares (Horowitz & Goodman, 2004).

***Consecuencias psicológicas, emocionales y del desarrollo sobre el bebé.***

Existen varias consecuencias negativas relacionadas al infante. Por ejemplo, una de las consecuencias más importantes de la depresión postparto es la negligencia y abuso infantil (Buist, 1998 en Cuijpers, Branmark, & Straten, 2008). Otra consecuencia importante es el déficit de un vínculo afectivo entre madre e hijo y el futuro desarrollo emocional del infante (Beck, 1995, 1998; & Field, 1995 en Horowitz & Goodman, 2004). Estudios demuestran que las madres con depresión postparto que ha perdurado por seis meses tienen menos interacciones positivas con sus infantes comparado con madres que recibieron tratamiento (Campbell, Cohn, & Meyers, 1995 en Horowitz & Goodman, 2004). Existen efectos adversos en el infante como consecuencia de la depresión postparto no tratada tales como retraso en el desarrollo cognitivo, emocional y problemas de comportamiento (Cooper & Murray, 1997; & Murray, Cooper, & Stein, 1991 en Almond, 2009). Adicionalmente, en países como India y Vietnam se han realizado estudios donde concluyen que el estado nutricional del infante se ve afectado cuando la madre sufre de depresión postparto (Harpham, Huttly, DeSilva, & Abramsky, 2005 en Almond, 2009) debido a que el crecimiento y desarrollo físico del infante es primariamente atendido por la madre. Por lo tanto, si la madre tiene depresión el infante no tiene una nutrición adecuada (Almond, 2009).

En el 2003 se realizó una revisión y análisis de literatura que incluyó las consecuencias de la depresión postparto hasta cinco años después del nacimiento en relación al desarrollo cognitivo y conductual de niños y niñas de madres que tuvieron

depresión postparto (Grace et al., 2003). En cuanto al desarrollo cognitivo, se encontró que los niños de madres con depresión postparto tendieron a fallar en la tarea del concepto de objeto de Piaget a los nueve meses de edad y tuvieron un bajo desempeño en tareas cognitivas a los 18 meses de edad (Murray, 1992 en Grace et al., 2003). También se encontró que la comunicación o expresión oral de madres con depresión postparto que tenían bebés varones era menos dirigida hacia el infante creando cierto tipo de afecto negativo en los niños (Murray, 1992 en Grace et al., 2003).

En un estudio longitudinal intrasujetos, cinco años después de una primera intervención, se encontró que no había una relación entre la depresión materna y el desempeño cognitivo de los niños (Murray et al., 1996b en Grace et al., 2003). Tampoco se encontró una relación entre la depresión postparto y la adaptación escolar, madurez personal, comportamiento social, intención emocional, ni persistencia (Sinclair & Murray, 1998 en Grace et al., 2003). Dentro del mismo estudio longitudinal, se encontró que los niños varones de madres que tuvieron depresión postparto tuvieron puntajes más altos en la escala de actividad, mientras que no hubo el mismo efecto en niñas mujeres de madres que tuvieron depresión postparto (Sinclair & Murray, 1998 en Grace et al., 2003). Los niños varones de madres que tuvieron depresión postparto y de un estatus socioeconómico bajo tuvieron un alto índice de distracción (Sinclair & Murray, 1998 en Grace et al., 2003). Los niños varones de madres que tuvieron depresión postparto tuvieron mayor alteración del comportamiento comparado con niñas mujeres de madres que tuvieron depresión postparto (Sinclair & Murray, 1998 en Grace et al., 2003).

En otro estudio longitudinal de cuatro años, se encontró que los niños varones de madres que tuvieron hasta un año de depresión postparto tuvieron bajo puntaje en las subescalas de percepción, motricidad y lenguaje verbal de la Escala McCarthy de Habilidades

Infantiles (Hay & Kumar, 1995; Sharp et al., 1995 en Grace et al., 2003). Esto significa que el sexo y el estatus socioeconómico si tiene correlación con la depresión postparto a largo plazo (Grace et al., 2003).

En cuanto al comportamiento infantil, los autores encontraron en varios estudios longitudinales que las madres que tuvieron depresión postparto reportaron que sus hijos presentaban un comportamiento alterado en casa (Murray, 1999 en Grace, Evindar, & Stewart, 2003). También se encontró que los niños de madres con depresión postparto tendían a preferir actividades o juegos con arena y agua versus a juegos creativos en la escuela (Murray, 1999 en Grace, Evindar, & Stewart, 2003). Por último, se encontró que la severidad y cronicidad de la sintomatología depresiva se correlacionan con el comportamiento de los niños (Brennan et al., 2000 en Grace, Evindar, & Stewart, 2003).

Se ha visto que las consecuencias de una depresión postparto no tratada pueden tener afecciones a largo plazo y también se conoce que existen consecuencias a largo plazo que recaen en los niños de madres con depresión (Grace, Evindar, & Stewart, 2003). Algunos estudios señalan que los bebés cuyas madres tienen depresión son propensos a tener problemas afectivos, cognitivos, interpersonales, neuroendócrinos, y en ocasiones, neurológicos (Goodman & Tully, 2006 en Goodman, 2007). Existen algunos componentes específicos a nivel longitudinal en consecuencia a la depresión postparto. Por ejemplo, los infantes de madres depresivas muestran un mayor afecto negativo y comportamientos auto dirigidos (Field, 1992; Tronick & Gianino, 1986 en Goodman, 2007), los niños de madres depresivas demuestran mayor agresividad y emocionalidad intensificada (Zahn-Waxler et al., 1948 en Goodman, 2007), y los adolescentes, especialmente las mujeres adolescentes, demuestran menor afecto positivo y mayor disforia (Hops et al., 1990 en Goodman, 2007). La depresión materna también se asocia con trastornos de ansiedad infantil a largo plazo,

trastornos de atención, y trastornos del comportamiento (Biederman et al., 2001; Luoma et al., 2001; Orvaschel et al., 1988; Weissman et al., 1984; Zahn-Waxler et al., 1990 en Goodman, 2007). De igual manera, los hijos de madres con depresión demuestran una predisposición o vulnerabilidad a presentar sintomatología depresiva que incluye autoculparse por las cosas que no salen bien, se atribuyen pensamientos negativos, se autocalifican con menos adjetivos de cualidades y tienen un bajo auto concepto de sí mismos (Goodman, 2007). Adicionalmente, los hijos de madres depresivas tienden a tener un bajo rendimiento académico (Anderson & Hammen, 1993; Hammen & Brennan, 2001; Hay & Kumar, 1995; Jaenicke et al., 1987 en Goodman, 2007). Algunos estudios enfocados en el funcionamiento social de los niños de madres con depresión han encontrado que los niños presentan menos seguridad de vínculo en relaciones sociales con otros (Van IJzendoorn et al., 1992 en Goodman 2007), a menudo son niños excluidos de un grupo social de niños de su misma edad (Cummings et al., 2005 en Goodman, 2007), y niños varones tienden a expresar un comportamiento agresivo al interactuar con sus amigos (Hipwell et al., 2005 en Goodman, 2007). Por último, se ha encontrado que las hijas mujeres de madres con depresión tienen una probabilidad más alta que los hijos varones de madres con depresión de presentar depresión durante la adolescencia (Davies & Windle, 1997; Fergusson et al., 1995; Hops, 1996 en Goodman, 2007).

En conclusión, las investigaciones demuestran que la depresión postparto no tratada si tiene un efecto sobre el desarrollo infantil tanto en el aspecto cognitivo como de comportamiento (Grace, Evindar, & Stewart, 2003). No obstante, la depresión materna recurrente se relaciona con los efectos negativos del desarrollo infantil a largo plazo y no la depresión postparto per se (Grace, Evindar, & Stewart, 2003). Algunos efectos adversos de la depresión postparto y depresión materna se correlacionan con el sexo y estatus

socioeconómico (Grace, Evindar, & Stewart, 2003). Por lo tanto, los niños varones de madres con depresión severa recurrente y de un estatus socioeconómico bajo tienden a presentar mayor conflicto en su desarrollo cognitivo y de comportamiento (Grace, Evindar, & Stewart, 2003).

De acuerdo a estudios de funcionamiento neurobiológico y neuroendócrino se han encontrado asociaciones entre la depresión materna y los sistemas psicobiológicos de la regulación y expresión emocional de los niños (Goodman, 2007). Por ejemplo, el ritmo cardíaco elevado y un alto nivel de cortisol en respuesta al estrés de niños de madres con depresión (Goodman, 2007). En adición, la depresión materna también puede surgir durante el período de gestación (Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004). Por ejemplo, los fetos de madres embarazadas con depresión demostraron una mayor frecuencia y ritmo cardíaco (Allister, Lester, Carr, & Liu, 2001 en Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004), mayor actividad fetal, menos desarrollo motor, (Dieter et al., en Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004), y alta reactividad fisiológica (Monk, Myers, Sloan, Ellman, & Fifer, 2003 en Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004). Los neonatos de madres con depresión tienen mayor probabilidad de ser prematuros y de bajo peso corporal (Orr & Miller, 1995; Singer et al., 1999 en Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004), son menos atentos y receptivos a las expresiones faciales (Lundy, Field, & Pickens, 1997 en Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004), presentan perfiles bioquímicos parecidos a las de sus madres que incluye un alto nivel de cortisol y norepinefrina así como un bajo nivel de dopamina (Lundy et al., 1997 en Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004) y una mayor activación cerebral frontal derecha vista mediante un EEG (Field, Fox, Pickens, & Nawrocki, 1995; Jones et

al., 1998; Jones Field, Fox, Lundy, & Davalos, 1997 en Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004).

En conclusión, varios aspectos de funcionamiento psicológico, fisiológico, bioquímico, sociológico y neurológico en niños se ven afectados debido a una consecuencia de depresión materna (Goodman, 2007). Es importante que las madres con depresión tengan un tratamiento adecuado que enfatice sobre la prevención de consecuencias futuras que recaen sobre el desarrollo de sus hijos. Específicamente, se necesita trabajar sobre la prevención de una posible psicopatología infantil o a largo plazo (Goodman, 2007).

#### ***Consecuencias en la relación de pareja.***

Se ha encontrado que la depresión postparto no tratada puede influenciar a una depresión no sólo de la madre sino también de su pareja (Areias et al., 1996; Ballard, Davis, Cullen, Mohan, & Dean, 1994; Deater-Deckard, Pickering, Dunn, & Golding, 1998 en Horowitz & Goodman, 2004). Es decir, en un caso de depresión postparto severo sin tratamiento existe el riesgo de que la pareja comience a presentar sintomatología depresiva al no tener apoyo mutuo y social a largo plazo (Horowitz & Goodman, 2004).

Adicionalmente, algunos estudios señalan que una consecuencia a largo plazo de la depresión postparto no tratada puede ser un factor influyente para la separación o divorcio (Holden, 1991 en Cuijpers, Branmark, & Straten, 2008).

En esta primera parte de la revisión de la literatura se ha establecido que la depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a que una de cada ocho mujeres que han dado a luz (Appolonio & Fingerhut, 2008). La sintomatología que presenta la depresión postparto incluye un estado de ánimo deprimido o irritable,

pérdida de interés en realizar diversas actividades, no poder dormir aún cuando el bebé está durmiendo, pérdida o aumento de peso, preocupación intensa, sensación de culpa, sensación de vacío, sensación de inutilidad o falta de valor, psicomotricidad enlentecida, fatiga física y mental, poca energía para realizar actividades, falta de concentración y pensamiento suicida (Zaers, Waschke, & Ehlert, 2008 en Friedman, & Resnick, 2009) con el factor postparto que significa la evidencia sintomatológica al primer mes del nacimiento del bebé. Algunos de los factores de riesgo de adquirir depresión postparto son depresión prenatal, estrés por cuidar al recién nacido, estrés de la vida cotidiana, poco apoyo social, sensación de ansiedad e inquietud, insatisfacción marital, historia de depresiones anteriores, embarazo no planificado o no deseado (Beck, 2002). A pesar de que se evidencian varios estudios investigativos que desarrollan la reacción neurológica y biológica de la depresión postparto, no existe una causa neurológica ni biológica que determine exactamente lo que gatilla la depresión postparto. Las consecuencias futuras de la depresión postparto no tratada pueden recaer sobre la madre, el bebé y la pareja. Una de las consecuencias más importantes es que la madre puede tener una mala adaptación y disfuncionalidad en la vida cotidiana (Horowitz & Goodman, 2004). Las consecuencias más importantes que pueden recaer sobre el infante son de carácter psicológico, emocional, y del desarrollo (Goodman, 2007). Por último, las consecuencias de la depresión postparto sobre la relación de pareja pueden ser tan fuertes como la separación o el divorcio (Holden, 1991 en Cuijpers, Brannmark, & Straten, 2008).

Ahora que se conocen algunas de las posibles causas neuro-biológicas de la depresión postparto y sus consecuencias futuras, se quiere enfatizar sobre el enfoque neurológico de la plasticidad dentro del marco psicoterapéutico con la finalidad de conectar ideas y concluir el marco teórico en el que se basa este estudio investigativo.

### **Neuropsicología y plasticidad.**

El cerebro es un órgano que funciona de manera interrelacionada (LeDoux, 1996). Existen áreas cerebrales importantes que participan en determinadas funciones pero no existen áreas específicas que controlen la memoria, percepción o emociones (LeDoux, 1996). Es decir, las neuronas en el cerebro están conectadas y crean circuitos como redes inmensas de almacenamiento de información (Fishbane, 2007; LeDoux, 1996). Los circuitos neuronales se conectan dependiendo de las experiencias creadas por las interacciones sociales y las vivencias físicas únicas de cada persona (Siegel, 1999). Las experiencias que tiene cada persona son las que determinan sus conexiones neuronales (Fishbane, 2007; LeDoux, 1996). En principio, cuando estos circuitos se activan, surgen las emociones, pensamientos y acciones (Fishbane, 2007; LeDoux, 1996). Por lo tanto, se asume que la manera en cómo las personas se comportan, piensan, o sienten, depende de sus conexiones neuronales que están activadas o que se han activado más veces a lo largo de sus experiencias de vida. Sin embargo, también puede existir el efecto donde las acciones, pensamientos, emociones e interacciones sociales influyan de una u otra manera sobre las conexiones neuronales activadas (Cozolino, 2006).

La ley de Hebb dicta que “las neuronas que se activan juntas, se mantienen juntas” (Siegel, 1999, p.26 traducido por autora). Esto significa que mientras más se estimulen las neuronas entre ellas, es más probable que permanezcan juntas en un futuro. Por lo que la estructura cerebral que abarca las preferencias, personalidad y estrategias de supervivencia de cada persona es bastante difícil de modificar, ya que son características arraigadas desde temprana edad (Siegel, 1999). No obstante, la neuroplasticidad se basa en la teoría de la reconexión neuronal permitiendo el cambio en la estructura cerebral (Fishbane, 2007; LeDoux, 2002). Lo que significa que las experiencias físicas, cognitivas y emocionales que

vive cada persona también pueden influir sobre las conexiones neuronales (Fishbane, 2007). En resumen, el aprendizaje por medio de experiencias emocionales, sociales, motoras y psicológicas puede modificar las conexiones neuronales.

En el 2004, el Dalai Lama preguntó a varios neurocientíficos si la mente puede modificar la estructura neuronal (Begley, 2007; Fishbane, 2007). La respuesta a la pregunta del Dalai Lama es afirmativa, puesto que sí se pueden modificar las conexiones neuronales a través de la mente (Begley, 2007). Sharon Begley, una influencia literaria importante en la neurociencia, se ha dedicado a publicar libros que enfatizan la investigación en el campo de la neuroplasticidad (2007). Richard Davidson (2005) ha realizado investigaciones con monjes tibetanos de niveles de meditación avanzada para averiguar qué pasa en el cerebro cuando los monjes realizan meditaciones enfocadas en la compasión (Begley, 2007). Los resultados indican que durante la meditación basada en la compasión se activan áreas neuronales relacionadas al sentimiento positivo y motivación para actuar (Begley, 2007).

En conclusión, la mente sí puede modificar conexiones neuronales en el cerebro. La plasticidad neuronal es la razón por la cual muchas personas han podido rehabilitar capacidades que habían perdido en accidentes, operaciones de cerebro o daños cerebrovasculares (Raskin, 2011). Algunas investigaciones sugieren que la psicoterapia influye en el cambio del procesamiento neuronal de una persona (LeDoux, 1996; Moore, Moseley, & Hampton en Marcotte & Grant, 2010). Debido a que el cerebro es un órgano que funciona de manera interrelacional entre los sistemas neurológicos, no se ha podido conocer hasta el momento cuál es el procedimiento específico necesario que explique cómo se modifican las emociones a nivel neuronal para que al combinar a la experiencia

emocional con el razonamiento cognitivo, exista una reestructuración adaptativa de la mente (LeDoux, 1996).

Basado en la premisa de la neuroplasticidad, la terapia psicológica puede producir un cambio a nivel neuronal en un caso de depresión postparto enfatizando en el proceso emocional y de esta manera, se puede reducir la sintomatología depresiva. Básicamente, el presente estudio investigativo usa el concepto de la influencia psicológica emocional sobre la neuroplasticidad en el proceso terapéutico de una madre ecuatoriana con sintomatología depresiva postparto.

### **Tratamientos psicológicos para la depresión postparto.**

Debido a las consecuencias negativas de la depresión postparto sobre la madre, el infante y la familia, el tratamiento efectivo es una prioridad (Cooper, Murray, Wilson, & Romaniuk, 2003 en Cuijpers, Brannmark, & Straten, 2008). En la actualidad se conoce que la intervención psicológica puede ayudar a reducir la sintomatología depresiva postparto si es diagnosticada a tiempo y tratada de manera efectiva (Cuijpers, Brannmark, & Straten, 2008). De hecho, varios estudios se han enfocado en el tratamiento psicológico efectivo, la predicción y prevención del desarrollo sintomatológico de la depresión postparto antes del nacimiento del bebé (Dennis & Creedy, 2004; Richards, 1990 en Cuijpers, Brannmark, & Straten, 2008).

Existen tres tipos básicos de tratamiento para la depresión postparto, el farmacológico, el psicosocial y el psicológico (Almond, 2009). En el 2006, se realizó un estudio evaluativo sobre el tratamiento de la depresión antes y después del parto donde se incluyó y comparó el tratamiento farmacológico, psicosocial y psicológico (Bledsoe & Grote, 2006 en Almond, 2009). Se encontró que la combinación de la terapia psicológica y

la terapia farmacológica demostraron ser efectivas (Bledsoe & Grote, 2006 en Almond, 2009; Moore, Moseley, & Hampton en Marcotte & Grant, 2010). Sin embargo, también se encontró que la terapia psicológica, psicosocial y farmacológica demuestran ser positivas y estadísticamente significativas de manera individual al tratar casos de depresión postparto (Bledsoe & Grote, 2006 en Almond, 2009). Los estudios también señalan que la terapia psicológica mejora la salud mental de la madre (Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil, & Martin, 2005 en Almond, 2009) y la terapia farmacológica alivia la sintomatología depresiva (DeRubeis, Siegel & Hollon, 2008).

Estudios señalan que la intervención psicológica es efectiva ya que reduce la sintomatología depresiva postparto sin importar el tipo de terapia psicológica ni experiencia del terapeuta (Lumley, Austin, & Mitchell, 2004 en Cuijpers, Brannmark, & Straten, 2008). No obstante, los estudios no demuestran evidencia que pruebe a la terapia psicológica como efectiva a largo plazo para tratar casos de depresión postparto (Cuijpers et al., 2008). También se ha encontrado que la terapia psicológica en casos de depresión postparto es menos efectiva que en otros trastornos depresivos (Cuijpers et al., 2008). Según un meta-análisis de 17 estudios empíricos, se concluye que cualquier tipo de terapia psicológica ha demostrado ser efectiva para tratar casos de depresión postparto (Cuijpers et al., 2008; Likierman, 2003). Pero se recomienda mayor investigación homogénea de la intervención psicológica en casos de depresión postparto (Cuijpers et al., 2008).

A pesar de que el tratamiento farmacológico ha demostrado ser efectivo, existen varias limitaciones del estudio farmacológico en referencia a la depresión postparto (Dennis, 2004 en Cuijpers et al., 2008). Se conoce que el tratamiento farmacológico de la depresión postparto es complejo en el período de lactancia (Almond, 2009). En el presente estudio se propone a la terapia psicológica como una prioridad a la terapia farmacológica

ya que la terapia psicológica ayuda a construir una relación humana de apoyo durante el proceso de adaptación y crecimiento personal. Inclusive, varias instituciones han recomendado a la terapia psicológica como tratamiento preferencial para la depresión postparto (Almond, 2009). No obstante, hay ocasiones en las que la necesidad de fármacos es importante (Kopelman, & Stuart, 2005).

