

intervención en el grupo de estudio. Y resaltado con rojo aquellas madres que salieron de la depresión según el total de su puntaje en el postest.

Tabla 4. Resultados antes y después de la intervención.

Código de Participantes	Puntaje Antes	Puntaje Después	Variación de Puntajes
40	22	28	< 6
43	27	25	> 2
3	20	22	< 2
17	22	20	> 2
5	18	20	< 2
19	18	19	< 1
36	20	18	> 2
20	17	17	0
15	15	17	< 2
31	19	16	> 3
22	17	16	> 1
25	18	15	> 3
42	16	15	> 1
30	12	14	< 2
16	16	13	> 3
7	15	13	> 2
1	12	13	< 1
18	16	12	> 4
12	14	12	> 2
27	15	11	> 4
10	14	11	> 3
32	13	11	> 2
4	12	11	> 1
11	13	10	> 3
21	13	10	> 3
13	16	9	> 7

8	14	9	> 5
2	12	9	> 3
9	12	9	> 3
14	15	8	> 7
37	13	8	> 5

Estos datos muestran que la sintomatología depresiva varió en la mayoría de los casos después de la intervención psicoeducativa, como se observa (ver figura 5), el 74% de la totalidad disminuyó los puntajes en el postest, estos datos registrados en dos tiempos se analizó y determinó su significancia con una prueba T a continuación presentada, para determinar la confiabilidad del estudio.

Grupo de estudio, antes y después de la intervención.

Tabla 5. Prueba t para medias de dos tiempos emparejadas.

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	16	14.22580645
Varianza	12.66666667	25.71397849
Observaciones	31	31
Coefficiente de correlación de Pearson	0.845918288	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	30	
Estadístico t	3.526317296	
P(T<=t) una cola	0.000688516	
Valor crítico de t (una cola)	1.697260887	
P(T<=t) dos colas	0.001377033	
Valor crítico de t (dos colas)	2.042272456	

El grupo T es mayor a P ($3.5263 > 0.0013$), lo que significa que existe una diferencia estadística significativa entre las mediciones antes y después de la intervención. Donde T

significa el valor total de la significancia entre variables en dos tiempos y, P es el valor que indica la poca significancia del estudio. Además, esta prueba T permite evidenciar la varianza entre las variables: uno (12.7) y variable dos (25.7) que demuestra un rango también significativo, con un porcentaje de alfa o error del 0.5%. La tabla T ratifica que la intervención psicoeducativa sobre las participantes deprimidas en etapa posnatal es significativa, respondiendo a la pregunta de investigación.

Discusión

Este capítulo tuvo, la recolección de datos, su posterior limpieza y análisis, con el objetivo de determinar qué efectos ha tenido la aplicación de la intervención psicoeducativa sobre las mujeres en etapa posnatal que presentan sintomatología depresiva. Esta intervención aplicada a 31 mujeres con síntomas depresivos y estudiados durante un lapso de 10 días han podido sugerir y responder a la pregunta de esta investigación, confirmando que: La aplicación de la intervención sí tiene el efecto de disminuir los síntomas depresivos posnatales. Por lo tanto, se demuestran que el 39% de las mujeres salieron de la depresión y que el 61% presentan síntomas depresivos, pero la sintomatología ha disminuido.

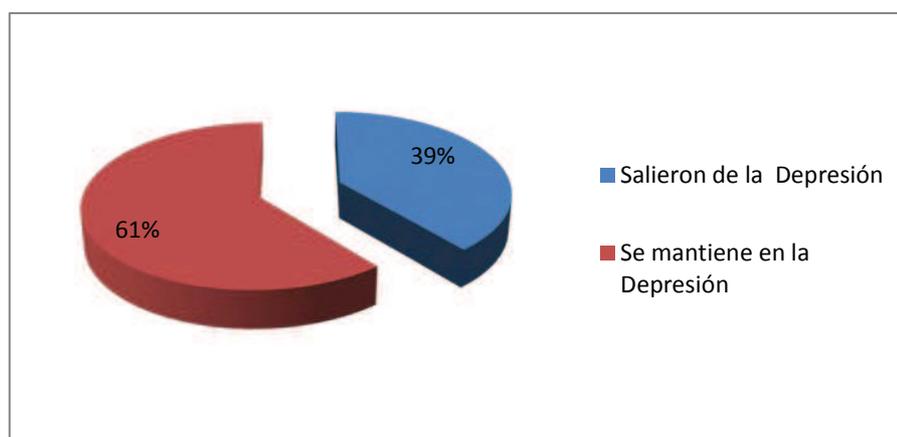


Figura 7. Resultados Posttest, permanencia en la depresión.