Existen varias terapias psicológicas con enfoques y perspectivas diversas que se adaptan al proceso terapéutico de cada paciente. A continuación se presentarán varios enfoques de terapias psicológicas efectivas con la finalidad de demostrar una diversidad de adaptación terapéutica.

#### ***Terapia cognitiva conductual.***

Estudios relacionados a la depresión mayor demuestran que la terapia cognitiva conductual (TCC) influye sobre procesos neurológicos en el cerebro humano (Bhar, Gelfand, Schmid, Gallop, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, & Beck, 2008; DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008). Por ejemplo, algunos autores encontraron que la TCC opera directamente en el lóbulo frontal y posteriormente sobre el sistema límbico (Bhar et al., 2008; DeRubeis et al., 2008; Goldapple, Segal, Garson, Lau, Bieling, Kennedy, & Mayberg 2004; Saxena, Brody, Ho, Alborzian, Maidment, Zohrabi, & Ho, 2002). De igual manera, la TCC demostró ayudar a normalizar los niveles de cortisol en pacientes con depresión mayor (Sharpley, 2010). Por último, se ha encontrado que la TCC arroja mejores resultados a largo plazo sin reincidencia sintomatológica en casos de depresión mayor comparado con fármacos antidepresivos (DeRubeis et al., 2008).

La terapia cognitiva conductual también ha demostrado ser efectiva al tratar casos de depresión durante el embarazo (Wisner, 2009) y casos de depresión postparto severos

(Appleby, Warner, Whitton, & Farragher, 1997). Según un estudio realizado en el 2006, se encontró que la terapia cognitiva conductual junto con ayuda de medicamentos producían resultados significativos en casos de depresión postparto (Bledsoe & Grote, 2006 en Almond, 2009). La terapia cognitiva conductual como única intervención también resultó ser efectiva en casos de depresión postparto (Bledsoe & Grote, 2006 en Almond, 2009). En 1997, Cooper y Murray realizaron un estudio donde compararon la efectividad de la terapia psicodinámica, la terapia cognitiva conductual y counselling no directivo (Likierman, 2003). Los resultados indicaron que las tres intervenciones fueron igual de efectivas (Cooper & Murray, 1997 en Likierman, 2003).

### ***Terapia interpersonal.***

La terapia interpersonal o IPT por sus siglas en inglés, es una terapia enfocada en el presente que abarca las interacciones de relaciones interpersonales y el contexto social de una persona (Carter, Grigoriadis, Ravitz, & Ross, 2010; Moore, Moseley, & Hampton en Marcotte & Grant, 2010). La premisa de la IPT con respecto a la depresión es que al mejorar las relaciones interpersonales, la persona puede aliviar su sintomatología depresiva ya que la sintomatología depresiva ocurre dentro de un contexto social (Carter et al., 2010). Investigaciones empíricas han demostrado que la IPT es beneficiosa como tratamiento psicológico de la depresión (de Mello, de Jesus, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005 en Carter et al., 2010).

Varios estudios sustentan que la IPT es efectiva y reduce la sintomatología depresiva al tratar casos de depresión durante el embarazo (Spinelli & Endicott en Wisner, 2009; O'Hara, Stuart, Gorman & Wenzel, 2000; Stuart & O'Hara, 1995 en Carter et al., 2010) y en el período de postparto (O'Hara et al., 2000; Stuart & O'Hara, 1995 en Carter et

al., 2010). El enfoque de la IPT como tratamiento de la depresión postparto sugiere que al mejorar la relación de apoyo de la pareja, la sintomatología depresiva se reducirá de manera simultánea (Carter et al., 2010).

### ***Terapia grupal.***

Varios estudios señalan que el apoyo psicosocial ayuda a prevenir la soledad (Morgan, Matthey, Barnett, & Richardson, 1997; Brugha, Sharp, Cooper, Weisender, Britto, & Shinkwin, 1998 en Almond, 2009). Otros estudios indican que las mujeres que comparten sus experiencias de depresión postparto con otras mujeres que también tienen o han tenido depresión postparto ayuda a subir sus niveles de autoestima (Eastwood, 1995; Romain, Jones, & Watts, 1995; & Pitts, 1995 en Almond, 2009).

La terapia grupal ha demostrado ser efectiva para tratar casos de depresión postparto que incluye apoyo grupal y grupos de psicoeducación (Chen, Tseng, Chou, & Wang, 2000; Flemming, Klein, & Corter, 1992; & Meager, & Milgrom, 1996 en Friedman, & Resnick, 2009). Estudios sugieren que la terapia grupal reduce la sintomatología depresiva postparto (Goodman & Santangelo, 2011). Sin embargo, al analizar que existen limitaciones en la recopilación de estudios, los autores concluyen que se necesita mayor investigación empírica para comprobar los efectos de la terapia grupal sin importar el enfoque psicológico y su correlación con la reducción de sintomatología depresiva durante el período de postparto (Goodman & Santangelo, 2011).

### ***Terapia enfocada en la emoción.***

Estudios señalan que la terapia enfocada en la emoción (EFT por sus siglas en inglés) es efectiva al tratar casos de depresión (Greenberg & Watson, 2006). Sin embargo, todavía no se ha investigado la efectividad de la EFT en casos de depresión postparto. Se

estima que la metodología y mecanismos de la terapia enfocada en la emoción ayudarán a la madre a conocerse a sí misma y a explorar sus emociones primarias para realmente saber lo que necesita emocionalmente (Greenberg, 2011). Al mismo tiempo, el autoconocimiento emocional de la madre ayudará a conseguir un equilibrio emocional en su vida y se presume que la EFT también ayudará a que la madre tenga emociones adaptativas con su recién nacida. A continuación se explica detalladamente a la EFT.

La Terapia Enfocada en la Emoción es una terapia psicológica de carácter neohumanista experiencial que se basa en la teoría moderna de la emoción y la neurociencia afectiva (Greenberg, 2011). La EFT es una terapia que se basa en estudios empíricos desde hace más de una década por varios autores y ha sido desarrollada con años de experiencia por Leslie Greenberg. La terapia enfocada en la emoción integra los conceptos de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, terapia gestalt de Perls, terapia experiencial de Gendlin y terapia existencial de Frankl con teorías modernas de la emoción, cognición, vínculo y metateorías del constructivismo dialéctico (Greenberg, 2011). Las metas principales de la EFT son “fortalecer el self, regular el afecto y crear un nuevo significado” (Greenberg, 2011, p.3 traducido por autora). Esto significa que es de suma importancia que los pacientes que asisten a terapia psicológica se sientan cada vez más seguros de sí mismos, que sepan describir y comunicar lo que sienten y que con cada experiencia obtenida dentro del proceso psicológico adquieran un nuevo significado de vida que promueva el desarrollo personal tanto a nivel emocional como cognitivo (Greenberg, 2011). La premisa de la EFT es que “el cambio emocional es central para el cambio duradero” (Greenberg, 2011, p.4 traducido por autora). En otras palabras, para que realmente exista un cambio perdurable, es necesario que el cambio se dé a nivel emocional (Greenberg, 2011). Greenberg concuerda con estudios humanistas anteriores que dictan

que el organismo está consciente de lo que siente y lo que necesita para adaptarse, crecer y fortalecerse (Greenberg, 2011). “[L]as emociones determinan quiénes somos” (Greenberg, 2011, p.5 traducido por autora). Si existe una emoción que estanca a la persona en una temática específica Greenberg propone cambiar esta emoción por otra emoción más adaptativa para que se promueva el bienestar de la persona al darse cuenta de lo que esa persona necesita (Greenberg, 2011). Una emoción sólo se puede cambiar por otra emoción ya que las emociones están conectadas a las necesidades, deseos y metas de cada individuo (Greenberg, 2011). Para que exista el cambio es importante tener un proceso emocional de aceptación (Greenberg, 2011) donde hay cinco aspectos que se cumplen:

1. Estar consciente de la emoción al experimentarla.
2. Expresar la emoción sentida.
3. Regular la emoción sentida.
4. Reflexionar sobre la emoción sentida.
5. Transformar la emoción por otra más adaptativa (Greenberg, 2006). Es importante recalcar que la transformación de la emoción sólo ocurre después de que se ha realizado el proceso emocional y después de que la persona se haya aceptado tal como es (Greenberg, 2011).

En resumen, para que exista un cambio psicológico dentro de la persona es importante modificar la emoción sentida y aceptar una nueva emoción junto con la ayuda dialéctica y cognitiva (Greenberg, 2011).

En la EFT, las reacciones emocionales son vistas como respuestas adaptativas e inmediatas que ayudan en el procesamiento de información (Greenberg, 2011). Se propone que el proceso emocional es un fenómeno que ocurre a nivel cerebral (Greenberg, 2011).

El sistema límbico, una porción central en el cerebro y presente en todos los mamíferos, es el encargado principal de la respuesta emocional inmediata e influye sobre el sistema inmunológico (Greenberg, 2011). En 1996, Joseph Le Doux, identificó dos caminos de procesamiento emocional. El primer camino es a través de la amígdala, es el camino más corto y rápido que envía señales de emergencia al cuerpo y al cerebro para producir una respuesta emocional inmediata (Le Doux, 1996). El segundo camino es a través del neocortex que produce una respuesta emocional por medio del pensamiento (Le Doux, 1996). De esta manera, surge la propuesta de que las emociones se pueden esquematizar a nivel neuronal (LeDoux, 1996; Greenberg, 2011). En otras palabras, a nivel de redes neuronales, los esquemas emocionales son sistemas de respuestas emocionales que poseen los seres humanos (LeDoux, 1996; Greenberg, 2011). Los elementos presentes en los esquemas emocionales sintetizan estructuras de carácter afectivo, motivacional, cognitivo y de comportamiento (Greenberg, 2011). Estas estructuras se organizan de manera interna, se activan de manera inmediata y están vinculados al almacenamiento y recuerdo de información. Es decir, los esquemas emocionales están vinculados a patrones de memoria que se almacenan por medio de experiencias (LeDoux, 1996; Greenberg, 2011). Por lo que el suceso que haya acontecido en un determinado momento se queda grabado en la memoria esquemática emocional y proporciona una asociación de evento emoción dándole un significado de cómo este evento se sintió en el momento que fue vivido (LeDoux, 1996; Greenberg, 2011). “El proceso de esquematizar las emociones puede incluir un componente lingüístico, sensaciones corporales, imágenes visuales e incluso olores...” (Greenberg, 2011, p.39, traducido por autora). Por ello, para superar emociones mal adaptativas, el modificar emociones se vuelve un proceso flexible y adaptativo que necesita realizarse de manera consciente y que englobe una sensación de auto-confianza

(Greenberg, 2011).

Leslie Greenberg clasifica cuatro tipos de experiencia y expresión emocional que necesitan ser identificadas dentro del proceso psicológico (2011). La primera respuesta emocional se conoce como primaria adaptativa y consiste en una reacción emocional directa y concordante con la situación que se está viviendo en ese momento. Generalmente, la emoción primaria adaptativa es funcional (Greenberg, 2011). La segunda respuesta emocional se denomina primaria mal adaptativa y consiste en una reacción emocional directa pero no ayuda a la persona a cumplir de manera constructiva con la situación que vive. Es decir, la emoción primaria mal adaptativa interfiere con un funcionamiento efectivo y generalmente se asocia a respuestas aprendidas del pasado y experiencias traumáticas (Greenberg, 2011). La tercera respuesta emocional se conoce como emoción secundaria. Como su nombre lo indica, la emoción secundaria cubre u oculta a la emoción primaria en defensa o reemplazo de la emoción primaria. Es como reaccionar ante una reacción (Greenberg, 2011). Muchas emociones secundarias se defienden de una emoción primaria muy dolorosa para la persona o son secundarias a un pensamiento (Greenberg, 2011). El cuarto tipo de reacción emocional se conoce como emoción instrumental y refiere a que las emociones son expresadas para manipular a otras personas (Greenberg, 2011).

Dentro de la terapia enfocada en la emoción la formulación del caso se basa en el proceso psicológico del paciente y no en el contenido de su narrativa (Goldman & Greenberg, 1997 en Greenberg & Watson, 2006). Esto significa que se da mayor importancia al proceso psicológico y no tanto al contenido de la narrativa (Greenberg & Watson, 2006). Adicionalmente, también se le da mayor importancia al diagnóstico del proceso psicológico que al diagnóstico clínico de la persona (Greenberg & Watson, 2006).

En la EFT para casos de depresión existe una manera de integrar varios niveles de información de funcionamiento del paciente (Greenberg & Watson, 2006). Primero va la manera en cómo la persona procesa su experiencia afectiva de momento a momento en la sesión y cómo regula este afecto (Greenberg & Watson, 2006). Segundo va la historia de vida de la paciente y las experiencias de apego primarias (Greenberg & Watson, 2006). Tercero va el asunto específico que el paciente trae a cada sesión (Greenberg & Watson, 2006). Por último va el comportamiento verbal y no verbal a lo largo de la sesión psicológica (Greenberg & Watson, 2006). Dentro de la EFT también existen marcadores que determinan cómo se necesita proceder terapéuticamente para que el paciente procese su dificultad o problemática (Greenberg & Watson, 2006). Estos marcadores también facilitan el procesamiento psico emocional productivo (Greenberg & Watson, 2006). La formulación del caso ayuda a estructurar la sesión. Además, es preferible conceptualizar los problemas de cada sesión para poder escoger la mejor intervención dentro de cada situación (Greenberg & Watson, 2006). En otras palabras, la formulación del caso es un proceso en curso donde la intervención terapéutica se da en el momento preciso y encaja con el proceso psicológico del paciente (Greenberg & Watson, 2006).

Se puede resumir que el tratamiento psicológico en casos de depresión postparto es esencial para prevenir consecuencias psicológicas futuras sobre la madre y consecuencias de desarrollo sobre el infante. Se prefiere a la terapia psicológica sobre la farmacológica ya que existe la posibilidad de que los psicofármacos puedan tener efectos nocivos sobre el infante. Además, la terapia psicológica ayuda a construir herramientas que se pueden usar a futuro y prevenir o saber cómo manejar otro episodio depresivo. La mayoría de terapias psicológicas han sido estudiadas en casos de depresión y algunas tipos de terapias han sido aplicadas y estudiadas en casos de depresión postparto. Los estudios indican que el tipo de

terapia no influye sobre el resultado obtenido después de una intervención psicológica sino que cualquier tipo de psicoterapia puede resultar efectiva. Existe un enfoque especial sobre la EFT ya que se basa en la premisa de las emociones como fundamento del cambio. El hecho de que la paciente se sienta apoyada y segura promueve una apertura sincera e incremento de confianza entre paciente y terapeuta conocida como alianza terapéutica. Por lo tanto, la relación entre paciente y terapeuta es sincera y de esta manera se puede profundizar en el área emocional que a su vez posibilita resolver una problemática subyacente a la demanda inicial.

Hasta el momento, en este estudio investigativo, se ha analizado sobre la prevalencia, diagnóstico, sintomatología, factores de riesgo, causas neurológicas y biológicas, consecuencias, neuroplasticidad, y tratamientos sobre la depresión postparto. En general, el marco teórico promueve el obtener información científica y literaria que ayuda a contestar la pregunta de investigación. Hasta ahora, la revisión de la literatura indica que en un caso de depresión postparto, es posible que a través de la EFT y bajo la premisa de la neuroplasticidad, se pueda evidenciar la reducción sintomatológica depresiva postparto.

## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta tesis se refiere a la intervención psicológica de la EFT o Terapia Enfocada en la Emoción desarrollada por Leslie Greenberg aplicada a un caso de estudio de depresión postparto. Por lo tanto, la herramienta de investigación del presente trabajo es un estudio de caso de una mujer con depresión postparto a quien se le proporcionó asistencia psicológica gratuita. La metodología usada es híbrida o mixta ya que es de tipo cualitativo y cuantitativo dentro del mismo estudio (Babbie, 2000). Es cualitativa porque se usan datos de observación (Babbie, 2000) y auto reporte que ayudan al diagnóstico, caracterización del caso, y empatía terapéutica. Es cuantitativa porque se usan datos numéricos (Babbie, 2000) al medir, mediante varias escalas, si la depresión postparto ha aumentado o ha disminuido en su sintomatología.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

Se escogió un estudio de caso como herramienta para responder la pregunta de investigación ya que es una manera de obtener datos cualitativos y cuantitativos detallados. En el caso de los datos cualitativos se usó el auto reporte o relatos de la paciente durante las sesiones terapéuticas. Como datos cualitativos también están las observaciones físicas y comportamientos de la paciente dentro de las sesiones terapéuticas. Estas observaciones fueron realizadas por la terapeuta. En cuanto a los datos cuantitativos se usaron escalas, tests e inventarios (Borja, 2011; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Rush, Carmody, & Reimitz, 2000). Los datos cuantitativos se obtuvieron antes y después de la intervención terapéutica.

El estudio de caso implica una observación e investigación profunda dentro de la intervención planificada y las reacciones que tiene ese individuo en particular y de manera

específica hacia dicha intervención (Kantowitz, Roediger, & Elmes, 2001). El beneficio del estudio de caso es el análisis exhaustivo que se obtiene como resultado de la intervención sobre un sujeto que presenta características específicas de estudio (Kantowitz et al., 2001). Esto significa que el estudio de caso permite obtener datos detallados de una sola persona. Por lo tanto, la intervención psicológica se aplica específicamente al sujeto de estudio y el resultado, así como el proceso, obtenidos son únicos para esta persona en particular. La desventaja del estudio de caso es que la información no se puede generalizar al resto de una población ya que las características y reacciones del individuo son únicas (Kantowitz et al., 2001). Sin embargo, el estudio de caso proporciona en detalle datos necesarios para analizar a profundidad la pregunta de investigación ya que se enfoca en el proceso terapéutico de una sola persona. La pregunta de investigación de este estudio justifica el uso de estudio de caso porque se busca entender cuál es el efecto de la terapia psicológica enfocada en la emoción (EFT) cuando se lo aplica a una mujer ecuatoriana que presenta sintomatología depresiva con principio postparto. Esta mujer presenta características psicológicas únicas de acuerdo a su entorno social, cultural, religioso, laboral y familiar. Por lo tanto, los detalles analizados de manera exhaustiva obtenidos de la terapia psicológica son únicos. Si la EFT forma parte de las herramientas que la paciente obtiene para ayudar a reducir su sintomatología depresiva postparto significaría que ésta sí tuvo un efecto dentro del estudio de caso y la pregunta de investigación sería contestada. Es decir, la EFT se acopla a las características de la paciente para ser una herramienta funcional y adaptativa dentro de una problemática inicial que es la depresión postparto.

Para llevar a cabo esta investigación, el estudio de caso es la metodología más apropiada para conseguir datos y análisis que permiten avanzar en el campo de la intervención psicológica enfocada en la emoción aplicada a un caso de depresión postparto

ya que la obtención de información única y exhaustiva es necesaria para analizar el proceso de reducción sintomatológica depresiva. En conclusión, un estudio de caso describe el curso de los acontecimientos de manera detallada, única y específica de un individuo en particular (Kantowitz et al., 2001). Por lo tanto, se considera que al usar el estudio de caso como herramienta de investigación se da la importancia que la propuesta a la pregunta de investigación se merece.

### **Herramienta de investigación utilizada**

Para contestar la pregunta de investigación se considera que la mejor manera de medir resultados tangibles es por medio del auto-reporte sincero de la paciente, anotaciones de las terapias psicológicas, escalas, inventarios y tests válidos y confiables con medidas antes y después de la intervención psicológica.

La reducción de la sintomatología depresiva se midió mediante herramientas de investigación tales como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), Inventario de sintomatología depresiva (ISD) en auto-reporte (ISD-SR) y evaluación del clínico (ISD-C) (Rush, Carmody, & Reimitz, 2000) y SCL 90-R Test de síntomas de L. Derogatis (Borja, 2011). Estas escalas y tests se tomaron antes de comenzar con las sesiones terapéuticas y después de terminar con las intervenciones psicológicas. Para hacer esto, se realizó una medida pre y post test con el objetivo de averiguar cuantitativamente si existió un efecto de la intervención psicológica sobre la reducción de la sintomatología depresiva postparto.

A continuación se describen a las tres herramientas cuantitativas de investigación que fueron usadas para complementar el estudio de caso y comprobar si hubo un efecto o no hubo un efecto de la terapia psicológica. Se describe a las herramientas en funcionalidad, validez y confiabilidad.

### *Escala de depresión postparto de Edimburgo EPDS*

Para medir el nivel depresivo postparto de la participante se usó la escala de depresión postparto de Edimburgo (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). La escala consta de diez declaraciones donde la participante escoge, de entre cuatro opciones, la mejor declaración para su estado anímico durante la semana anterior (Cox et al., 1987). La escala tiene preguntas claras y precisas que pueden ser desarrolladas en un lapso de tiempo de cinco minutos aproximadamente (Cox et al., 1987). Es necesario que las diez respuestas sean contestadas y que ninguna quede en blanco. La madre debe responder las preguntas por ella misma y en privado (Cox et al., 1987). Es recomendable usar la escala entre la semana seis y la semana ocho en la etapa postparto (Cox et al., 1987).

Se ha demostrado que la EPDS, a más de ser válida y confiable en el período postparto, también es válida y confiable durante el embarazo (Campo-Arias, Ayola-Castillo, Peinado-Valencia, Amor-Parra, & Cogollo, 2007; Oquendo, Lartigue, González-Pacheco, & Méndez, 2008). Adicionalmente, un estudio reporta que la EPDS es válida y confiable en casos de mujeres embarazadas en una pequeña población de Cartagena, Colombia (Campo-Arias et al., 2007). La EPDS también es válida y confiable en una muestra pequeña de mujeres embarazadas en México D.F (Oquendo et al, 2008). Esto significa que la EPDS es una escala que mide lo que quiere medir y es consistente a lo largo del tiempo dentro de culturas latinoamericanas. Si bien es cierto que la EPDS mide la existencia o inexistencia de depresión postparto, no indica un nivel de depresión específico (Cox et al., 1987). La EPDS tampoco evalúa ansiedad, fobia o trastorno de personalidad (Cox et al., 1987). Para evaluar un nivel de depresión es necesario el juicio clínico complementado con un inventario de sintomatología depresiva (Cox et al., 1987). Por lo

tanto, esta escala es en principio útil para la evaluación pero se necesitan más herramientas para el diagnóstico clínico.

***Inventario de sintomatología depresiva (auto-reporte y evaluación del clínico)***

El inventario de sintomatología depresiva en auto-reporte (IDS-SR) y en evaluación del clínico (IDS-C) ayudan al diagnóstico de un episodio depresivo mayor de acuerdo a los parámetros clínicos del DSM-IV (Rush, Carmodi, & Reimitz, 2000). Con la finalidad de tener un segundo respaldo a la EPDS sobre el nivel depresivo de la paciente se usó el inventario de sintomatología depresiva en auto-reporte (IDS-SR) y en evaluación del clínico (IDS-C) (Rush et al., 2000). Aproximadamente, se necesitan por lo menos 20 minutos para que la persona pueda completar el inventario de sintomatología depresiva de auto-reporte (Rush et al., 2000). El inventario consiste en 30 preguntas claras con cuatro opciones a escoger. Cada opción elegida es calificada de acuerdo a un parámetro establecido (Rush et al., 2000). Posteriormente, según la evaluación del puntaje existen equivalencias cualitativas que declaran el nivel depresivo en el que se encuentra la persona (Rush et al., 2000).

Existe correlación entre el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de sintomatología depresiva (Rush et al., 2000). Tanto el IDS-C como el IDS-SR presentan propiedades psicométricas satisfactorias (Rush et al., 2000). Esto significa que ambos inventarios son válidos y confiables, han sido comprobados tanto en el sector público como en el privado y se han traducido a más de quince idiomas diferentes (Rush et al., 2000). Adicionalmente, el IDS-SR puede predecir el diagnóstico de la depresión mayor de mujeres en el período postparto según el juicio clínico del DSM-IV (Rush et al., 2000). El IDS-SR y el IDS-C son sensibles a los efectos de medicación o psicoterapia (Rush et al., 2000) y es por este motivo por el cual el inventario de sintomatología depresiva es bastante

usado para fines investigativos y obtención de datos importantes. Sin embargo, el IDS no mide alteraciones neurocognitivas ni memoria en la depresión (Rush et al., 2000). Para medir alteraciones neurocognitivas es necesario el uso de otras herramientas de evaluación.

### ***SCL-90-R de L. Derogatis adaptación USFQ 2011***

Para evaluar patrones de sintomatologías y a manera de ayuda en el diagnóstico clínico se usó el SCL-90-R versión traducida por el departamento de psicología de la Universidad San Francisco de Quito (Borja, 2011). Esta versión únicamente traduce el idioma a castellano de modo que no quita la validez ni confiabilidad del test sino que lo hace comprensible a una pequeña muestra de población ecuatoriana (Borja, 2011). El SCL-90-R consta de 90 preguntas relacionadas a nueve dimensiones primarias sintomatológicas y tres índices globales de malestar psicológico (Casullo & Pérez, 2008). La administración del SCL-90-R debe durar 15 minutos aproximadamente (Casullo & Pérez, 2008). El rango de edad de administración es desde los 13 hasta los 65 años (Casullo & Pérez, 2008). La instrucción inicial es contestar las preguntas en rango de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluido el día de administración del inventario (Casullo & Pérez, 2008).

### **Descripción de participantes**

Se planea trabajar en conjunto con profesionales de la salud interesados en ayudar a mujeres con un trastorno del estado de ánimo. Se espera encontrar un caso específico de depresión postparto donde la madre esté dispuesta a participar de una intervención psicológica basada en la transformación de emociones como tratamiento de la depresión postparto. Se espera también que la paciente sea puntual y comprometida con las terapias psicológicas. Se pretende incluir a la pareja de la paciente para llevar a cabo la intervención psicológica con la finalidad de trabajar en la dinámica familiar. Con la intervención psicológica basada en la transformación de emociones se podrá comprobar

que las acciones empáticas de la madre hacia su bebé pueden modificar estructuras cerebrales relacionadas con la depresión postparto en la madre.

Para la selección del sujeto del estudio de caso se contactó al Doctor Diego Alarcón, principal fundador de la Clínica la Primavera, para preguntar si tenía la sospecha de algún caso de depresión postparto (octubre, 2012). Surgieron tres participantes, pero sólo una cumplió con las características requeridas. Una vez que el estudio fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, se procedió a hacer contacto con la participante.

El primer contacto con la paciente fue vía telefónica y se arregló una fecha para la primera cita psicológica. Las sesiones terapéuticas fueron gratuitas y se llevaron a cabo dentro de los consultorios psicológicos de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ). La intervención fue realizada por la investigadora dentro de los marcos éticos de la Asociación Psicológica Americana (APA) y siguiendo la normativa y confidencialidad del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito. Es importante recalcar que la investigadora es la terapeuta que realiza la intervención psicológica por lo que su rol y posibles sesgos necesitan ser transparentes.

Las sesiones psicológicas tuvieron una duración de una hora por semana y se cumplieron seis sesiones en total. Cuatro sesiones terapéuticas fueron grabadas y debidamente consensuadas dentro de un acuerdo de confidencialidad y privacidad. La intervención psicológica comenzó desde finales de octubre del 2012 hasta inicios de enero del 2013.

**Número.**

El estudio de caso sólo requiere de una participante que presente sintomatología depresiva postparto.

**Género.**

La participante es una mujer ecuatoriana.

**Nivel socioeconómico.**

El nivel socioeconómico de la paciente es medio alto, tiene trabajo fijo y rentable.

**Etnicidad.**

La etnicidad de la paciente es hispana.

**Afiliación religiosa.**

La paciente se considera una persona creyente en Dios pero reporta no tener una afiliación religiosa.

**Fuentes y recolección de datos**

Por un lado, los datos recibidos se relacionan a medidas cualitativas del estudio de caso por medio del auto reporte y el proceso psicológico de la paciente. La información obtenida y reportada por la paciente se establece en varios apuntes y videos de las sesiones terapéuticas. Por otro lado, se obtuvieron medidas cuantitativas por medio de escalas, tests e inventarios de sintomatología depresiva con medidas antes de la intervención y después de la intervención psicológica.

Con el objetivo de estructurar y organizar antecedentes y resultados del proceso psicológico de la paciente tanto en el aspecto cualitativo como en el cuantitativo, es importante conceptualizar el caso.

### **Introducción al estudio de caso.**

La paciente a quien se la conocerá como Elena, fue referida por el doctor que atendió su parto. El obstetra tuvo la sospecha de que Elena podía estar presentando sintomatología depresiva postparto y se comunicó con la investigadora. La investigadora, que es también la terapeuta, llamó a la paciente para confirmar una cita psicológica en la Universidad San Francisco de Quito. Elena había dado a luz a su segunda hija pero sabía que algo estaba diferente en ella, en los otros, en el mundo. Debido a sus conocimientos en el área psicológica, la paciente sabía que tenía un episodio depresivo. También sabía que necesitaba ayuda profesional y se comprometió a desarrollar un proceso psicológico individual.

### **Demanda inicial.**

El motivo de consulta o demanda inicial de Elena era reducir la sintomatología depresiva que había surgido al primer mes del nacimiento de su segunda hija.

### **Historia clínica.**

Elena de 34 años de edad, género femenino, casada y con dos hijos viene a consulta debido a que reporta sentir un episodio de depresión mayor. Dice haber sentido sintomatología depresiva desde que dio a luz a su segunda hija. Han pasado 4 semanas desde que su hija menor nació y su depresión no ha disminuido.

Elena nació en un pequeño pueblito entre la costa y la sierra llamado Huigra. Sin embargo, se mudó a Riobamba a sus dos años de edad. Cuando tenía trece años, ella y su familia se mudaron a Quito. Elena es la segunda de cuatro hermanos. La paciente reporta tener una buena relación con su padre pero una relación conflictiva con su madre.

En general, la paciente describe su niñez como feliz ya que reporta haber sido una niña inteligente y dominante con sus pares. En su juventud, reportó haber tenido dos

etapas. En la primera etapa dice haber sido tímida y nerviosa con personas del sexo opuesto. No obstante, en la segunda etapa que comenzó desde sus 21 años, Elena se describe como bastante sociable. No reporta haber tenido problemas de comportamiento en su juventud ni haber tenido problemas en el aspecto legal. Tampoco reporta tener historia de alcohol ni uso de drogas. Sin embargo, la paciente establece que su padre era alcohólico y que aceptó ir voluntariamente a la asociación de alcohólicos anónimos. Actualmente su padre no ha consumido alcohol por más de veinte años.

Respecto a su historia social, la paciente dice tener tres amigas cercanas, una de ellas vive en Estados Unidos y las otras dos viven en Quito pero se reúnen muy pocas veces. Elena considera que es una mujer directa, sociable, abierta y alegre que hace amigos con facilidad. No obstante prefiere mantener distancia de sus relaciones sociales y evitar intimar con otros.

Se casó cuando tenía 30 años, tiene un hijo de tres años y una hija de un mes. La paciente dice ser bastante hogareña y que le gusta compartir tiempo con su familia. En los cuatro años de casada Elena reporta tener una relación estable con su esposo aunque a menudo tienen conflictos. Adicionalmente, establece que cree en Dios pero no tiene una afiliación religiosa definida.

En cuanto a la historia académica y laboral, estudió y obtuvo una licenciatura en psicología como carrera. Sin embargo, jamás ha ejercido su profesión y siempre ha trabajado en el área comercial de ventas. Como estudiante, se califica como buena estudiante ya que tenía buenas notas. No obstante, la paciente dice haber tenido problemas de estrés especialmente en la época de exámenes y por ello le brotaban fuegos en su boca y verrugas en sus manos.

En general, Elena establece ser una persona sana, sin problemas médicos. Se ha dado cuenta que cuando tiene mucho frío surgen disfuncionalidades en sus vías urinarias. De buen apetito y un horario de sueño regular (de ocho a nueve horas sin interrupciones). No obstante, desde el nacimiento de su hija, cuando surge la sintomatología depresiva, no tiene nada de hambre y duerme seis horas al día con varias interrupciones de sueño. A los 20 años, dice haberse operado la nariz por motivos estéticos pero quedó muy inconforme con el resultado. Adicionalmente, la paciente dice querer hacerse la ligadura próximamente con el objetivo de no tener más hijos. Los dos partos que ha tenido han sido partos naturales en agua.

Respecto a su historia mental, Elena reporta haber asistido a una sesión terapéutica cuando tenía 24 años de edad con el motivo de encontrar ayuda psicológica familiar. Dice que jamás había tenido ningún episodio depresivo en su adolescencia ni juventud. Establece haber asistido a las reuniones de apoyo grupal de las familias de personas alcohólicas una vez a la semana en su juventud por el alcoholismo de su padre. La paciente relata que han existido eventos traumáticos en su vida. Por ejemplo, haber vivido un asalto a mano armada en su propia casa cuando aún vivía con sus padres. También reporta haber vivido tensionada durante un tiempo cuando a su hermana la secuestraron. Comenta que la han robado algunas veces en la calle.

Elena dice que el momento más feliz de su vida fue cuando su primer hijo nació. Los momentos más tristes de su vida han sido cuando se peleaba con su padre y con su ex novio. Los momentos donde siente bastante ira son cuando discute con su esposo.

En general, antes de dar a luz a su segunda hija, Elena se describía como una mujer alegre, conversadora, generosa, impulsiva, expresiva, de carácter firme, extrovertida y de temperamento fuerte. Sin embargo reporta no sentirse como solía ser. Lo que le gustaría

cambiar de ella misma es ser más paciente y controlada, ser menos insegura y más optimista y equilibrada.

### **Diagnóstico clínico según el DSM-IV-R**

Eje 1: Episodio depresivo mayor en el período de postparto

Eje 2: V71.09

Eje 3: 799.99

Eje 4: Problemas de apoyo social primario con el esposo

Eje 5: 60

Los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor que se cumplen según el DSM-IV-R para este estudio de caso son los siguientes:

A. Cinco o más de los siguientes síntomas presentes por un período de dos semanas y que representen un cambio de funcionalidad anterior.

(1) estado de ánimo deprimido la mayoría del día, casi todos los días indicado en auto reporte subjetivo o por medio de observaciones de otros.

(2) interés y/o placer reducido en todas o en la mayoría de actividades la mayor parte del día, casi todos los días indicado en auto reporte o por observaciones de otros.

(3) pérdida de peso significativa sin hacer dieta, o pérdida del apetito casi todos los días.

(4) agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

(5) fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(6) sentimiento de inutilidad, o de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.

(7) habilidad de concentración o pensamiento reducida, o indecisión casi todos los días.

- B. Los síntomas no cumplen con el criterio diagnóstico de un episodio mixto.
- C. Los síntomas causan estrés significativo o deterioro en áreas de funcionamiento social, ocupacional, u otras áreas importantes.
- D. Los síntomas no se deben al efecto fisiológico directo de una sustancia exógena (abuso de drogas o medicación) o una condición médica general.
- E. Los síntomas no pueden ser mejor descritos por el duelo o pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de dos meses o son característicos de disfuncionalidad marcada, preocupación mórbida de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos, o retraso psicomotor.

#### **Formulación del estudio de caso.**

Se conoce que la formulación del caso ayuda a estructurar la sesión. Además, es preferible conceptualizar los problemas de cada sesión para poder escoger la mejor intervención dentro de cada situación (Greenberg & Watson, 2006). A pesar de que la historia clínica y fue escrita en párrafos anteriores, se formulará el estudio de caso dentro de los parámetros establecidos por la EFT.

Elena, una mujer ecuatoriana de 34 años de edad, viene a consulta porque su estado anímico es depresivo en su período postparto. La sintomatología depresiva comenzó con el nacimiento de su hija. Elena reporta llorar casi siempre sin ver el lado positivo del nacimiento de su hija, no siente alegría por el nacimiento de su hija sino que expresa tener menos tiempo para dedicar a su hijo de tres años de edad y a su esposo. Cuando Elena habla de no poder estar con su hijo de tres años por atender a su hija recién nacida, sus ojos se llenan de lágrimas. Inicialmente Elena estaba frustrada por no poder estar con su hijo como antes de que nazca su hija menor. Al mismo tiempo dice haberse culpado por dejar a su hija de lado y haber deseado que jamás hubiera nacido. Esto activa en Elena el hecho de

criticarse a ella misma por no ser una buena madre con su hijo ni con su hija. En este momento, la paciente reporta sentir que está en una encrucijada y por ello dice sentirse atrapada. Su estado de ánimo depresivo está presente todo el tiempo pero empeora en la mañana porque Elena dice no querer levantarse de la cama. Ha tenido dificultad para dormir, no duerme aún cuando su bebé duerme en la mañana y por las noches duerme con varias interrupciones o despertares ocasionales. Se levanta cansada todas las mañanas y no puede volverse a dormir por más que lo intente ya que su hija llora demandando su atención. En este momento, vuelve a surgir este sentimiento de culpa por no querer atender a su bebé. Al mismo tiempo reporta sentirse intensamente triste por el hecho de que las cosas cambiaron desde el nacimiento de su hija y dice no ser buena para adaptarse a los cambios. Se observa que nuevamente surge la auto-crítica. Además reporta sentirse ansiosa y tensa casi todo el tiempo. Su apetito ha disminuido y ha bajado más de dos kilos en el mes. No tiene leche materna en sus senos. Está tomando bastante agua y comiendo sano para incentivar el flujo de leche pero no le sale ni dos onzas de leche. Elena relaciona el hecho de no tener leche como un problema que viene desde su madre porque ella tampoco tenía leche materna para darle a Elena, sus hermanas tampoco han tenido leche para dar a sus hijos. Piensa a menudo sobre sus defectos y nuevamente reporta sentirse culpable por ser una mala madre. Ha perdido la esperanza respecto a sí misma, a su situación y al futuro. Ha pensado en el suicidio por lo menos dos veces a la semana durante varios minutos. Con frecuencia se siente rechazada, despreciada, criticada, lastimada y no entendida por su esposo. La relación con su esposo ha sido conflictiva desde que nació su hija menor pero la paciente reporta que sí se siente apoyada por su esposo. La mayoría del tiempo su esposo pasa con su hijo mayor y Elena pasa con su bebé tratando de darle el seno. La paciente dice muchas veces querer cambiar de roles con su esposo para que ella

pueda pasar con su hijo más tiempo pero se encuentra atrapada con el hecho biológico de que ella es la madre y necesita amamantar a su hija. Una vez más la auto crítica surge en Elena. Casi no tiene interés en las actividades que solía realizar antes del nacimiento de su hija. Tiene que hacer esfuerzo para iniciar y mantener sus actividades diarias. Reporta no sentir placer ni deleite en las cosas que hace aunque cuando tiene visitas reporta sentirse más animada. No se puede concentrar ni tomar decisiones menores. No tiene ningún interés en el sexo. Se siente aletargada pero no puede permanecer sentada, necesita moverse constantemente. La mayor parte del tiempo se queja de dolores de cabeza y de espalda. A veces siente temblores, sensación de frío y dolor de pecho. Más de la mitad del tiempo se siente físicamente pesada.

Inicialmente la terapeuta se enfoca en la alianza terapéutica y la escucha empática. Luego se trabaja con psico educación sobre la depresión postparto hacia la paciente con la finalidad de responder inquietudes teóricas neurológicas específicamente. Posteriormente se trabaja sobre la autocrítica que Elena tiene de sí misma como madre y como mujer con la finalidad de disminuir la sensación de auto castigo impuesto que se justifica con el hecho del nacimiento de su hija y de su pobre adaptación al cambio. Por último, se pretende trabajar sobre una problemática no resuelta con la madre de Elena y que se justifica con la narrativa de la problemática trans generacional de la leche materna. También se trabaja con un ejercicio de auto relajación muscular y focalización con el objetivo de buscar herramientas de calma física que pueden ser efectivas en momentos estresantes. Esto último concuerda con los dolores corporales que tiene Elena y tratar de reducir el dolor por medio de la aceptación corporal, entendimiento emocional y cognitivo.

### **Tratamiento.**

Elena asistió a seis sesiones terapéuticas gratuitas dentro de los consultorios psicológicos de la Universidad San Francisco de Quito bajo las normas éticas de la APA y del comité de Bioética de la USFQ. Cuatro de estas sesiones fueron grabadas. Cada sesión tuvo duración de una hora y se realizó una sesión por semana hasta la quinta sesión. La última sesión fue después de seis semanas. El tratamiento comenzó a finales de octubre y terminó a principios de enero. A continuación se describen las seis sesiones.