Existen algunas limitaciones sobre este estudio como es el número de participantes, el tiempo de análisis, el que sea una muestra de conveniencia sin grupo de control para poder comparar, la metodología de aplicación de la intervención, la valoración postest vía telefónica, entre otras. Todas estas limitaciones pueden haber afectado a la investigación puntos que se trataran con más profundidad en el capítulo a continuación.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

Este estudio tiene como finalidad responder a la pregunta de investigación planteada en el primer capítulo, *¿Cómo y hasta qué punto la intervención psicoeducativa y la aplicación de ejercicios de Mindfulness pueden disminuir la sintomatología depresiva en las mujeres después del parto?* Considerando como sintomatología depresiva a los resultados mayores a 12 puntos en total que arroja la herramienta de investigación del estudio la *Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh (EPDS)*, con mujeres con síntomas depresivos.

Se observó que, al estudiar a 31 mujeres que presentaron sintomatología depresiva, todas ellas con un puntaje igual o superior a 12 en su pretest, que visitaron el área de pediatría de los Centros de Salud en la ciudad de Quito, con una etapa posnatal que vario entre 42 y 1 semana de haber dado a luz, se encontró que: De la primera valoración, de una muestra de 58 mujeres en etapa posnatal se evidencia que, el 53.4% de las mujeres presentan sintomatología depresiva, mientras que el 46. 6% no presentan síntomas depresivos. De esta muestra se seleccionó al grupo de estudio el cual fue intervenido por la investigadora y medido nuevamente después de siete días.

El análisis demuestra que después de la intervención más del 74% de las mujeres disminuyó los síntomas depresivos; el 3% se mantiene; y el 23% aumenta. Además, el 39% de la muestra estudiada no presentan sintomatología depresiva después de la intervención. De lo antes expuesto se puede concluir que, el trastorno depresivo puede mejorar su condición al ser tratado con métodos como el utilizado en esta investigación.

Específicamente el informarse y el practicar ejercicios de *mindfulness* pueden disminuir la sintomatología y mejorar la calidad de vida de las madres creando bienestar en ellas, el bebé y sus familias. Los puntajes del pre y postest son significativos, se observa un cambio positivo de resultados en la mayor parte de la muestra estudiada, esto permite confirmar que la hipótesis de la investigación es verdadera.

Importancia del estudio

Esta intervención psicoeducativa podría contribuir a mejorar la sintomatología depresiva en las mujeres después del parto. Las investigaciones en varios países indican que aproximadamente el 13% de las mujeres después del parto presentan sintomatología depresiva, y que aproximadamente el 50% de las mujeres con DPP no están debidamente diagnosticadas por los profesionales de salud (Wood, Middleton & Deborah, 2010). Como lo evidenció este estudio se encontró mujeres con sintomatología depresiva y todas ellas no han sido diagnosticadas aún menos tratadas por un profesional del área de salud, ya que desconocían sobre el tema de DPP sus causas y consecuencias.

Las presunciones y supuestos de la investigadora se ven esclarecidos con los datos que arrojan los resultados del análisis T (prueba estadística). Los beneficios de este estudio son los que permitirán proyectar un posible plan de ayuda en el área de salud posnatal, el que se preocupe por diagnosticar a tiempo y tratar a aquellas madres que presenten sintomatología depresiva. Recordemos que la herramienta de diagnóstico el test de *Edinburgh* antiguamente se aplicaba después de las seis semanas de parto, sin embargo la detección temprana y el tratamiento de DPP pueden ser cruciales para la madre y el niño y por su bienestar se ha creído más conveniente aplicar el test un par de días después del parto o incluso durante el

embarazo (Sharan, Kaplan, Weizer, Sulke & Merlob, 2006). Al poder diagnosticar de manera fácil y efectiva la sintomatología depresiva, la aplicación de la intervención psicoeducativa es el siguiente paso.

Para la educación, es prioritario mantener informadas a las madres sobre los procesos que pasa una mujer durante y después del embarazo, esto es la clave. Como es esta investigación para facilitar la información se puede impartir a través de folletos basándose en las terapias de psico-educación (Maurer et al., 2007; Bernstein et al., 2008; & Carter et al., 2010) o terapia cuerpo mente (Siegel, 2010; Segal, Teasdale, & Williams, 2013; Manzanique et al., 2010; Ramel, Goldin, & Carmona, 2004). Sin embargo se puede sugerir además, utilizar otras herramientas como: Terapia conjunta (Carter et al., 2010; & Maurer et al., 2007), terapia grupal (Buultjens et al., 2008; Carter et al., 2010; & Dagher et al., 2004) terapia de escucha (Bernstein et al., 2008; Moran et al., 2000; & Man et al., 2010), entre otras mencionadas en la revisión de literatura, capítulo 2.

Para la psicología, la salud emocional de la madre es muy importante en el proceso de embarazo y la etapa de puerperio, ya que este periodo de vida de la madre es considerado como etapa de cambio y vulnerabilidad emocional de la madre (Bernstein et al., 2008, & Oppo et al., 2009). En el periodo posparto las madres pueden experimentar al mismo tiempo experiencias de alegría y eventos de alto estrés (Bernstein et al., 2008), en pocos días se puede sentir una amplia gama de emociones. Por ello es importante que las madres logren sentirse seguras y auto controladas lo permitirá a las madres llevar y manejar sus emociones y no caer en la depresión (Ramel et al., 2004). Proporcionar herramientas para mejorar el estado de ánimo, la calidad de vida y el afrontamiento su problema de DPP es el propósito de esta investigación, al aplicar la intervención de *mindfulness* donde las madres sean capaces de

cambiar algunos patrones de su comportamiento partiendo del principio, “Yo sé, lo siento y sé que debo hacer” (Myers, 2012, p.20 traducido por la autora).

Para la neurociencia, la parte anatómica y fisiológica de una madre en etapa posnatal es cambiante, “la madre requiere la acción de múltiples sistemas en los dominios de la sensación, percepción, afecto, recompensa, funciones ejecutivas, procesos motores, la producción y el aprendizaje” (Barrett et al., 2010, p.377 traducido por la autora) para alcanzar un comportamiento neuroanatómico de la maternidad adecuado. Y como se ha demostrado en el análisis de literatura de este estudio existen tratamientos integrales no invasivos para alcanzar dicho comportamiento materno, como es la técnica de *mindfulness* donde la mujer aprende a reconocer, conocer y manejar su cuerpo y mente para lograr mantener un equilibrio y mejor calidad de vida centrando su atención a través de la meditación y el relajamiento de manera intencional para transformar su vida (Siegel, 2010).

Limitaciones del estudio

Una de las posibles limitaciones es, que se aplica a un grupo pequeño de mujeres escogidas como una muestra de conveniencia. Por lo tanto, no se puede afirmar que existe representatividad de una población más grande de mujeres. La limitación es que solo existió un grupo de estudio, quizá al denominar dos grupos una de estudio y otro de control se podría medir con precisión el impacto de la intervención en los participantes estudiadas y descartar la posibilidad de que el cambio observado no fue debido a causas no relacionadas a la intervención.

Otra limitación fue, el corto tiempo de aplicación de la intervención y además de que, la intervención pudo ser aplicada por medio de un taller de capacitación o charlas donde se

explica a profundidad los temas del tríptico y la relación con las pacientes puede ser más directa. Ya que el vínculo o relación que se mantiene con las participantes el momento de aplicar la intervención no es muy significativo ya que se realiza una explicación breve del contenido del tríptico y su aplicación, y la segunda intervención es vía telefónica, se produce menos contacto aun con las participantes. Es importante considerar que en esta etapa las madres se encuentran en un periodo sensible y vulnerable como manifiesta Barrett (2010) la etapa posnatal se considera un momento de agitación en la fisiología y psicología de la madre y si se toma el test en un mal día para la madre se puede afectar los valores de la puntuación. Por último, la limitación para encontrar gran cantidad de población como muestra de madres con DPP y la poca colaboración de las participantes es otra limitante. Muchas de las madres en etapa posnatal que visitan los Centros de Salud no desean participar en estudios de investigación.

Sesgo del autor

Los sesgos de esta investigación son, que la investigadora no es madre y no tiene una experiencia propia del ser y sentirse madre. Por eso ha resultado un tanto complejo entender la sintomatología diversa que se puede presentar en las mujeres en esta etapa sin dejarse confundir entre una trastorno depresivo o un simple mal día de una madre en etapa posnatal. Otro sesgo significativo poder establecer empatía con todas las madres al momento de aplicar la intervención, la poca o mucha relación que se mantuvo en la aplicación del test y el la explicación del manejo del tríptico pudo haber influenciado como sesgo de investigación al dar más confianza a unas participantes que a otras.