En la primera sesión se trabajó sobre la alianza terapéutica. Se escuchó empáticamente lo que la paciente decía con el propósito de que se comience a construir una relación sólida y segura entre Elena y la terapeuta. En un inicio, Elena dice: “Siento clarito lo que me está pasando, tengo depresión... y sé que sola no lo puedo superar, necesito ayuda” a lo que la terapeuta responde: “Estoy aquí para usted...” la paciente sonrió y dijo: “Gracias”. Se comenzó a indagar sobre qué significa depresión para la paciente “depresión es que no tengo ganas de hacer nada, estoy triste y lloro la mayoría del tiempo sin tener una razón lógica por la cual llorar”. La terapeuta la escucha y pregunta “¿Desde cuándo comenzó a sentir esto?” a lo que Elena responde: “Desde que di a luz a mi segunda hija... me siento una mala madre porque no estoy feliz, estoy muy triste por el nacimiento de mi hija, las cosas jamás van a ser como antes, antes yo era feliz.” Hubo una pausa larga. La terapeuta responde: “No es fácil decir lo que está diciendo.” La paciente dice: “No... no es fácil...” Hubo una larga pausa hasta que la terapeuta propone una entrevista inicial con la finalidad de obtener información para la historia clínica de la paciente. Se prosiguió a darle la escala de depresión postparto de Edimburgo, el inventario de sintomatología en auto reporte y el inventario de sintomatología SCL-90-R. Al final de la sesión, se le indicó el contrato de confidencialidad y se le explicaron las condiciones de

participación. La paciente estuvo de acuerdo con las normativas explicadas. Se estableció una fecha para la segunda sesión.

En la segunda sesión también se trabajó sobre la alianza terapéutica con la paciente. Se usaron reflejos y escucha empática a la narrativa de Elena. Físicamente la paciente se presenta bastante cansada. Se observa que la paciente necesita desahogarse y lo hace por medio de su expresión verbal así como no verbal. Con un tono de voz serio dice: “Yo pensé que la llegada de la segunda bebé iba a ser más fácil, no me imagine que me iba a cambiar tanto mi ritmo de vida...” con un tono reflexivo continúa “me imaginé que iba a ser un poquito más fácil o yo me la estoy poniendo difícil tal vez porque no me adapto a los cambios fácilmente.” Con esta última parte de la oración surge el marcador de la autocrítica. Sin embargo, todavía es muy pronto para hacer una intervención de silla vacía (self-split) ya que por el momento, lo que necesita la paciente es desahogarse. La alianza terapéutica todavía no está tan consolidada como para una intervención profunda como lo es la silla vacía. Adicionalmente, se observa que la paciente todavía no está lo suficientemente fuerte como para aceptar su autocrítica en esta sesión. Por lo tanto, se decide seguir con el refuerzo empático y la alianza terapéutica. Elena continúa con un tono de reclamo: “El hecho de dejar de trabajar, quedarme encerrada en la casa, estar preocupada por tener que darle de lactar cada tres horas, no querer dormir mientras ella duerme...” la terapeuta responde empáticamente “es como que no siente descanso porque por la noche igual se tiene que levantar para darle de lactar.” La paciente dice “¡Exacto!” y continúa con su narrativa de tono como de reclamo. Posteriormente Elena compara el peso corporal de nacimiento de su primer hijo y el peso corporal de su hija recién nacida y lo que este factor significa para ella frente a las personas que la rodean “me sugestionaba mucho el tema de que ella no nació con el peso que nació mi hijo, ella nació con menos peso y

todo el mundo, los doctores, las enfermeras, todo el mundo, que tiene que subir, tiene que subir, tiene que subir... siento una presión fuerte.” Al ver la expresión facial de la paciente como de angustia, la terapeuta responde empáticamente: “¡Claro! Todo está enfocado en el peso corporal de su bebé... me ha contado que el peso de su bebé ha bajado y que por ello usted se siente culpable.” La cara de Elena se torna triste y dice: “¡sí! Porque no sé si es por la depresión que no ha habido ni leche, no sé si es algo psicológico para que mi leche deje de aparecer o para que la bebé deje de succionarme, se duerma en el seno y no quiera despertarse a comer en estos últimos días.” Con estas frases se observa que la autocrítica de no ser una buena madre también se relaciona con el hecho de no tener suficiente leche materna como para alimentar a su hija aunque lo exprese indirectamente a manera de reclamo. A lo largo de la sesión psicológica se enfatiza sobre el sentimiento de culpa que tiene Elena “me siento más culpable sentir esta especie de rechazo o arrepentimiento hacia mi hija, porque es... mi hija, es la alegría para mi esposo, debería ser la alegría para mí pero no lo veo así, o sea, lo estoy viendo como que desde que ella nació no puedo acercarme hacia mi hijo (se le quiebra la voz y comienza a llorar) y no puedo hacer las mismas cosas de antes y yo sé que esto va de largo porque un bebé demanda tiempo... sé que esto no va a acabar en un mes o dos meses...” ahora se puede observar que este sentimiento de culpa y autocrítica por ser una mala madre también significa no atender a su otro hijo por tener que estar con su hija recién nacida y que lo ve como un evento que va a durar por un largo tiempo. Por lo tanto, según la teoría de la EFT, se puede analizar que el sentimiento de culpa que tiene Elena es una emoción secundaria que le causa mucho dolor. Con la finalidad psico educativa de que la paciente esté informada de la existencia de una teoría científica que apoya la manera en cómo se realiza el proceso neurológico del neurotransmisor de serotonina durante la depresión, se explicó de manera resumida los

procesos neuronales y la influencia de la baja o poca cantidad de serotonina transmitida o receptada y que existe solución para ello al modificar las emociones, cogniciones y acciones. Después de escuchar esto Elena reportó: “siento alivio... para mí es nuevo saber esto de que la depresión postparto es involuntaria, que no depende de mí y que no debería sentirme tan culpable por sentir esta tristeza...” Con esta reflexión se puede ver que la emoción secundaria, que es el sentimiento de culpa, se comienza a modificar por una emoción primaria adaptativa, que es la tristeza de haber perdido lo que tenía antes de dar a luz a su segunda hija. Por lo tanto, se puede observar que ha iniciado un proceso de cambio emocional dentro de esta segunda sesión. Para las siguientes sesiones se propone continuar investigando en el sentimiento de culpa y su transformación emocional primaria adaptativa por medio de un proceso emocional. Se le propuso directamente a la paciente que se la apoyaría durante su proceso neuropsicológico y modificación de emociones, pensamientos y acciones. Se estableció una fecha para la tercera sesión.

Dentro de la tercera sesión se trabajó en la autocrítica que tiene la paciente sobre ella misma por un sentimiento de culpa. La paciente reporta “para mí es difícil porque yo ya trato de sobreponerme y decir, bueno, ya no tengo lo ideal que es darle el seno a mi hija pero por lo menos puedo sustituir con fórmula ya que cuento con el apoyo tanto económico como emocional de mi esposo...” con este reporte se observa que la paciente se ha dado cuenta de lo que es ideal y lo que es real y que sí siente apoyo por parte de su esposo a pesar de que no siente el apoyo por parte de otras personas cercanas a ella con respecto a darle el seno y la fórmula a su hija. Por medio de la emoción sentida surge una diferenciación cognitiva entre lo ideal y lo real. Una vez que se ha dado cuenta de que dentro del esquema real, la paciente cuenta con el apoyo emocional y económico de su esposo ya no existe tanto sentimiento de culpa y que tal vez esa culpa sólo entra dentro de

un esquema ideal. Sin embargo, esto ayuda a resaltar el marcador de la autocrítica y la emoción aun no puede transformarse a una primaria adaptativa. Elena continúa “por ejemplo, el viernes me fui a vacunarle a mi hija y ahí está un letrero grandote que dice que es el día de la lactancia, que no hay mejor alimento que el seno materno para su hijo porque le brinda mejores nutrientes... y ahí es cuando yo entre mí me siento mal porque sé que eso es verdad, sé que el seno materno es lo mejor para un bebé y saber que el darle el biberón para que ella recupere peso, porque estaba muy flaquita y yo también estaba deprimida y no tenía ni leche porque yo creo que hasta la parte psicológica me afectó para que se me seque un poco la leche, no quería comer, no quería tomar líquidos, no me cuidaba, era como que me dejé llevar y no quería saber nada... entonces el hecho de saber que yo no le puedo dar el seno a mi hija y que todo influenció para darle la fórmula a la bebé me hace sentir muchas veces culpable...” claramente vuelve a surgir el sentimiento de culpa como una emoción secundaria. Por lo tanto, se enfatiza en realizar una silla vacía donde la paciente imaginariamente se divide y comparte un rol entre una Elena que critica y una Elena que es criticada. Dentro de la EFT a esto se lo conoce como una silla vacía de self-split (Greenberg, 2011). La paciente comenzó diciendo “si tal vez no me hubiera deprimido, quien sabe hasta ahora le hubiera estado dando el seno” esto refleja la crítica “es la culpa la que a mí siempre me ha afectado mucho, sentimiento de culpa por todo” y esto refleja la emoción secundaria. Se le pregunta a la paciente cómo podría describir esta culpa, a lo que la paciente responde: “Es una culpa bastante fea, fuerte, es como que yo misma me latigüeo... es solo de mí... o sea, no encuentro otra persona que me trate de latigüear de la forma que yo misma lo hago.” La expresión facial de la paciente cambia a una expresión de reproche y continúa: “por ejemplo, mi mamá, a veces ella es un poco dura: “verás que el seno, verás que el seno, verás que el seno” pero entre mí yo si digo y

ella misma nos ha contado que no pudo darnos el seno a nosotros... igual nos complementaba con fórmula porque no tenía lo suficiente... y en el fondo digo ¿cómo? y ella me insiste...” con esto, se puede observar un marcador de un asunto sin resolver entre la paciente y su madre ya que su madre no tuvo suficiente leche para amamantar a ninguno de sus hijos pero quiere que su hija amamante a su nieta sabiendo que no tiene leche materna. Elena continúa: “también había otro factor, que mi hijita no succionaba lo suficientemente duro, se quedaba dormida en el seno... la cuestión es que la bebé tampoco apoyó mucho a que yo le pueda dar el seno...” esto puede ser una defensa para no sentirse tan culpable de no tener leche. Elena retoma nuevamente el tema y dice: “la culpa es terrible porque a veces siento que faltó más parte de mí, otras veces siento que sí puse mucho de mi parte pero que ya no pude más... es duro, es como que quiero retroceder el tiempo...” hay una pausa y prosigue: “no sé porqué me martirizo tanto en realidad...” con esta última frase, la paciente comienza a cuestionarse cognitivamente sobre la culpa que está sintiendo. Luego dice: “yo hubiera querido ser una madre perfecta... (se le quiebra la voz y comienza a llorar) darle el seno y hacer todo lo que una madre normal o más que normal hace, pero eso me frustra porque... no pude ser perfecta, no pude darle el seno a mi hija...” la terapeuta responde de manera empática y cuestiona cómo sería ser una madre perfecta. Elena termina diciendo: “soy de esas madres que de lo único que me preocupo es de mi trabajo y mis hijos pero si yo tengo que elegir entre mi trabajo y mis hijos, yo elijo a mis hijos... para mí ser madre es algo de mucha responsabilidad y obviamente hubiera querido darle el seno a mi hija porque sé que eso es parte del rol materno... no depende de mí el poder ser 100% perfecta para mi hija...” Se puede evidenciar un cambio cognitivo de lo que significa ser una madre perfecta para la paciente. Sin embargo, la emoción secundaria continúa en proceso de transformación “me siento culpable porque también

sentí rechazo hacia mi hija... no tenía ganas ya ni de darle el seno y como que sentía que me estorbaba porque no podía estar cerca de mi hijo... entre mí decía de gana tuve a la bebé, porqué tuve a la bebé, de gana me embaracé, yo estaba feliz con mi hijo y ahora tengo que alejarme de él por culpa de la bebé...” en esta declaración, se puede evidenciar que cada vez la emoción primaria está más cerca. Elena dice: “siento que antes no me adaptaba, ahora siento que me estoy adaptando al cambio.” La emoción primaria lógica sería sentir tristeza de haber perdido la vida y rutina que tenía la paciente antes de dar a luz. Especialmente, la paciente extraña el tiempo que antes tenía con su hijo “me partió el alma ver que él también se da cuenta que su mamá ya no está ahí con él, que ya no puede estar todo el tiempo que él quisiera.” Posteriormente se habla otra vez sobre el sentimiento de culpa. La paciente dice: “el sentimiento de culpa siempre lo he tenido, desde que era pequeña... siempre he sido insegura, muy cruel conmigo misma, soy la primera jueza de mí misma y me juzgo muy duramente... tal vez viene porque con mi mami siempre tuvimos una relación problemática” nuevamente surge el marcador de un asunto sin resolver con su madre. Sin embargo, se decidió enfocar en la autocrítica para ver hasta qué punto se podía llegar a un acuerdo o negociación. La paciente dice: “lo que voy tratar de hacer es ya no sentirme culpable sino buscar soluciones... porque este sentimiento de culpa es terrible...” Por lo tanto, la paciente misma ha encontrado una herramienta que puede usar para ayudarse a ella misma a transformar su emoción secundaria hasta la próxima sesión terapéutica. Se puede resumir que mediante el ejercicio de silla vacía, la paciente comenzó sintiéndose criticada por ella misma pero terminó haciendo una negociación que unió a sus dos partes imaginariamente divididas. Al final de la sesión, Elena también dice haber buscado apoyo en otras mujeres que también han tenido depresión postparto “no he sido la única que siente depresión postparto... eso me hace

sentir aliviada y comprendida porque ella también sintió en carne propia lo que yo estoy sintiendo.” El apoyo emocional que encontró en esta señora es beneficioso para la paciente. En cuanto al proceso emocional de Elena, se está comenzando a acceder a la emoción, estar consciente de que existe esta emoción y lo que significa para la paciente. De una emoción secundaria como la culpa se puede llegar a una emoción primaria como la tristeza de haber perdido una rutina ya establecida antes del nacimiento de la bebé. Posteriormente, la emoción se puede transformar a una primaria adaptativa que sería la felicidad de tener a su hija.

Físicamente, la paciente se ve menos cansada y más arreglada comparada a la primera sesión. Al principio de la cuarta sesión, se propuso hacer una silla vacía donde la paciente imaginariamente traería el rol de su madre a sesión para cerrar un círculo abierto o un asunto sin concluir con su madre. A esto se lo conoce como una silla vacía de unfinished business (Greenberg, 2011). El marcador para poder realizar esta silla vacía surgió dentro de la tercera sesión. Sin embargo, la paciente vino a sesión con otro objetivo en su mente. En la cuarta sesión la paciente comienza expresando que se siente mucho más apoyada por su esposo y que están complementándose en las tareas del hogar “ha sido muy importante estar acompañada de mi esposo, que me transmita su tranquilidad, su calma, que él me ayude también en la madrugada, en la noche... él me comenzó a ayudar más... y como que nos complementamos... nos ayudamos mutuamente y eso me gusta porque ya no tengo que estar haciendo lo mismo todo el día con la bebé y tengo diferentes actividades...” se puede observar que la ayuda de su esposo en esta semana ha sido beneficiosa para ambos, pues Elena se ve más tranquila y descansada. La paciente continúa “al estar cansada tengo ganas de dormir un rato y ya puedo conciliar el sueño porque como está ahí mi esposo, puedo dormirme tranquila... cuando estaba sola no podía conciliar el

sueño...” Finalmente, la paciente concluye: “Me di cuenta que es muy importante la compañía y la presencia de mi esposo... ese apoyo me ayudó bastante” También dice sentirse más apoyada por su entorno familiar y social “me puse a llorar porque no me imaginé el apoyo de las personas... el sentirme apoyada por esta amiga que también pasó por depresión postparto fue importante para mí... todo el mundo trató de animarme... mi amiga y mi suegra me ayudaron a arreglarme como para salir a una cita y me fui al cine con mi esposo.” Sin embargo, todavía reporta sentirse con depresión “traté de animarme pero no me sentía bien... traté de disimular que me sentía mejor... por fuera yo estaba bien arreglada y todo, pero en el fondo yo me sentía igualito... me sentía estresada, preocupada... sobretodo triste y muy preocupada por la bebé, muy preocupada por todo” Fue un gran paso el hecho de que la paciente haya dicho que se siente triste ya que está aceptando que existe esta emoción en ella. En esta sesión Elena también habló sobre el apoyo que siente al asistir a varias reuniones religiosas “fui al Centi y lloraba y lloraba y le pedía a Dios que me ayude, me quite toda la depresión que quiero que mi hija esté bien, que quiero darle amor a mi hija y que por favor me ayude y que él es el único que me puede ayudar... a veces cuando siento un poco de ansiedad, esa opresión en el pecho, esa cosa horrible, oro con mi esposo y escuchamos juntos unas canciones de Jesús, yo lloro y oramos juntos...” La paciente también comentó sobre una conversación que tuvo con una amiga que perdió su bebé durante el embarazo “me quedé fría... me impactó el hecho de que mi amiga me haya dicho que le cuide mucho a mi hijita porque me dijo que esa bendición Dios no se la da a todos.” En el fondo, después de estas experiencias espirituales, surgió en Elena una sensación de valorar a su hija. Dentro del proceso emocional de Elena, la emoción secundaria de la culpa es muy baja y más bien ahora reporta sentirse triste. Esto significa que la tristeza es una emoción primaria más adaptativa

a la pérdida de lo conocido para Elena que era la vida que tenía antes del nacimiento de su hija. Posteriormente, la paciente habló sobre sentir pena de dejar a su hija con su esposo por mucho tiempo cuando sale a pasear “extraño a mi bebé cuando salgo, me da pena, ya puedo expresarle cariño, puedo decirle mi vida, mi hijita, venga le doy de comer... cosas que no le decía antes.” Por lo tanto, se están comenzando a establecer emociones positivas con respecto a su hija y también ha comenzado a expresarle cariño a su bebé. Es decir, el vínculo emocional entre madre e hija también está fortaleciéndose. Fue muy importante en esta sesión que Elena sienta que ella misma puede calmarse a ella misma, modular, entender y aceptar el proceso emocional que ella está viviendo.

En la quinta sesión se le pregunta a la paciente cómo ha estado a lo que responde: “he estado más o menos, ayer como que me dio un poquito de ansiedad porque vi que ya se estaba resfriando la bebé... le pedí a Dios que le cuide a la bebé y el lunes llevarle al pediatra”. Se observa que Elena, está buscando soluciones por ella misma. “Me doy cuenta que el hecho de que yo no salga una tarde, o me quede sólo un día entero en la casa, eso me descontrola, o sea a mí el encierro me agobia.” Por ello, sale a caminar por lo menos cinco minutos diarios, esto significa que la paciente toma acción para calmar esta ansiedad que reporta sentir “ya cuando veo que me estoy sintiendo mal tomo las medidas para hacer algo.” En un momento dado, la terapeuta recalca “me llamó la atención cuando dijo “tengo que cuidarle a mi bebé”, ¿es un tengo que o un quiero cuidarle a mi bebé?” la paciente responde: “sí es un tengo que porque todavía no me acostumbro al hecho de tener otra bebé, al proceso de tener que cuidarle a la bebé en el sentido de que yo no soy mucho para estar... porque el hecho de cuidar a la bebé es pasar encerrada, estar pendiente de la bebé, darle de comer cada tres horas, cambiarle de ropita si está sudadita... esas cosas que sí me gustan hacer pero que me cuestan... el no tener la rutina que ya tenía con mi hijo” Por

medio de esta declaración se puede ver que la paciente está sintiendo una emoción primaria, la tristeza por haber perdido una rutina del pasado. Sin embargo, con respecto al vínculo entre hija y madre, esta es una emoción primaria mal adaptativa ya que una emoción primaria adaptativa lógica sería sentir cariño incondicional por la bebé. A esto se puede llegar únicamente aceptando que lo que se perdió ya quedó en el pasado y dándose cuenta de que en el presente ya se está adaptando al cambio. Elena continúa: “me ha cogido mucho de nuevo el tener otra bebé porque es una responsabilidad muy grande, porque yo soy muy perfeccionista, o sea, a mí me gusta tenerle a la bebé por poco que no le dé ni el viento... eso hace que me estrese, más que una alegría, tener un bebé tierno es un temor, es como un ¡ay, que miedo! No puedo permitir que se enferme, no puedo permitir que nada le pase...” nuevamente sale la autocrítica de ser o querer ser perfeccionista y sentir que no es perfecta con la bebé. Adicionalmente, esta crítica se relaciona con el área de salud y el temor a perder salud o tener enfermedad. La paciente continúa: “con la bebé es una doble carga, es doble responsabilidad... uno a los hijos les adora pero el cuidarles no es cualquier cosa, no es fácil, yo creo que es bastante difícil... y bueno... es una responsabilidad que Dios nos da, si Dios me da dos hijos debe ser porque yo sí puedo... a pesar de que a veces me siento impotente... ahí tengo que seguir luchando, pidiéndole a Dios que me de calma, que me de fe, seguridad, que me ayude y les cuide a mis hijos... o sino viviera llena de miedos” Con esta frase, la paciente está aceptando que la responsabilidad de cuidar dos hijos no es fácil pero no imposible para ella. Esto ayuda a que la paciente no se sienta criticada por ella misma sino que encuentre una fuente de sustento dentro de ella misma. Posteriormente, se indaga sobre esta sensación de miedo Elena dice: “es como que veo que se levanta sudadita y si no le cambio le puede dar bronquitis, se puede resfriar, y si se agrava, y si no se cura, y si me toca hospitalizarla, y si

se... o sea, yo llego a pensar que es tan chiquita que se puede morir... tener esas ideas negativas me asusta...” Esta emoción es una primaria mal adaptativa ya que este miedo es una preocupación que no permite la adaptación al cambio y no permite la funcionalidad psíquica de la paciente. Elena dice: “es una preocupación excesiva... es como una ansiedad que me oprime el pecho.” Esta oración resaltó el marcador de la focalización corporal o focusing en inglés. Se usó el método de la focalización corporal con la finalidad de buscar un espacio y una herramienta que ayude a que Elena se sienta segura y tranquila. Se le enseñó a Elena un ejercicio de relajación muscular que la ayudará a enfocar su atención en el cuerpo físico y relajar su mente. Después de este ejercicio Elena dice: “está muy bien realizar estos ejercicios para dispersar la mente y concentrarnos en el cuerpo... hay veces en las que necesito dejar de pensar tanto y encontrar momentos de tranquilidad.” Se observa que Elena se da cuenta de varias cosas que necesita y le pueden ayudar con respecto a su hija y a ella misma.

La sexta sesión fue llevada a cabo a las cinco semanas después de la quinta sesión. La paciente dice que los síntomas de la depresión postparto ya no están presentes “ya no tengo ganas de llorar, tampoco estoy triste, siento que ya estoy adaptada a mi nueva vida con mi bebé en mi hogar.” Se observa que la emoción de la paciente se ha transformado de una emoción secundaria que era la culpa, a una emoción primaria mal adaptativa que era la tristeza, a una emoción primaria adaptativa que es el cariño incondicional por su bebé. Posteriormente, se le dan las escalas e inventarios para obtener datos cuantitativos después de las intervenciones terapéuticas. Físicamente Elena está arreglada, se la ve con ánimos de hablar, y ya regresó a trabajar. Reporta que su relación con su esposo, su hijo y su hija ha mejorado “me siento tranquila y feliz con mi familia y conmigo misma.”

### Cambios sintomáticos

La escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), el inventario de sintomatología depresiva (IDS-SR e IDS-C) y el inventario de síntomas revisado de Derogatis (SCL-90-R) fueron administrados en la primera sesión psicológica para obtener datos cuantitativos iniciales antes de la intervención terapéutica. La escala y los inventarios también fueron administrados en la última sesión terapéutica con el objetivo de adquirir datos cuantitativos posteriores a la intervención psicológica.

Para la EPDS, se encontró que los puntajes de las preguntas de la escala fueron más altos antes de la intervención psicológica. Mientras que los puntajes redujeron notablemente después de la intervención. La sumatoria total de la escala antes ( $X = 25$ ) es notablemente mayor a la sumatoria total de la escala después ( $X = 2$ ). Esto significa que en un inicio, la paciente presenta sintomatología depresiva postparto. Sin embargo, después de la intervención terapéutica, la paciente no presenta sintomatología depresiva postparto (ver figura 1).

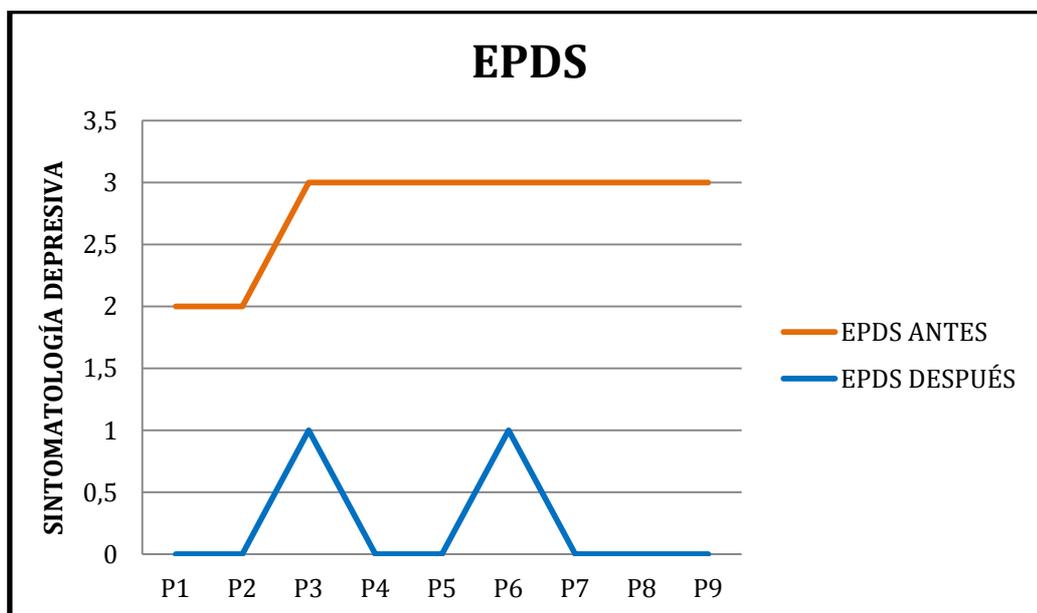


Figura 1

Para el IDS-SR, se encontró que los puntajes de las preguntas del inventario fueron más altos antes de la intervención, comparados con los puntajes después de la intervención psicológica. La sumatoria total de la escala antes ( $X = 58$ ) es notablemente mayor a la sumatoria total de la escala después ( $X = 7$ ). Esto significa que en un inicio, la paciente presenta un nivel de depresión severa. Sin embargo, después de la intervención la paciente no presenta sintomatología depresiva (ver figura 2).

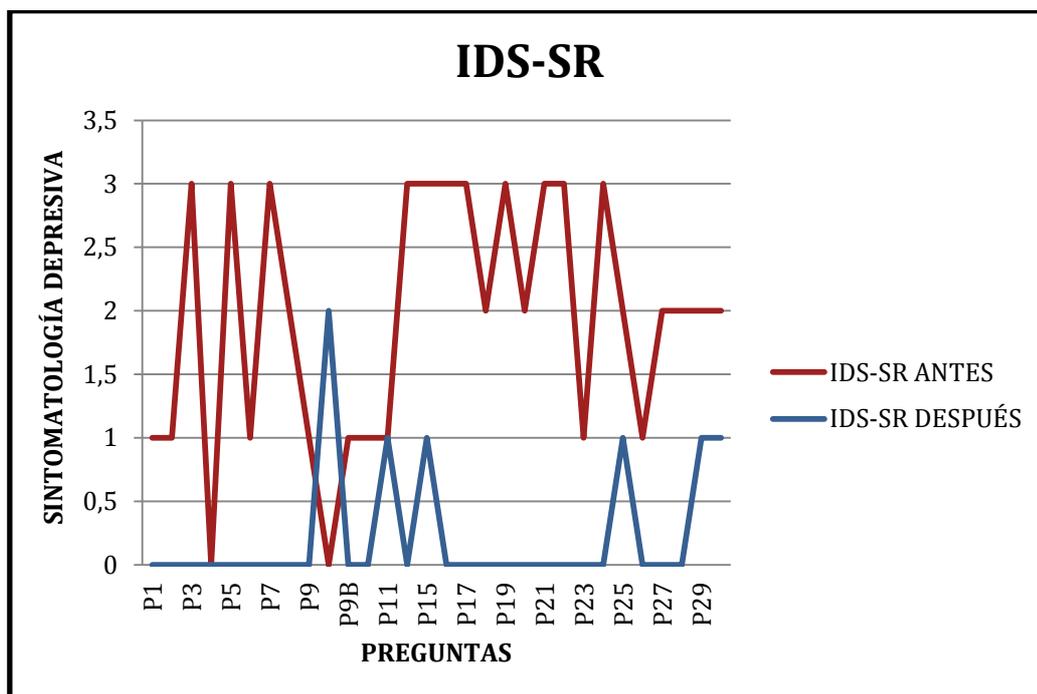


Figura 2

Para el IDS-C, se encontró que los puntajes de las preguntas del inventario fueron más altos antes de la intervención, comparados con los puntajes después de la intervención psicológica. La sumatoria total de la escala antes ( $X = 56$ ) es notablemente mayor a la sumatoria total de la escala después ( $X = 4$ ). Esto significa que en un inicio, la paciente presenta un nivel de depresión severa. Sin embargo, después de la intervención la paciente no presenta sintomatología depresiva (ver figura 3).

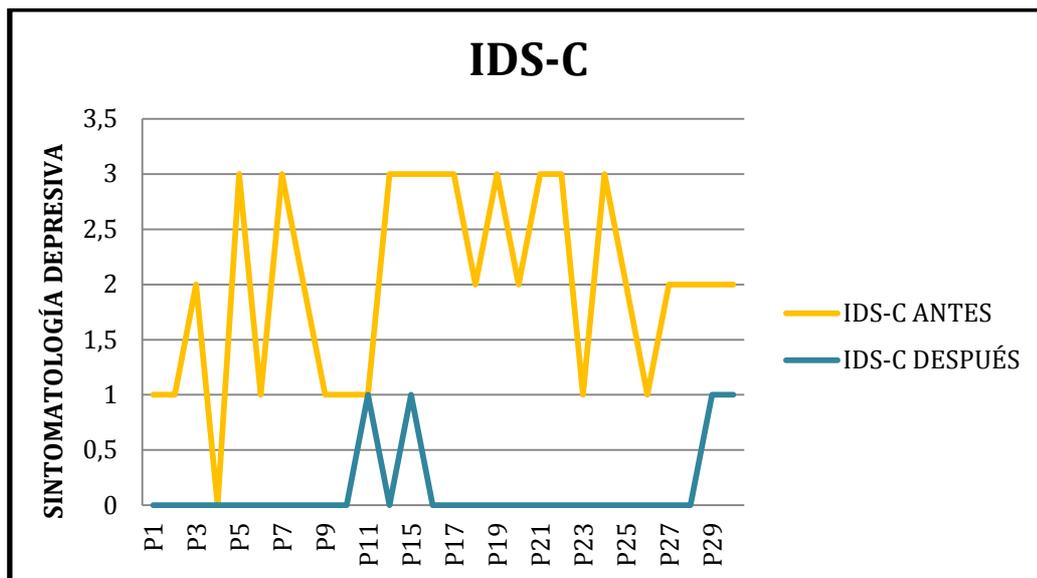


Figura 3

Para el SCL-90-R, se encontró que los puntajes de una escala específica pasaba por encima de la media límite normal ( $X = 63$ ). La escala de depresión ( $X = 75$ ). De igual manera, la TSP tuvo un puntaje mayor a 63 ( $X = 65$ ). Esto significa que existe un riesgo en la escala de depresión y la tendencia a exagerar las patologías. Comparado con la evaluación después de la intervención terapéutica, ninguna escala presenta riesgo y tampoco hay la tendencia a exagerar la patología. Aunque sí se evidencian cambios en el aumento de la escala de Sensibilidad Interpersonal que se refiere a los pensamientos personales de inadecuación e inferioridad (Robles, Andreu, & Peña, 2002) y aunque que no hubo una diferencia entre antes y después dentro de la escala de paranoia, los puntajes demostraron no presentar riesgo (ver figura 4).

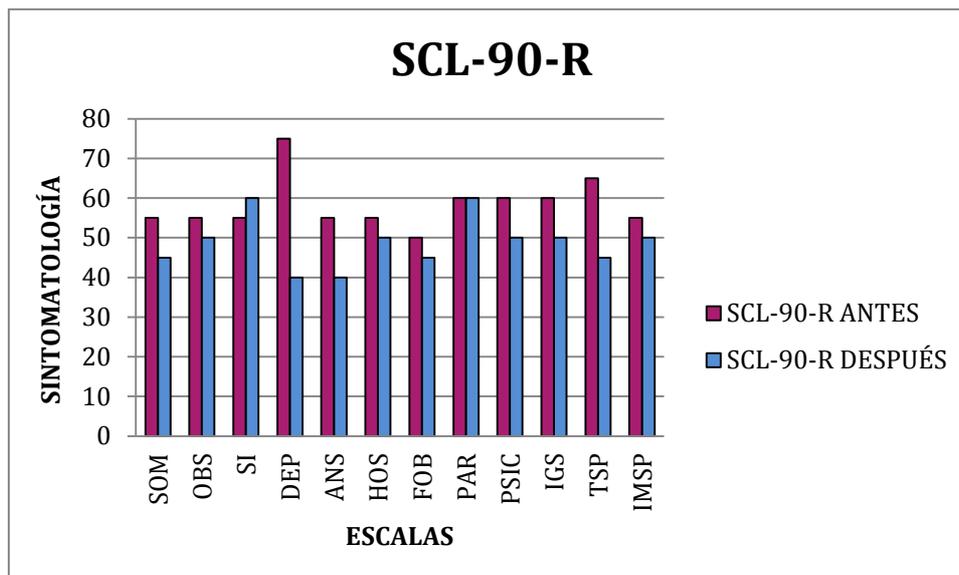


Figura 4

En resumen, la herramienta de investigación del presente trabajo es un estudio de caso de una mujer ecuatoriana que presenta sintomatología depresiva a raíz del nacimiento de su segunda hija. Se realizó una intervención psicológica gratuita con el objetivo de contestar la pregunta de investigación donde se presume que la EFT ayuda a cambiar la emoción y por lo tanto ayuda a reducir la sintomatología depresiva postparto. La metodología usada es híbrida o mixta ya que se usan datos e información de tipo cualitativo así como de tipo cuantitativo dentro del mismo estudio (Babbie, 2000). Los datos de tipo cualitativo se obtuvieron mediante observaciones por parte de la investigadora que a su vez es la terapeuta y por medio del auto reporte de la paciente a lo largo del proceso terapéutico. Los datos de tipo cuantitativo se obtuvieron mediante escalas, tests e inventarios realizados antes y después de la intervención terapéutica. En general, se puede observar un proceso de adaptación psicológica por parte de la paciente respecto a la sintomatología depresiva postparto debido a una vivencia de carácter emocional así como cognitiva a través de la EFT. En otras palabras, dentro de las seis sesiones terapéuticas realizadas para este estudio de caso se ha podido evidenciar de

manera física y psicológica la mejoría de la paciente. Los resultados cuantitativos indican que la intervención psicológica de la EFT sí tuvo un efecto sobre la reducción sintomatológica de la depresión postparto en este estudio de caso. No obstante, para que los resultados obtenidos sean generalizables, es necesario realizar investigaciones experimentales donde exista un mayor número de participantes y terceras variables sean controladas.

## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis

Hasta el momento, la revisión de la literatura ha mostrado que algunos factores de riesgo que motivan la activación sintomatológica de la depresión postparto son el hecho de no amamantar al infante, no vivir con la pareja (Yonkers et al., 2001), tener otro hijo pequeño que demande la atención de la madre, la falta de apoyo social (Thurtle, 2003 en Almond, 2009) depresión prenatal en cualquier trimestre del embarazo, estrés por cuidar al recién nacido, estrés de la vida cotidiana como cambios en la relación de pareja, laborales, económicos y crisis de todo tipo, falta de contacto físico y no poder expresar pensamientos ni sentimientos, sensación de ansiedad, insatisfacción marital, historia de depresiones anteriores, temperamento irritable y difícil de calmar del recién nacido, presentación de “baby blues” hasta diez días después del parto, baja auto confianza, y embarazo no deseado (Beck, 2002). Comparado al estudio de caso, se observa que algunos de estos factores de riesgo sí están presentes. Por ejemplo, el hecho de no poder amamantar a su hija, tener un hijo pequeño de tres años que demanda su atención, el hecho de no sentirse apoyada sino sentirse criticada por los demás, estrés por tener que quedarse en la casa todo el día sin poder salir, sensación de ansiedad, cambios en la vida de pareja y familia, cambios en el ámbito laboral ya que no está trabajando por el permiso de maternidad, entre otras. Por lo tanto, se analiza que algunos de los factores de riesgo descritos en la revisión literaria si concuerdan con factores específicos del estudio de caso que son significativos para la paciente y que contribuyen en la presentación sintomatológica de la depresión postparto.

La revisión de la literatura también demuestra que existen causas neuro biológicas que influyen en la activación y mantención de la sintomatología depresiva (Guendelman,

2008; Lord et al., 2012; Maurer-Spurej et al., 2007; Mitchell et al., 2011; Moses-kolko et al., 2010; Segman et al., 2010; Silverman et al., 2011; & Skrundz et al., 2011). Para el estudio de caso no se realizaron pruebas neurológicas ni exámenes de sangre que demuestren la existencia de la presencia de depresión postparto en la paciente. Sin embargo, se tomaron las medidas cuantitativas necesarias y juicio clínico para demostrar que la paciente en efecto manifestaba síntomas de depresión postparto. Por lo tanto, se analiza que aunque no hubo pruebas neurológicas ni exámenes de laboratorio, se pudo comprobar que la paciente presentaba sintomatología depresiva postparto. No obstante, la información teórica representa un apoyo científico que ayuda a explicar, en teoría, cómo está funcionando el cerebro y el cuerpo cuando existe la presencia sintomatológica depresiva. De hecho, en la segunda sesión psicológica hubo una explicación teórica por parte de la terapeuta donde se habló del mecanismo del neurotransmisor de serotonina y su influencia en el estado de ánimo. Se piensa que la psico educación teórica de comprender que existen procesos cerebrales que son involuntarios ayudó a que la paciente no sienta tanta responsabilidad de sentir la sintomatología depresiva postparto. De alguna manera, la paciente sintió alivio después de comprender que estos procesos neuronales pueden ser modificados a través de la terapia psicológica al trabajar sobre las emociones, pensamientos y acciones. El respaldo científico de la teoría de la neuroplasticidad fue un apoyo para que la paciente comprenda y acepte que hay veces que las situaciones vividas no son tan extremas como aparentan ser dentro de la mente humana. En realidad, la experiencia de comprender el proceso neuronal de la depresión para la paciente fue como librarse de una carga y sentir alivio. Para la terapeuta, la psico educación del proceso neuronal de la depresión fue un instrumento, una ayuda, un sustento científico como apoyo a la alianza terapéutica y la comprensión empática de la paciente.

Si bien es cierto que las consecuencias de la depresión postparto tal como fueron descritas en la revisión de la literatura son verdaderas, o al menos sustentan serlo, no se aplican para el presente estudio de caso ya que existió asistencia psicológica a tiempo. No obstante, debido a que el estudio no es de carácter longitudinal, no se va a saber si realmente las consecuencias pueden venir a futuro debido a otro episodio depresivo sin el principio postparto. En ese caso, es importante analizar las probabilidades de los resultados de estudios anteriores para prevenir consecuencias futuras. Por ejemplo, se ha recopilado información importante sobre la depresión postparto y el déficit del vínculo afectivo entre madre e hijo así como un déficit en el futuro desarrollo emocional del infante (Beck, 1995; Horowitz & Goodman, 2004). Esta información es muy valiosa en cuanto a analizar lo que la EFT hizo respecto a prevenir un déficit en la relación emocional entre madre e hija. Verdaderamente, dentro de las sesiones terapéuticas, la paciente reportó sentirse una mala madre por querer dejar de lado a su hija y por no poder amamantarla, incluso hubo veces en las que la paciente otorgaba la culpa a su hija por no succionar la leche materna y por ese motivo no tener leche que darle. De igual manera, la paciente reportaba a menudo que la lactancia es la mejor manera de vincularse emocionalmente con su hija, pero como no podía amamantarla, su preocupación por no tener una buena relación con su hija a futuro era importante. Sin embargo, a medida que el proceso psicológico iba avanzando, la paciente se dio cuenta que la lactancia no es el único medio para establecer una conexión emocional con su hija sino que existían otros métodos como el canto materno, los masajes y caricias hacia su bebé.

Otro dato importante obtenido de estudios longitudinales explicados en la recopilación literaria demuestra que los niños de madres que tuvieron depresión postparto tienden a ser más activos que las niñas de madres que tuvieron depresión postparto (Grace,

Evindar, & Stewart, 2003). Esto significa que el grado de actividad de la hija de Elena puede ser menor comparado con el grado de actividad de un bebé varón de una madre que tuvo depresión postparto. Esta presunción únicamente podría ser comprobada con un estudio longitudinal y compararlo con otro estudio longitudinal controlando la variable independiente de género del infante. Adicionalmente, para este tipo de estudios longitudinales, las participantes ya no serían las madres con depresión postparto sino que serían los hijos de madres con depresión postparto. En pocas palabras, sería un estudio diferente al presente estudio investigativo. No obstante, es importante recalcar la posibilidad de que en el futuro, los resultados obtenidos de estudios anteriores pueden ser probables y de esta manera se puede cumplir con una consecuencia a largo plazo de la depresión postparto a pesar de que hubo una intervención psicológica a tiempo. En realidad la probabilidad de la existencia de una consecuencia futura depende del uso de las herramientas terapéuticas que la madre obtuvo de la intervención y su aplicación en la vida cotidiana. En resumen, se presume que las posibles consecuencias a largo plazo de madres que tuvieron depresión postparto pero que tuvieron asistencia psicológica tendrían una base de responsabilidad únicamente de la madre. No obstante, esta es una presunción que no puede ser contestada hasta que se realice un estudio experimental.

Los datos cuantitativos obtenidos del estudio de caso por medio de la EPDS, IDS-SR, IDS-C, y SCL-90-R fueron tabulados, analizados e interpretados por la investigadora siguiendo el procedimiento de puntuación y codificación establecido por las indicaciones de calificación y evaluación de las diferentes escalas e inventarios usados para el presente estudio investigativo. La reducción del puntaje en todas las evaluaciones después de la intervención terapéutica indica la reducción de la sintomatología depresiva presente antes de la intervención psicológica. Llama la atención que la paciente, antes de la intervención

responde en la pregunta 9A que su ánimo empeora generalmente en la mañana. Mientras que después de la intervención, en la pregunta 9A responde que su ánimo empeora generalmente en la noche. Se presume que la paciente llega muy cansada de su trabajo por la tarde y tiene que cumplir con las labores del hogar o tal como ella lo establece: “ahora que estoy trabajando no tengo tiempo para nada, llego y tengo que atenderles a mis hijos” por lo que esto puede influir para que dentro de su auto evaluación perciba tener un cambio de estado de ánimo por las noches.

De igual manera, la metodología ha mostrado que para responder la pregunta de investigación la mejor herramienta es el estudio de caso. Sin embargo, se piensa que a lo largo del proceso terapéutico un estudio de caso aportó bastante información sobre la paciente pero ayudó de manera limitada para contestar la pregunta de investigación per se. Es decir, de acuerdo a la narrativa de la paciente no sólo obtuvo ayuda psicológica sino que también Elena buscó por sus propios medios para encontrar la ayuda que ella necesitaba en función de reducir su sintomatología depresiva. Adicionalmente, a lo largo de su proceso psicológico, Elena comenta que obtuvo bastante apoyo de su esposo, suegra, amigas, centros religiosos o de espiritualidad, etc. En otras palabras, se analiza que la intervención de la EFT fue efectiva en parte a la reducción de la sintomatología depresiva y por otro lado, el hecho de que la paciente haya tenido la motivación e incentivo de buscar por sus propios medios ayuda de sí misma y el apoyo social también ayudaron a reducir la sintomatología depresiva. Por lo tanto, el estudio de caso sí fue una herramienta metodológica que aportó información relevante para contestar la pregunta de investigación, pero una investigación experimental donde exista la posibilidad de comparar procesos psicológicos entre varios sujetos participantes hubiera contestado la pregunta de investigación de manera más directa. Esto no significa que el estudio de caso no aportó en

responder la pregunta de investigación sino que la responde parcialmente ya que no se puede comparar el proceso psicológico de la paciente con ningún otro proceso psicológico de otra paciente para confirmar si efectivamente la EFT influye sobre la reducción de la sintomatología depresiva postparto.

Dentro del estudio de caso se observa que la paciente realmente tuvo un proceso psicológico de crecimiento personal a nivel emocional, mental y corporal. Existe un cambio notable de la paciente que se presentó por primera vez en consulta y la paciente que se presentó en la última sesión. Físicamente la paciente cambió su vestimenta, su expresión facial, su ánimo al hablar y su tono de voz al referirse a eventos dolorosos. Emocionalmente, la paciente comenzó expresando sentir culpa que es una emoción secundaria que no ayudaba al proceso emocional sino que lo estancaba, luego expresó sentir tristeza que es una emoción primaria adaptativa ya que es comprensible sentir tristeza de algo que se ha perdido. En el estudio de caso, Elena sentía tristeza por haber perdido el tiempo que antes tenía para su hijo y que ahora ya no lo tiene por el hecho de tener que cuidar a su bebé. Esta emoción primaria adaptativa se hubiese formado en una emoción primaria mal adaptativa si a lo largo del proceso terapéutico la paciente hubiera seguido sintiendo tristeza de no tener tiempo para su hijo y desenfocarse del tiempo para su hija. En otras palabras, la adaptación al cambio fue algo que la paciente comentó ser difícil para ella. Sin embargo, gracias a la EFT la adaptación al cambio se fue dando de manera natural al transformar la tristeza en cariño hacia su hija. Por lo tanto, la tristeza como emoción primaria adaptativa fue sentida a conciencia y fue aceptada, por lo que pudo ser procesada correctamente y no se convirtió en una emoción primaria mal adaptativa. Posteriormente, hubo una transformación de la tristeza al cariño de madre hacia su bebé. Es decir, Elena se dio cuenta que habían otras emociones que la ayudarían a adaptarse al

cambio y que eran más congruentes con la realidad que estaba viviendo. Dentro de las sesiones terapéuticas, la EFT fue una terapia psicológica que iba bien con la paciente y que fue beneficiosa para el proceso psicológico de la misma. La estructura de la EFT tiene una cualidad de ayudar a enfocar la emoción antes que el pensamiento y la acción. Esta estructura también ayuda a fortalecer las virtudes de la persona y no se enfoca en sus defectos. Es una terapia que ayuda a que una persona que tiene depresión no se sienta unida a la patología sino que la patología se vuelve secundaria y lo que realmente importa es la transformación de las emociones para el beneficio psicológico de la persona. Se piensa que en un caso de depresión postparto el trabajar sobre las emociones y aceptarlas vale mucho para la madre y sirve de ayuda para adaptarse al cambio y conseguir mayor funcionalidad.

Para responder a la pregunta de ¿Cómo y hasta qué punto la terapia enfocada en la emoción (EFT) a través de la experiencia emocional influye sobre la reducción de síntomas de la depresión postparto en un estudio de caso? se analiza que la EFT ayudó a reducir la sintomatología depresiva postparto en este estudio de caso debido a que se le dio prioridad a la alianza terapéutica y a las emociones de la paciente con el objetivo de la adaptación a un cambio permanente de su vida como lo es tener una hija. El hecho de haber escuchado empáticamente a la paciente es una fortaleza que le demuestra a la paciente que existe una persona que realmente la escucha y la comprende. El sentirse comprendida y valorada por otra persona significa que uno no está solo cuando pasa por momentos difíciles como lo es la depresión postparto. En la sexta sesión, Elena llenó el inventario de alianza terapéutica con la finalidad de observar cuantitativamente la relación entre paciente y terapeuta. El resultado positivo del inventario de alianza terapéutica es una comprobación de que Elena se sentía segura, cómoda y comprendida por la terapeuta. Por otro lado, la paciente pudo

darse cuenta y concientizar sobre sus emociones y cómo éstas se complementan con el pensamiento y las acciones de sí misma. La herramienta de la silla vacía de auto crítica en este estudio de caso fue un instrumento efectivo para llegar a negociar entre la persona que sentía mucha culpa y la persona que la criticaba. A la siguiente sesión terapéutica de la intervención de la silla vacía la paciente ya no reportó sentirse culpable sino sentirse triste. Esto significa que la intervención fue positiva en la paciente ya que aceptó una emoción primaria adaptativa, congruente con su situación. En la sesión donde la paciente expresó sentir cariño hacia su hija se observa que la emoción de tristeza se transformó por el cariño hacia su bebé. Este proceso emocional fue sano para la paciente ya que tuvo un enfoque adaptativo y funcional respecto a la realidad de la paciente.

### **Importancia del estudio**

El presente estudio investigativo es significativo porque contribuye a la comprensión y tratamiento de la depresión postparto. Antes de este estudio no existía otro estudio que relacione a la terapia centrada en la emoción con un caso de depresión postparto de una madre ecuatoriana. Es un estudio pionero que quiere demostrar que la depresión postparto es real y que el tratamiento psicológico es beneficioso en este estudio de caso único, detallado y específico. De esta manera, se puede motivar o incentivar a las madres ecuatorianas que cumplen con el diagnóstico depresivo postparto para que busquen ayuda psicológica y encuentren una funcionalidad a nivel psicológico, emocional y social. Así mismo, se puede prevenir consecuencias negativas a futuro sobre la madre y el bebé. Adicionalmente, este estudio puede motivar a profesionales de la salud mental para investigar sobre la EFT y su importancia en la aplicación terapéutica psicológica dentro de la depresión postparto u otras psicopatologías.

Bien pueda que este estudio investigativo no cambie el mundo pero va a cambiar la perspectiva de las personas que lo lean. Quienes pueden salir más beneficiados al leer este estudio investigativo son las madres ecuatorianas que presenten sintomatología depresiva postparto debido a que se pueden sentir comprendidas de que no son las únicas personas que se sienten de la manera en cómo se sienten. Las madres ecuatorianas con sintomatología depresiva postparto que leen este estudio también pueden sentirse motivadas a buscar ayuda psicológica y comenzar un tratamiento terapéutico. Se piensa que la perspectiva hacia la depresión postparto cambiará en las personas que lean este estudio ya que la mayoría del tiempo se ignora la importancia del tratamiento dentro de un caso de depresión postparto en Ecuador. En general, la depresión postparto no ha tenido la importancia que se merece dentro del Ecuador y con este estudio se quiere demostrar que se está haciendo algo por ayudar a una madre ecuatoriana con depresión postparto, que se puede prevenir el sufrimiento en silencio y se puede mejorar la calidad de vida futura de la madre así como la vida del hijo. Una de las presunciones propuestas en el primer capítulo se confirma con el estudio de caso analizado ya que los estudios realizados en otras partes del mundo realmente pudieron ser aplicados, al menos teóricamente, al estudio de caso de la madre ecuatoriana con depresión postparto y el efecto de la EFT.

El hecho de que exista un estudio que busque analizar de manera detallada el efecto de la EFT en un caso de depresión postparto de una madre ecuatoriana es muy importante para motivar a las mujeres con depresión postparto y a los especialistas de la salud psicológica a interesarse sobre la problemática y consecuencias de esta patología y no dar por sentado que se cura con el tiempo.

### **Resumen de sesgos del autor**

Uno de los sesgos del estudio es el número de sesiones psicológicas realizadas. Se estima que se pudo haber trabajado más sobre el proceso terapéutico de la paciente si se hubiesen desarrollado más de seis sesiones psicológicas. En el estudio de caso se pudo trabajar sobre la parte más importante concerniente a la emocionalidad de la paciente. Sin embargo, el tratamiento psicológico no terminó de la manera como la investigadora esperaba ya que faltaron más sesiones terapéuticas para concluir el proceso emocional, mental y de comportamiento.

Otro inconveniente es no saber el efecto específico de la intervención en particular ya que no se puede comparar con otros sujetos de estudio. Es decir, no se sabe exactamente si la intervención de la EFT redujo la sintomatología depresiva por sí sola o si alguna tercera variable tuvo un efecto importante en reducir la sintomatología depresiva postparto dentro de este estudio de caso. En otras palabras, en este estudio de caso no se sabe qué hasta qué punto la EFT fue la absoluta responsable en reducir la sintomatología. Aunque los datos no pueden ser generalizados y a pesar de que no existe un efecto 100% certero de la intervención terapéutica sobre la reducción de sintomatología depresiva postparto, es importante reconocer el detalle y observación exhaustiva del caso que permite un resultado específico. Por lo tanto, este estudio de caso puede servir como referencia de investigación para futuros estudios cuantitativos generalizables.

## CONCLUSIONES

### **Respuesta a la pregunta de investigación**

Dentro del proceso psicológico, la paciente del estudio de caso reaccionó de manera positiva al tratamiento psicológico con la terapia centrada en la emoción o EFT por sus siglas en inglés. Adicionalmente, la paciente buscó ayuda en otros sitios y personas de apoyo que también pudieron influir en la reducción de la sintomatología depresiva postparto. Sin embargo, dentro del proceso psicológico observado en seis sesiones terapéuticas la EFT fue efectiva para tratar este estudio de caso en particular debido a que el proceso emocional sentido ayudó a que se dé un proceso de experiencia emocional dentro y fuera de las sesiones terapéuticas. Por lo tanto, se estima que la pregunta de investigación se responde. No obstante, se requieren de más estudios comparativos que confirmen la efectividad de la EFT dentro de varios casos de depresión postparto. Adicionalmente, se puede concluir la evidencia cualitativa y cuantitativa del efecto de la EFT en este estudio de caso por el mismo hecho de que hubo una reducción sintomatológica significativa.

### **Limitaciones del estudio**

La limitación más importante del estudio investigativo es que es un estudio de caso cuyos resultados no se pueden generalizar a una población ampliada. Tampoco se puede comparar los datos obtenidos con un estudio similar porque no existe otro estudio en el mundo que involucre a la EFT con un caso de depresión postparto. Por lo tanto, este estudio sí tiene limitaciones de investigación pero por lo menos es un estudio detallado de cómo funcionó la EFT con esta paciente en particular y cómo fue que esta paciente logró reducir la sintomatología depresiva postparto.

Otra limitación importante es que no se puede obtener un análisis estadístico dentro de un estudio de caso por lo que los resultados no pueden ser generalizados a otros individuos. Tampoco existe un dato estadístico que sugiera cuantitativamente el porcentaje de mujeres que no buscan ayuda psicológica aun si presentan sintomatología depresiva después del parto. Tal vez, por el mismo hecho de sufrir un trastorno del estado de ánimo en silencio y no reportarlo o anunciarlo (Knudson-Martin & Silverstein, 2009). Por lo tanto, se presume que la prevalencia de depresión postparto alrededor del mundo puede ser más alta de la estimada. Tampoco existen datos estadísticos de la depresión postparto en Ecuador. En el contexto ecuatoriano no hay una incidencia percentil exacta de la depresión postparto ya que no hay información suficiente sobre la depresión postparto en el Ecuador. Por ello, las mujeres no reportan sentir ninguna característica que refleje un trastorno del estado de ánimo o tal vez los niveles de normalidad de la depresión postparto en el Ecuador están sesgados.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Se recomienda realizar un estudio donde existan más participantes involucrados para determinar específicamente si la EFT reduce sintomatología depresiva postparto por sí sola.

Los descubrimientos del presente estudio investigativo son significativos debido a que promueven un nuevo campo de investigación sobre la EFT que parece ser efectiva al enfocarse y transformar emociones dentro de un caso de depresión postparto. Con el objetivo de poder generalizar los datos obtenidos y confirmar su efectividad del 100%, se propone realizar un estudio investigativo entre sujetos que cumplan la condición específica de tener depresión postparto y ser de nacionalidad ecuatoriana. Para realizar el estudio generalizable a futuro se propone reunir a varios psicólogos clínicos que sepan la

estructura y aplicación de la EFT y que se interesen en los casos de depresión postparto de mujeres ecuatorianas.

### **Resumen general**

En resumen, los resultados cualitativos y cuantitativos indican que el tratamiento psicológico de la EFT reduce la sintomatología depresiva postparto. Sin embargo, también se toma en cuenta que la paciente buscó ayuda en otras fuentes de apoyo como el espiritual y el social que pudieron haber influido sobre su proceso psicológico. El hecho de reducir la sintomatología depresiva postparto a través de la experiencia emocional ayuda a que la paciente obtenga una mejor calidad y significado de vida con ella misma y su familia.

El objetivo principal del presente estudio investigativo es validar y difundir la importancia de la EFT en el campo de la depresión postparto. El hecho de proporcionar la atención que el tema de investigación se merece, ayuda a difundir su significancia. Por lo que el estudio también trata de difundir la psicología preventiva especialmente sobre las consecuencias futuras de la depresión postparto tanto para la madre como para el bebé.

La EFT ayuda a liberar la carga emocional no adaptativa ni funcional que se puede dar al momento de presentar sintomatología depresiva en el período postparto. Un tratamiento efectivo significa que la reducción sintomatológica de la depresión postparto no sólo abarca el aspecto conductual de la paciente sino que también se enfoca en la transformación de emociones mal adaptativas a emociones adaptativas y funcionales que vayan de acuerdo con la situación que se vive. Al mismo tiempo que se transforma la emoción, se complementa el significado cognitivo de comprensión de lo que está sucediendo en el aquí y ahora.

El difundir información sobre la depresión postparto en Ecuador, ayudará a que otras mujeres dejen de sufrir en silencio. Motivará a que las mujeres con depresión

postparto busquen ayuda psicológica y se puedan prevenir las consecuencias futuras de esta psicopatología.

## REFERENCIAS

- 14th international congress of ESCAP european society for child and adolescent psychiatry 11-15 june 2011, Helsinki, Finland. (2011). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 7-234. doi: 10.1007/s00787-011-0181-5
- Abrams, L. S; & Curran, L. (2007). Not just a middle-class affliction: Crafting a social work research agenda on postpartum depression. *Health & Social Work* 32. 4: 289-96.
- Abstracts of the 2008 CSBBCS annual meeting résumés du congrès annuel 2008 de la SCCSC. (2008). *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 62(4), 261-321. Obtenido el 9 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/200263582?accountid=36555>
- Almond, P. (2009). Postnatal depression: A global public health perspective. *Perspectives in Public Health* 129. 5 : 221-7.
- American Psychological Association. Public Interest Directorate. Women's Programs Office. (2010). Washington, DC. Obtenido el 13 de septiembre 2012 de <http://www.postnataldepression.com/>
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., & Farragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *School of Psychiatry and Behavioural Sciences*. Obtenido el 3 de abril 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9099116>
- Appolonio, K. & Fingerhut, R. (2008). Postpartum depression in a military sample. *Military Medicine* 173. 11: 1085-91.
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. Buenos Aires: Thomson Editores.
- Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. (2007). *Neuroscience: Exploring the brain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Beck, C. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 31(4), 394-402. Obtenido el 9 de octubre de 2012 de <http://search.proquest.com/docview/230411863?accountid=36555>
- Begley, S. (2007). Train your mind, change your brain: How a new science reveals our extraordinary potential to transform ourselves. Ballantine Books, USA. Obtenido el 10 de octubre 2012 de [http://www.amazon.com/Train-Your-Mind-Change-Brain/dp/0345479890/ref=ed\\_oe\\_p#reader\\_0345479890](http://www.amazon.com/Train-Your-Mind-Change-Brain/dp/0345479890/ref=ed_oe_p#reader_0345479890)

- Bhar, S., Gelfand, L., Schmid, S., Gallop, R., DeRubeis, R., Hollon, S., Amsterdam, J., Shelton, R., Beck, A. (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 110 (1), 161-166. doi: 10.1016/j.jad.2007.12.227. Obtenido el 3 de abril 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566850/>
- Borja, T. (2011). Adaptación del test de síntomas de L. Derogatis: SCL-90-R. Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito.
- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K., & Muhajarine, N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *Canadian Journal of Psychiatry* 57. 3: 161-7.
- Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H., Amor-Parra, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgo para depresión postparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58 (4), 277-283. Obtenido el 5 de marzo 2013 de [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Vol58No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2007/v58n4a03.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Vol58No4_Octubre_Diciembre_2007/v58n4a03.pdf)
- Carter, W., Grigoriadis, S., & Ross, L. E. (2010). Relationship distress and depression in postpartum women: Literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 13(3), 279-84. doi: 10.1007/s00737-009-0136-8
- Carter, W., Grigoriadis, S., Ravitz, P., & Ross, L. (2010). Conjoint IPT for postpartum depression: Literature review and overview of a treatment manual. *American journal of psychotherapy* 64. 4 (2010): 373-92.
- Casullo, M. & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis.
- Corral, M., Wardrop, A. A., Zhang, H., Grewal, A. K., & Patton, S. (2007). Morning light therapy for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 10(5), 221-4. doi: 10.1007/s00737-007-0200-1
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión de post-parto de Edinburgo. *British Journal of Psychiatry*, 150.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: W. W. Norton & Company.
- Creasy, R. & Resnik, R. (1994). *Maternal fetal medicine: Principles and practice*. (Third Edition) Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Creighton, A. (2011). Mother-infant musical interaction and emotional communication: A literature review. *The Australian Journal of Music Therapy* 22: 37-56.

- Cuijpers, P., Brannmark, J. G. & Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. Obtenido el 6 de septiembre 2012 de [http://dare.uvu.nl/bitstream/handle/1871/16609/Cuijpers\\_Journal%20of%20Clinical%20Psychology\\_64\(1\)\\_2008\\_u.pdf;jsessionid=15BA478ABEB0E3A042FED9E69D03F61C?sequence=2](http://dare.uvu.nl/bitstream/handle/1871/16609/Cuijpers_Journal%20of%20Clinical%20Psychology_64(1)_2008_u.pdf;jsessionid=15BA478ABEB0E3A042FED9E69D03F61C?sequence=2)
- Cullen-Drill, M., Smith, M., & Morris, M. (2008). Postpartum bipolar depression: A case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), 267-74. Obtenido el 9 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/200767422?accountid=36555>
- DeRubeis, R., Siegle, G., & Hollon, S. (2008). Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-796. Obtenido el 15 de septiembre 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748674/>
- De l'Etoile, S. (2006). Infant-directed singing: A theory for clinical intervention. *Music Therapy Perspectives*; 24,1.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV-TR]. (2000). Fourth Edition. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Cullen, C., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry* 67. 1: 63-80.
- Downs, D. S., Dinallo, J. M., & Kirner, T. L. (2008). Determinants of pregnancy and postpartum depression: Prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 54-63. doi: 10.1007/s12160-008-9044-9
- Dritsa, M., Da Costa, D., Dupuis, G., Lowensteyn, I., & Khalifé, S. (2008). Effects of a home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed women: Results of a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 179-87. doi: 10.1007/s12160-008-9020-4
- Fishbane, M. (2007). Wired to connect: Neuroscience, relationships, and therapy. *Family Process*, 46 (3), 395-412. Obtenido el 18 de septiembre 2012 de [http://www.familyprocess.org/Data/featured\\_articles/72\\_fishbane.pdf](http://www.familyprocess.org/Data/featured_articles/72_fishbane.pdf)
- Forman, D. R., O'hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and psychopathology*, 19(2), 585-602. Obtenido el 9 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/201698821?accountid=36555>

- Friedman, D. D., Beebe, B., Jaffe, J., Ross, D., & Triggs, S. (2010). Microanalysis of 4-month infant vocal affect qualities and maternal postpartum depression. *Clinical Social Work Journal*, 38(1), 8-16. doi: 10.1007/s10615-010-0261-x
- Friedman, S. H., & Resnick, P. J. (2009). Postpartum depression: An update. *Women's Health*, 5(3), 287-95. doi: 10.2217/whe.09.3
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., Mayberg, H. (2004). Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 34-41. Obtenido el 3 de abril 2013 de <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481941>
- Goodman, J. H & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health* 14. 4: 277-93.
- Goodman, S. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 3: 107-35. Obtenido el 13 de septiembre 2012 de [http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/4%20Developmental%20Psychopathology%20and%20Risk%20\(24\)/Goodman%202007.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/4%20Developmental%20Psychopathology%20and%20Risk%20(24)/Goodman%202007.pdf)
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), 263-74. doi: 10.1007/s00737-003-0024-6
- Greenberg, L. (2012). Emotion-focused therapy level 1 and 2: Training for working with individuals. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito.
- Greenberg, L. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. & Watson, J. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. (1ra Edición) Washington, DC: American Psychological Association.
- Grote, N. K., PhD., Swartz, H. A., M.D., Geibel, S. L., L.C.S.W., Zuckoff, A., Houck, P. R., M.S.H., & Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*, 60(3), 313-21. Obtenido el 6 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/213078412?accountid=36555>
- Guendelman, S. (2008). Neurobiología interpersonal: La depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. *Revista GPU* 4; 4: 454-461. Obtenido el 13 de septiembre 2012 de [http://revistagpu.cl/GPU\\_ejemplares/2008/vol4n4diciembre2008.pdf#page=90](http://revistagpu.cl/GPU_ejemplares/2008/vol4n4diciembre2008.pdf#page=90)
- Herring, S. J., Rich-Edwards, J., Oken, E., Rifas-Shiman, S., Kleinman, K. P., & Gillman, M. W. (2008). Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. *Obesity*, 16(6), 1296-301. doi: 10.1038/oby.2008.71

- Horowitz, J. A., & Goodman, J. (2004). A longitudinal study of maternal postpartum depression. *Symptoms Research and Theory for Nursing Practice* 18 (2), 3: 149-63.
- How Thinking can Change the Brain. Publicado el 27 enero de 2007. Obtenido el 13 de septiembre 2012 de <http://www.dalailama.com/news/post/104-how-thinking-can-change-the-brain>
- Kantowitz, B., Roediger, H., & Elmes, D. (2001). *Psicología experimental: Cómo entender las investigaciones psicológicas*. (7ma Edición). México: Thomson Editores.
- Kara, B., Ünalán, P., Çifçili, S., Cebeci, D. S., & Sarper, N. (2008). Is there a role for the family and close community to help reduce the risk of postpartum depression in new mothers? A cross-sectional study of turkish women. *Maternal and Child Health Journal*, 12(2), 155-61. doi: 10.1007/s10995-007-0232-1
- Kelly, E., & Sharma, V. (2010). Diagnosis and treatment of postpartum bipolar depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(7), 1045-51. doi: 10.1586/ern.10.81.
- Knudson-Martin, C., & Silverstein, R. (2009). Suffering in silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of Marital and Family Therapy*; 35, 2.
- Kopelman, R., & Stuart, S. (2005). Psychological treatments for postpartum depression. *Psychiatric annals*, 35(7), 556-566. Obtenido el 6 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/217057035?accountid=36555>
- Lara, M. A., Le, H., Letechipia, G., & Hochhausen, L. (2009). Prenatal depression in latinas in the U.S. and mexico. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 567-76. doi: 10.1007/s10995-008-0379-4
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster Paperbacks.
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Penguin Group.
- Leis, J. A., Mendelson, T., Tandon, S. D., & Perry, D. F. (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Archives of women's mental health*, 12(1), 3-13. Doi: 10.1007/s00737-008-0039-0
- Likierman, M. (2003). Post natal depression, the mother's conflict and parent – infant psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* Vol. 29, Iss. 3, 2003

- Limlomwongse, N., & Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 131-8. doi: 10.1007/s00737-005-0115-7
- Lord, C., Steiner, M., Soares, C. N., Carew, C. L., & Hall, G. B. (2012). Stress response in postpartum women with and without obsessive-compulsive symptoms: An fMRI study. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN* 37. 2: 78-86.
- Marcotte, T. & Grant, I. (2010). *Neuropsychology of everyday functioning*. New York: The Guildford Press.
- Maurer-Spurej, E., Pittendreigh, C., & Misri, S. (2007). Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum depression. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN* 32. 1: 23-9.
- Mchale, J., Kazali, C., Rotman, T., Talbot, J., Carleton, M., & Lieberman, R. (2004). The transition to coparenthood: Parents' prebirth expectations and early coparental adjustment at 3 months postpartum. *Development and Psychopathology* 16, 3: 711-33.
- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., Mcneil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *The british journal of clinical psychology*, 44, 529-42. Obtenido el 9 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/218658264?accountid=36555>
- Mind and Life Institute. Obtenido el 10 de octubre 2012 de <http://www.mindandlife.org/>
- Mitchell, C., Notterman, D., Brooks-Gunn, J., Hobcraft, J., Garfinkel, I., Jaeger, K., Kotenko, L., & McLanahan, S. (2011). Role of mother's genes and environment in postpartum depression. *PNAS* 108, 20: 8189-8193. Obtenido el 13 de septiembre 2012 de <http://www.pnas.org/content/108/20/8189.full.pdf+html>
- Moel, J. E., Buttner, M. M., O'hara, M., W., Stuart, S., & Gorman, L. (2010). Sexual function in the postpartum period: Effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 13(6), 495-504. doi: 10.1007/s00737-010-0168-0
- Moses-kolko, E., Perlman, S. B., Wisner, K., James, J., Saul, A. T., & Phillips, M. L. (2010). Abnormally reduced dorsomedial prefrontal cortical activity and effective connectivity with amygdala in response to negative emotional faces in postpartum depression. *The american journal of psychiatry*, 167(11), 1373-80. Obtenido el 6 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/762531639?accountid=36555>
- Mosquera, D. P. (2007). La depresión en el embarazo como factor asociado de bajo peso al nacer en madres que acuden a la maternidad Isidro Ayora y Fundaciones Médicas.

Obtenido el 12 de septiembre 2012 de  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/354/1/84951.pdf>

- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomized control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 125-39. doi: 10.1007/s00737-009-0101-6
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., & Cassano, G. B. (2009). Risk factors for postpartum depression: The role of the postpartum depression predictors inventory-revised (pdpi-r). *Archives of Women's Mental Health*, 12(4), 239-249. Doi: 10.1007/s00737-009-0071-8
- Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I., & Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22: 195-202.
- Paris, R., Bolton, R. E., & Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 309-21. doi: 10.1007/s00737-009-0105-2
- Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: Treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN* 33. 4 (Jul 2008): 302-18.
- Perren, S., Agnes von, W., Bürgin, D., Simoni, H., & Kai von, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 26. 3: 173-83.
- Raskin, S. (2011). *Neuroplasticity and rehabilitation*. New York: Guilford Press  
 Obtenido el 13 de abril 2013 de <http://books.google.com.ec/books?id=MXt3WoRo-foC&printsec=frontcover&dq=neuroplasticity+rehabilitation&hl=es&sa=X&ei=dzVqUdWKG5P68QsgIICAAQ&sqi=2&ved=0CCwQ6AEwAA>
- Robles, J. I., Andreu, J. M., & Peña, M.E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica, legal y forense* 2. 1: 5-19. Obtenido el 7 de marzo 2013 de <http://www.masterforense.com/pdf/2002/2002art1.pdf>
- Rush, A.J., Carmody, T., & Reimitz, P.E. (2000). The inventory of depressive symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and self-report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9. 45-59. Obtenido el 6 de septiembre 2012 de <http://www.ids-qids.org/tr-spanish.html>
- Saxena, S., Brody, A., Ho, M., Alborzian, S., Maidment, K., Zohrabi, N., Ho, M. (2002). Differential cerebral metabolic changes with paroxetine treatment of obsessive-compulsive disorder vs major depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3),

250-261. Obtenido el 3 de abril 2013 de  
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=206130>

Segal, Z. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy. Obtenido el 24 de septiembre 2012 de

[http://books.google.co.in/books?id=\\_QJ3cQT5UPsC&printsec=frontcover&dq=Mindfulness-based+cognitive+therapy&cd=2#v=onepage&q&f=false](http://books.google.co.in/books?id=_QJ3cQT5UPsC&printsec=frontcover&dq=Mindfulness-based+cognitive+therapy&cd=2#v=onepage&q&f=false)

Segman, R. H., Goltser-dubner, T., Weiner, I., Canetti, L., Galili-weisstub, E., Milwidsky, A., Pablov, V., Friedman, N., & Hochner-celnikier, D. (2010). Blood mononuclear cell gene expression signature of postpartum depression. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 93-100, 2. doi: 10.1038/mp.2009.65

Sharma, V., & Burt, V. K. (2011). DSM-V: Modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 67-9. doi: 10.1007/s00737-010-0182-2

Sharma, V., Burt, V. K., & Ritchie, H. L., M.D. (2009). Bipolar II postpartum depression: Detection, diagnosis, and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 166(11), 1217-21. Obtenido el 9 de septiembre 2012 de  
<http://search.proquest.com/docview/220463294?accountid=36555>

Sharpley, C. (2010). A review of the neurobiological effects of psychotherapy for depression. *American Psychological Association*, 47(4), 603-615. doi: 10.1037/a0021177. Obtenido el 3 de abril 2013 de  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21198246>

Shoemark, H. (2009). Music therapy as an exercise in humanity. *The Australian Journal of Music Therapy* 20: 31-44.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: The Guilford Press. Obtenido el 13 de abril 2013 de  
[http://books.google.com.ec/books?id=NFOM3vIkdX4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=NFOM3vIkdX4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Silverman, M. E., Loudon, H., Liu, X., Mauro, C., Leiter, G., & Goldstein, M. A. (2011). The neural processing of negative emotion postpartum: A preliminary study of amygdala function in postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 14(4), 355-9. doi: 10.1007/s00737-011-0226-2

Skrundz, M., Bolten, M., Nast, I., Hellhammer, D., & Meinlschmidt, G. (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology* 36. 9: 1886-93.

Stuart, S., O'Hara, M.W., & Gorman, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 57-69. doi: 10.1007/s00737-003-0003-y

- Thomas, N., Sleath, B. L., Jackson, E., West, S., & Gaynes, B. (2008). Survey of characteristics and treatment preferences for physicians treating postpartum depression in the general medical setting. *Community Mental Health Journal*, 44(1), 47-56. doi: 10.1007/s10597-007-9108-5
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76(2): 102-112. Obtenido el 20 de septiembre 2012 de <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n2/art07.pdf>
- Wisner, K. (2009). Depression during pregnancy: Pregnant women need evidence-based treatment for depression. *Psychiatric Times*, 26(11), 48-50. Obtenido el 9 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/204641200?accountid=36555>
- Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S. J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 10(1), 771-771. doi: 10.1186/1471-2458-10-771
- Yonkers, K. A., Ramin, S. M., Rush, A. J., Navarrete, C. A., Carmody, T., March, D., Heartwell, S. F., & Leveno, K. J. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1856-63. Obtenido el 6 de septiembre 2012 de <http://search.proquest.com/docview/220460610?accountid=36555>
- Zajicek-farber, M. (2010). The contributions of parenting and postnatal depression on emergent language of children in low-income families. *Journal of Child and Family Studies*, 19(3), 257-269. doi: 10.1007/s10826-009-9293-7
- Zittel-Palamara, K., Cercone, S. A., & Rockmaker, J. R. (2009). Spiritual support for women with postpartum depression. *Journal of Psychology and Christianity* 28. 3: 213-223.
- Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M. V., Amoretti, A. L., Thorell, M. R., & Müller, L. C. (2010). The correlation between postpartum depression and health status. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 751-7. doi: 10.1007/s10995-009-0512-z

## ANEXO A: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

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

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <p>Tanto como siempre</p> <p>No tanto ahora</p> <p>Mucho menos</p> <p>No, no he podido</p>               | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p>Sí, la mayor parte de las veces</p> <p>Sí, a veces</p> <p>No, casi nunca</p> <p>No, nada</p>                              |
| <p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p>Tanto como siempre</p> <p>Algo menos de lo que solía hacer</p> <p>Definitivamente menos</p> <p>No, nada</p>                   | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p>Sí, la mayoría de las veces</p> <p>Sí, a veces</p> <p>No muy a menudo</p> <p>No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p>Sí, la mayoría de las veces</p> <p>Sí, algunas veces</p> <p>No muy a menudo</p> <p>No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p>Sí, casi siempre</p> <p>Sí, bastante a menudo</p> <p>No muy a menudo</p> <p>No, nunca</p>                             |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p>No, para nada</p> <p>Casi nada</p> <p>Sí, a veces</p> <p>Sí, a menudo</p>  | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p>Sí, casi siempre</p> <p>Sí, bastante a menudo</p> <p>Sólo en ocasiones</p> <p>No, nunca</p>                   |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p> <p>Sí, bastante</p> <p>Sí, a veces</p> <p>No, no mucho</p> <p>No, nada</p>  | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</p> <p>Sí, bastante a menudo</p> <p>A veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>No, nunca</p>                                       |

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

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

1/07

## ANEXO B: INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (ISD-SR)

INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)
<i>THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.</i>
Did patient (subject) perform self-evaluation? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments)
Evaluation performed on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ DD-Mon-YYYY
Comments:
<b><i>Este formulario debe ser completado solamente por el paciente (sujeto). Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos <u>siete días</u>.</i></b>
<p><b>1. Conciliar el Sueño:</b></p> <p>0 Nunca me toma más de 30 minutos conciliar el sueño.</p> <p>1 Me toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, menos del cincuenta por ciento de las ocasiones.</p> <p>2 Me toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.</p> <p>3 Me toma más de 60 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.</p> <p><b>2. Sueño Durante la Noche:</b></p> <p>0 No me despierto de noche.</p> <p>1 Tengo el sueño inquieto, ligero, con pocos y breves despertares cada noche.</p> <p>2 Me despierto al menos una vez por noche, pero me vuelvo a dormir fácilmente.</p> <p>3 Me despierto más de una vez por noche y permanezco despierto durante 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.</p> <p><b>3. Despertar Demasiado Temprano:</b></p> <p>0 La mayoría de las veces, me despierto no más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.</p> <p>1 Más de la mitad de las veces, me despierto más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.</p> <p>2 Casi siempre me despierto por lo menos una hora o alrededor de una hora antes de lo habitual, pero eventualmente me vuelvo a dormir.</p> <p>3 Me despierto al menos una hora antes de lo habitual, y no me puedo volver a dormir.</p> <p><b>4. Dormir Mucho:</b></p> <p>0 Duermo como máximo 7-8 horas por noche, sin hacer siestas durante el día.</p> <p>1 Duermo como máximo 10 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.</p> <p>2 Duermo como máximo 12 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.</p> <p>3 Duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.</p> <p><b>5. Tristeza:</b></p> <p>0 No me he sentido triste.</p> <p>1 Me siento triste menos de la mitad del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste más de la mitad del tiempo.</p> <p>3 Me siento triste casi todo el tiempo.</p> <p><b>6. Irritabilidad:</b></p> <p>0 No me he sentido irritable.</p> <p>1 Me siento irritable menos de la mitad del tiempo.</p> <p>2 Me siento irritable más de la mitad del tiempo.</p> <p>3 Me siento extremadamente irritable casi todo el tiempo.</p>

**INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)**

Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos siete días.

**7. Ansiedad o Tensión:**

- 0 No me he sentido ansioso o tenso.
- 1 Me siento ansioso (tenso) menos de la mitad de las veces.
- 2 Me siento ansioso (tenso) más de la mitad de las veces.
- 3 Me siento extremadamente ansioso (tenso) casi todo el tiempo.

**8. Respuesta de su Estado de Ánimo Ante Acontecimientos Positivos o Deseados:**

- 0 Mi ánimo mejora al nivel normal y me dura varias horas cuando ocurren acontecimientos positivos.
- 1 Mi ánimo mejora cuando ocurren acontecimientos positivos, pero no me siento como normalmente suelo sentirme.
- 2 Mi ánimo mejora sólo un poco cuando ocurren ciertos acontecimientos deseados.
- 3 Mi ánimo no mejora en absoluto, aún cuando sucedan cosas muy buenas o deseadas en mi vida.

**9. Relación del Estado de Ánimo con el Momento del Día:**

- 0 Habitualmente no existe una relación directa entre mi estado de ánimo y el momento del día.
- 1 A menudo mi estado de ánimo se relaciona con el momento del día debido a las circunstancias (por ejemplo, si estoy solo, o estoy trabajando).
- 2 En general, mi estado de ánimo está más relacionado con el momento del día que con las circunstancias a mi alrededor.
- 3 Mi estado de ánimo está clara y predeciblemente mejor o peor en un momento específico del día.

**9A. Su ánimo empeora generalmente:**

- 0 en la mañana.
- 1 en la tarde.
- 2 en la noche.

**9B. ¿Las variaciones de su ánimo se relacionan con el medio ambiente?**

- 0 sí.
- 1 no.

**10. La calidad de su estado de ánimo:**

- 0 El estado de ánimo (sentimientos internos) que siento es un estado de ánimo muy normal para mí.
- 1 Me siento triste, y esta tristeza es muy parecida a la tristeza que sentiría si alguien muy cercano a mí se muriera o me abandonara.
- 2 Me siento triste, y esta tristeza es de una calidad diferente de la que sentiría si alguien muy cercano a mí se muriera o me abandonara.
- 3 Me siento triste, y esta tristeza es diferente al tipo de tristeza asociada con el duelo o con una pérdida.

Por favor complete solamente el punto 11 o 12 (no ambos)

**11. Disminución del Apetito:**

- 0 No hay cambios en mi apetito habitual.
- 1 Como con menor frecuencia o cantidades menores de comida que lo habitual.
- 2 Como mucho menos que lo habitual y sólo con gran esfuerzo.
- 3 Como muy pocas veces en un periodo de 24 horas, y sólo con gran esfuerzo personal o cuando otros me persuaden para que coma.

**12. Aumento del Apetito**

- 0 No hay cambios con respecto a mi apetito habitual.
- 1 Siento necesidad de comer con más frecuencia que lo habitual.
- 2 Habitualmente como con más frecuencia y/o mayores cantidades de comida que lo habitual.
- 3 Me siento impulsado a comer de más tanto a la hora de comer como entre las comidas.

**INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)**

Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos siete días.

Por favor complete sólo el punto 13 ó 14 (no ambos)

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>13. Durante las Últimas dos Semanas:</b></p> <p>0 No he tenido cambios en mi peso.</p> <p>1 Siento como si hubiese tenido una leve pérdida de peso.</p> <p>2 He bajado 1 kilo o más de peso.</p> <p>3 He bajado 2 kilos o más de peso.</p> | <p><b>14. Durante las Últimas dos Semanas:</b></p> <p>0 No he tenido cambios en mi peso.</p> <p>1 Siento como si hubiese tenido un leve aumento de peso.</p> <p>2 He aumentado 1 kilo o más de peso.</p> <p>3 He aumentado 2 kilos o más de peso.</p> |
|--|---|
- 15. Concentración/Toma de Decisiones:**
- 0 No he notado cambios en mi capacidad habitual para concentrarme o tomar decisiones.
- 1 Ocasionalmente me siento indeciso o noto que mi atención se desvía.
- 2 La mayor parte del tiempo, lucho por focalizar mi atención o tomar decisiones.
- 3 No me puedo concentrar suficientemente bien para leer o ni siquiera puedo tomar pequeñas decisiones.
- 16. Visión de Mi Mismo:**
- 0 Me veo a mí mismo tan valioso y apreciado como el resto de las personas.
- 1 Me siento más culpable que lo habitual.
- 2 Creo firmemente que le causo problemas a los demás.
- 3 Pienso casi constantemente tanto en mis pequeños como en mis grandes defectos.
- 17. Visión de Mi Futuro:**
- 0 Tengo una visión optimista de mi futuro.
- 1 Ocasionalmente me siento pesimista con respecto a mi futuro, pero en general creo que las cosas van a mejorar.
- 2 Estoy bastante seguro que mi futuro inmediato (1-2 meses) no promete muchas cosas buenas.
- 3 No tengo esperanzas de que me suceda algo bueno en ningún momento del futuro.
- 18. Pensamientos de Muerte o de Suicidio:**
- 0 No he pensado en el suicidio o la muerte.
- 1 Siento que la vida carece de sentido o me pregunto si vale la pena vivir.
- 2 Pienso en el suicidio o en la muerte muchas veces por semana durante varios minutos.
- 3 Pienso en el suicidio o en la muerte con algún detalle muchas veces al día, o he realizado planes específicos para suicidarme o realmente he intentado quitarme la vida.
- 19. Interés General:**
- 0 No hay cambios fuera de lo habitual en mi interés en los demás o en otras actividades.
- 1 Noto que estoy menos interesado en los demás o en otras actividades.
- 2 Encuentro que tengo interés sólo en una o dos de mis actividades anteriores.
- 3 Prácticamente no tengo interés en las actividades que solía realizar anteriormente.
- 20. Nivel de Energía:**
- 0 No hay cambios en mi nivel habitual de energía.
- 1 Me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para comenzar o finalizar mis actividades diarias habituales (por ejemplo, hacer las compras, las tareas para la casa, cocinar o ir a trabajar).
- 3 Realmente no puedo llevar a cabo la mayoría de mis actividades diarias porque no tengo energía.

**INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)**

Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos siete días.

21. **Capacidad Para Sentir Placer o Disfrutar** (excluyendo el sexo):
- 0 Disfruto de las actividades placenteras tanto como siempre.
  - 1 No siento la misma capacidad de disfrutar actividades placenteras.
  - 2 Rara vez siento placer al realizar alguna actividad.
  - 3 Soy incapaz de sentir placer o disfrutar en nada de lo que hago.
22. **Interés en el Sexo** (Por favor señale si tiene interés, no si tiene actividad sexual):
- 0 Mi interés sexual es el mismo de siempre.
  - 1 Mi interés sexual es algo menor que lo habitual o no obtengo el mismo placer sexual que antes.
  - 2 Tengo escasos deseos o rara vez el sexo me produce placer.
  - 3 No tengo ningún interés en el sexo o no me produce placer.
23. **Sentimiento de Lentitud:**
- 0 Pienso, hablo y me muevo con el ritmo habitual.
  - 1 Encuentro que mi pensamiento es más lento o mi voz suena desanimada o apagada.
  - 2 Me lleva varios segundos responder la mayoría de las preguntas y estoy seguro que mi pensamiento es más lento que lo usual.
  - 3 Con frecuencia soy incapaz de responder preguntas sin tener que hacer un gran esfuerzo.
24. **Sentimiento de Inquietud:**
- 0 No me siento inquieto.
  - 1 Con frecuencia me siento agitado, retuerzo las manos, o necesito cambiar de posición cuando estoy sentado.
  - 2 Siento el impulso de moverme de un lado a otro y me siento bastante inquieto.
  - 3 A veces, soy incapaz de quedarme sentado y necesito moverme de un lado a otro.
25. **Molestias y Dolores:**
- 0 No tengo sensación de pesadez en mis brazos o piernas y no siento malestares ni dolores.
  - 1 A veces tengo dolores de cabeza o de estómago, de espalda o articulaciones, pero estos dolores son pasajeros y no me impiden hacer lo que necesito hacer.
  - 2 Tengo esta clase de dolores la mayor parte del tiempo.
  - 3 Estos dolores son tan fuertes que me obligan a suspender lo que estoy haciendo.
26. **Otros Síntomas Corporales:**
- 0 No tengo ninguno de estos síntomas: Latidos rápidos del corazón, visión borrosa, transpiración, sensaciones de calor y frío, dolor de pecho, sensación de que el corazón se me sale del pecho, zumbido en los oídos, o temblores.
  - 1 Tengo algunos de estos síntomas pero son leves y se presentan sólo algunas veces.
  - 2 Tengo varios de estos síntomas y me molestan bastante.
  - 3 Tengo varios de estos síntomas y cuando aparecen, tengo que suspender lo que estoy haciendo.

<b>INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)</b>
--

*Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos siete días.*

**27. Síntomas de Pánico (Terror)/Fobia:**

- 0 No tengo sensaciones de pánico (terror) o miedos específicos (fobias) (como a los animales o a las alturas).
- 1 Tengo episodios de pánico (terror) leves o miedos que habitualmente no cambian mi conducta ni me impiden seguir con mis actividades.
- 2 Tengo episodios de pánico (terror) significativos o miedos que me fuerzan a cambiar mi conducta pero no me impiden seguir con mis actividades.
- 3 Tengo episodios de pánico (terror) una vez por semana o más, o tengo miedos severos que me impiden llevar a cabo mis actividades diarias.

**28. Constipación/Diarrea:**

- 0 No hay cambios en mis hábitos intestinales usuales.
- 1 Tengo constipación intermitente o diarrea leve.
- 2 Tengo diarrea o estoy constipado la mayor parte del tiempo pero no interfieren con mis actividades diarias.
- 3 Estoy constipado o tengo diarrea por lo que tomo medicamentos, o los mismos interfieren en mis actividades diarias.

**29. Sensibilidad Interpersonal:**

- 0 No me he sentido fácilmente rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás en absoluto.
- 1 Ocasionalmente me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás.
- 2 A menudo me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás, pero estos sentimientos han tenido poco efecto en mis relaciones o en el trabajo.
- 3 A menudo me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás y estos sentimientos han deteriorado mis relaciones y mi trabajo.

**30. Pesadez (en brazos y piernas)/Energía física:**

- 0 No he experimentado la sensación de cuerpo pesado y falta de energía física.
- 1 Ocasionalmente he tenido periodos de sentirme con el cuerpo pesado y sin energía física, pero sin que interfiera en el trabajo, la escuela, o mi nivel de actividad.
- 2 Me siento con el cuerpo pesado (sin energía física) más de la mitad del tiempo.
- 3 Me siento con el cuerpo pesado (sin energía física) la mayor parte del tiempo, varias horas por día, varios días por semana.

Gracias.

## ANEXO C: INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (ISD-C)

### (INVENTARIO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA (EVALUACIÓN DEL CLÍNICO) (ISD-C))

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*Por favor, haga un círculo en una respuesta de cada uno de los ítems que describan mejor al paciente durante los últimos siete días.*

#### 1. Conciliación del Sueño:

- 0 Nunca le toma más de 30 minutos conciliar el sueño.
- 1 Le toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, menos del cincuenta por ciento de las ocasiones.
- 2 Le toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.
- 3 Le toma más de 60 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.

#### 2. Insomnio en la Mitad de la Noche:

- 0 No se despierta de noche.
- 1 Sueño inquieto, ligero, con despertares ocasionales.
- 2 Se despierta al menos una vez por noche, pero se vuelve a dormir rápidamente.
- 3 Se despierta más de una vez por noche y se mantiene despierto al menos 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.

#### 3. Insomnio Matinal Temprano:

- 0 Menos de la mitad de las veces, se despierta no más de 30 minutos antes de lo habitual.
- 1 Más de la mitad de las veces, se despierta más de 30 minutos antes de lo habitual.
- 2 Se despierta al menos una hora antes de lo habitual, más de la mitad de las veces.
- 3 Se despierta al menos dos horas antes de lo habitual, más de la mitad de las veces.

#### 4. Hipersomnia:

- 0 Duermo como máximo 7-8 horas por noche, sin siestas.
- 1 Duermo como máximo 10 horas en un periodo de 24 horas (incluidas las siestas).
- 2 Duermo como máximo 12 horas en un periodo de 24 horas (incluidas las siestas).
- 3 Duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas (incluidas las siestas).

#### 5. Estado de Ánimo (Triste):

- 0 No se ha sentido triste.
- 1 Se siente triste menos de la mitad del tiempo.
- 2 Se siente triste más de la mitad del tiempo.
- 3 Se siente intensamente triste prácticamente todo el tiempo.

#### 6. Estado de Ánimo (Irritable):

- 0 No se ha sentido irritable.
- 1 Se siente irritable menos de la mitad del tiempo.
- 2 Se siente irritable más de la mitad del tiempo.
- 3 Se siente extremadamente irritable prácticamente todo el tiempo.

## 7. Estado de Ánimo (Ansioso):

- 0 No se ha sentido ansioso o tenso.
- 1 Se siente ansioso/tenso menos de la mitad del tiempo.
- 2 Se siente ansioso/tenso más de la mitad del tiempo.
- 3 Se siente extremadamente ansioso/tenso prácticamente todo el tiempo.

## 8. Reacción Anímica:

- 0 El ánimo mejora al nivel normal y le dura varias horas cuando ocurren acontecimientos positivos.
- 1 El ánimo mejora cuando ocurren acontecimientos positivos, pero no se siente como normalmente suele ser.
- 2 El ánimo mejora sólo un poco ante escasos y específicos acontecimientos que han sido muy deseados.
- 3 El ánimo no mejora en absoluto, aún cuando ocurran acontecimientos muy buenos o deseados.

## 9. Variación del Estado de Ánimo:

- 0 No observa una relación uniforme entre el estado de ánimo y el momento del día.
  - 1 A menudo el estado de ánimo se relaciona con el momento del día debido a circunstancias ambientales.
  - 2 La mayor parte de la semana, el estado de ánimo parece estar más relacionado con el momento del día que con las circunstancias ambientales.
  - 3 El estado de ánimo está mejor o peor clara y predeciblemente en un momento determinado del día.
- 9A. El estado de ánimo empeora generalmente EN LA MAÑANA, EN LA TARDE o EN LA NOCHE?  
(MARQUE CON UN CÍRCULO UNA DE LAS OPCIONES).
- 9B. Atribuye el paciente la variación del estado de ánimo al entorno? SI o NO  
(MARQUE CON UN CÍRCULO UNA DE LAS OPCIONES).

## 10. Calidad del Estado de Ánimo:

- 0 El estado de ánimo no muestra ninguna alteración o es prácticamente idéntico a los sentimientos de pérdida.
- 1 El estado de ánimo es muy similar a la tristeza del duelo, aunque puede carecer de explicación, está asociado con mayor ansiedad, o es mucho más intenso.
- 2 Menos de la mitad del tiempo, el estado de ánimo es cualitativamente distinto de la tristeza del duelo y por lo tanto, es difícil de explicar.
- 3 El estado de ánimo es cualitativamente distinto de la tristeza del duelo casi todo el tiempo.

COMPLETE SOLAMENTE EL PUNTO 11 Ó 12 (NO AMBOS)

## 11. Apetito (Disminución):

- 0 No hay cambios con respecto al apetito habitual.
- 1 Come con menor frecuencia y/o cantidades menores que lo habitual.
- 2 Como mucho menos que lo habitual y sólo con gran esfuerzo.
- 3 Come muy pocas veces en un periodo de 24 horas, y sólo con gran esfuerzo personal o cuando otros lo persuaden.

## 12. Apetito (Aumento):

- 0 No hay cambios con respecto al apetito habitual.
- 1 Siente la necesidad de comer más de lo habitual con más frecuencia.
- 2 Generalmente come con más frecuencia y/o cantidades mayores que lo habitual.
- 3 Se siente impulsado a comer más de la cuenta en las comidas y entre las comidas.

**COMPLETE SOLAMENTE EL PUNTO 13 Ó 14 (NO AMBOS)**

**13. Peso (Disminución) Durante las dos Últimas Semanas:**

- 0 No ha experimentado cambios en el peso.
- 1 Siente como si hubiera sufrido una leve pérdida de peso.
- 2 Ha bajado 1 kilo o más de peso.
- 3 Ha bajado 2 kilos o más de peso.

**14. Peso (Aumento) Durante las dos Últimas Semanas:**

- 0 No ha experimentado cambios en el peso.
- 1 Siente como si hubiera aumentado levemente de peso.
- 2 Ha aumentado 1 kilo o más de peso.
- 3 Ha aumentado 2 kilos o más de peso.

**15. Concentración/Toma de Decisiones:**

- 0 No ha experimentado cambios en su capacidad habitual para concentrarse o tomar decisiones.
- 1 Se siente indeciso ocasionalmente o nota que frecuentemente le cuesta prestar atención.
- 2 La mayor parte del tiempo, lucha por focalizar su atención o tomar decisiones.
- 3 No se puede concentrar suficientemente bien en la lectura o no puede tomar ni siquiera decisiones menores.

**16. Visión de sí Mismo:**

- 0 Se ve a sí mismo tan valioso y merecedor como los demás.
- 1 Se siente más culpable que lo habitual.
- 2 Cree firmemente que le causa problemas a los demás.
- 3 Cavila constantemente sobre sus pequeños o grandes defectos.

**17. Visión del Futuro:**

- 0 Ve el futuro con el optimismo habitual.
- 1 Ocasionalmente tiene una visión pesimista que puede desvanecerse por la opinión de los demás o por los acontecimientos.
- 2 Muy pesimista con respecto a su futuro cercano.
- 3 No tiene esperanzas con respecto a sí mismo o a su situación, en ningún momento del futuro.

**18. Ideación Suicida:**

- 0 No ha pensado en el suicidio o la muerte.
- 1 Siente que la vida carece de sentido o que no vale la pena vivirla.
- 2 Piensa en el suicidio/ muerte varias veces por semana durante varios minutos.
- 3 Piensa seriamente en el suicidio/muerte varias veces al día, o ha hecho planes específicos, o ha realizado intentos de suicidio.

**19. Interés General:**

- 0 No hay cambios en su nivel habitual de interés hacia los demás y hacia sus actividades.
- 1 Nota una disminución en sus intereses/actividades anteriores.
- 2 Mantiene el interés solamente en una o dos actividades anteriores.
- 3 Prácticamente no tiene interés en las actividades que solía hacer anteriormente.

## 20. Energía/Fatiga:

- 0 No hay cambios en su nivel de energía habitual.
- 1 Se cansa más rápidamente que lo habitual.
- 2 Tiene que hacer un gran esfuerzo personal para iniciar o mantener sus actividades diarias habituales.
- 3 No puede realizar la mayoría de sus actividades diarias habituales debido a la falta de energía.

## 21. Placer/Goce (Excluyendo la Actividad Sexual):

- 0 Participa y disfruta habitualmente de las actividades placenteras.
- 1 No disfruta como antes de las actividades placenteras.
- 2 Rara vez siente placer en cualquier actividad.
- 3 Es incapaz de sentir placer o no disfruta con nada de lo que hace.

## 22. Interés Sexual:

- 0 Habitualmente tiene interés o disfruta del placer sexual.
- 1 Tiene casi el mismo interés sexual de siempre o disfruta en alguna medida del placer sexual.
- 2 Tiene poco deseo sexual o rara vez obtiene placer del sexo.
- 3 No tiene ningún interés en el sexo ni obtiene placer sexual en absoluto.

## 23. Lentitud Psicomotora:

- 0 Velocidad de pensamiento, gesticulación y habla normales.
- 1 El paciente nota lentitud de pensamiento, y modulación de la voz reducida.
- 2 Le lleva varios segundos responder a la mayoría de las preguntas; refiere lentitud de pensamiento.
- 3 No puede responder a muchas preguntas sin un fuerte estímulo.

## 24. Agitación Psicomotora:

- 0 No hay incremento en la velocidad o desorganización del pensamiento o la gesticulación.
- 1 Con frecuencia se siente agitado, se retuerce las manos, y cambia de posición en el asiento.
- 2 Describe el impulso de moverse de un lado a otro y muestra inquietud motriz.
- 3 Es incapaz de permanecer sentado. Se mueve de un lugar a otro con o sin permiso.

## 25. Malestares Somáticos:

- 0 Expresa que no siente pesadez o dolor en los miembros (extremidades).
- 1 Se queja de dolores de cabeza, abdominales, de espalda o articulaciones, los cuales son intermitentes y no incapacitantes.
- 2 Se queja de que los dolores arriba mencionados están presentes la mayor parte del tiempo.
- 3 El deterioro funcional proviene de los dolores arriba mencionados.

## 26. Activación del Sistema Nervioso Simpático:

- 0 Informa que no tiene palpitaciones, temblores, visión borrosa, zumbido de oídos o aumento de la sudoración, disnea, sensaciones de frío y calor, dolor de pecho.
- 1 Los síntomas arriba mencionados son leves y sólo se presentan de forma intermitente.
- 2 Los síntomas arriba mencionados son moderados y se presentan más de la mitad de las veces.
- 3 Los síntomas arriba mencionados le provocan deterioro funcional.

**27. Síntomas de Pánico/Fobia:**

- 0 No tiene episodios de pánico ni síntomas de fobia.
- 1 Tiene episodios de pánico leves o fobias que habitualmente no alteran su comportamiento o no lo incapacitan.
- 2 Tiene episodios de pánico significativos o fobias que modifican su comportamiento pero no lo incapacitan.
- 3 Tiene episodios de pánico incapacitantes al menos una vez por semana o fobias severas que lo inducen a un comportamiento evitativo completo y habitual.

**28. Malestares Gastrointestinales:**

- 0 No presenta cambios en los hábitos intestinales normales.
- 1 Tiene constipación intermitente y/o diarrea leve.
- 2 Tiene diarrea y/ o constipación la mayor parte del tiempo, pero no deterioran su actividad funcional.
- 3 Tiene constipación y/o diarrea intermitentes que requieren tratamiento o le causan deterioro funcional.

**29. Sensibilidad Interpersonal:**

- 0 No se ha sentido rechazado fácilmente, ni despreciado, criticado o lastimado por los demás en absoluto.
- 1 Ocasionalmente se siente rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás.
- 2 Con frecuencia se siente rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás, pero sólo con efectos leves en su funcionamiento social/ocupacional.
- 3 Con frecuencia se siente rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás y esto le causa deterioro en su funcionamiento social/ocupacional.

**30. Pesadez/Energía Física:**

- 0 No experimenta sensación de pesadez física y de falta de energía física.
- 1 Ocasionalmente experimenta periodos de sentirse físicamente pesado (sin energía física), pero estos periodos no interfieren en el trabajo, la escuela, o el nivel de actividad.
- 2 Se siente físicamente pesado (sin energía física) más de la mitad del tiempo.
- 3 Se siente físicamente pesado (sin energía física) casi siempre varias horas por día, varios días por semana.

## ANEXO D: INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍAS (SCL-90-R) USFQ 2011

### SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis. Adaptación USFQ 2011.

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_ Mujer \_\_\_ Hombre

**Educación:**

\_\_\_ Primario incompleto                      \_\_\_ Secundario incompleto                      \_\_\_ Superior incompleto

\_\_\_ Primario completo                      \_\_\_ Secundario completo                      \_\_\_ Superior completo

**Estado civil:**

\_\_\_ Soltero              \_\_\_ Divorciado              \_\_\_ Viudo/a              \_\_\_ Casado              \_\_\_ Separado              \_\_\_ En pareja

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Lugar de residencia actual:** \_\_\_\_\_

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente.

Lea y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se ha sentido o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado

#### Durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
<b>DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).</b>					
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Crítico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					

8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tengo dificultad para memorizar cosas.					
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Me siento con muy pocas energías.					
15. Pienso en quitarme la vida.					
16. Escucho voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tengo ganas de comer.					
20. Lloro por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneo					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Siento que mi mente queda en blanco.					

52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozar cosas.					
68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.					
70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Me meto muy seguido en discusiones.					
75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Siento que los demás no me valoran como merezco.					
77. Me siento solo/a aún estando con gente.					
78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme.					
79. Me siento un/a inútil.					
80. Siento que algo malo me va a pasar.					
81. Grito o tiro cosas.					
82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito					
84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Me siento alejado/a de las demás personas.					
89. Me siento culpable.					
90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					