En cuanto a la herramienta de aplicación en este caso la *Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh* (EPDS) que tiene su versión original traducida al español se podría considerar otro sesgo, ya que el test fue diseñado para otro tipo de población y cultura originalmente y lo que se ha hecho durante años es aplicarla a todas las realidades sin modificación del contexto humano de estudio. Por último, y a pesar de que la herramienta fue diseñada para ser aplicada vía telefónica, se considera por parte de la autora otro sesgo emocional que no permite un vínculo directo con la participante y esto puede afectar los resultados de las valoraciones además de que, no existe una manera de evidenciar la aplicación correcta de la intervención por parte de ellas.

Recomendaciones

Se recomienda que el área de salud se capacite e informe más a profundidad sobre el tema de DPP y las herramientas de detección, diagnóstico y tratamiento deben ser utilizadas ya que existes pero, el desconocimiento ha hecho que en el Ecuador aún no se utilicen como herramienta de diagnóstico temprano aunque se considera a la DPP como un problema de atención medica fundamental (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Coordinación Nacional de Nutrición, 2010). La DPP un trastorno antiguo en la sociedad que en nuestro país aún no ha sido investigado, debe ser motivo de preocupación y formar o capacitar profesionales en el tema, plantear planes de acción que permitan disminuir y probablemente radicar este trastorno que podría complicarse en muchos de los casos. Este problema de salud o trastorno emocional como lo denomina *American Psychological Association* (2013) puede llevar a muchas madres a la muerte de ellas o sus bebés y se lo debe considerar como un problema social a tratar.

Se recomienda para posteriores investigaciones trabajar con más variantes sociales que pueden ser: Estado civil, edad, situación económica, relación con la pareja, el ser primeriza o partos anteriores, entre otras. Ya que en la investigación de la literatura se observó que existen varios factores sociales – emocionales que pueden desencadenar la depresión (Yong-Kukim et al., 2008; & Dalfen, 2009). Por otra parte, las semanas de etapa posnatal es otro factor importante a estudiar, en próximas investigaciones se recomienda formar varios grupos de estudio agrupados según las semanas posnatales de la madres, para aclarar la incógnita del tiempo sobre los síntomas (Barrett et al., 2010).

La utilización de varias metodologías y herramientas es otras de las sugerencias, existen varias herramientas de medición o detección de sintomatología depresiva que se pueden ajustar más al contexto Ecuatoriano. Además, se puede recomendar hacer más significativa las intervenciones con las madres y aplicar un entrenamiento de ejercicios de *mindfulness* en talleres teóricos – prácticos.

Resumen general

El embarazo y la etapa posnatal son momentos vulnerables para las mujeres, ya que se consideran etapa de grandes cambios a nivel hormonal, físico, social y psicológico (Barrett et al., 2010). Las madres esperan con gran expectativa el momento de tener a su bebé en los brazos pero se pueden suscitar varios acontecimiento y sus sentimiento pueden verse afectados por la sintomatología depresiva (Josefsson et al., 2007).

Se estima que 1 de cada 7 mujeres puede presentar DPP (APA, 2013). La depresión posparto considerada como un grave problema de salud mental que se presenta en las mujeres después del parto, que se presenta en diversos niveles y por periodos indefinidos en el

trastorno. Fueron considerados un problema a estudiar en esta investigación que y como posible solución de tratamiento se planteó una intervención psicoeducativa, ya que la DPP es motivo de alarma debido a las consecuencias que ocasiona afectando a la madre, al bebé y a la familia en general.

La DPP, un trastorno que puedes ser diagnosticado y tratado a tiempo, con varias herramientas de detección y métodos de tratamiento platea esta investigación la intervención psicoeducativa de: Informar, conocer y practicar ejercicios de *mindfulness* con las pacientes posnatales para ayudarlas en la disminución de la sintomatología depresiva. *Mindfulness* considerado un método que ayuda a las personas a conocer, reconocer y regular su organismo desarrollando la habilidad de la atención plena (Siegel, 2010) permitirá centrar la mente en la relación con uno mismo para abrir nuevas posibilidades de bienestar, mejorando el funcionamiento del organismo y del cerebro responsable del comportamiento neuroanatómico de la maternidad, y así controlar y cambiar algunos patrones de su comportamiento depresivo.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2000). Depression Postpartum. Recuperado en <http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-dep.aspx>. Fecha 27/04/2012
- American Psychological Association. (2013). Depression Postpartum. Recuperado en: <http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-dep.aspx>. Fecha 10/01/2013
- Barrett, J., y Fleming, A. (2010). Annual Research Review: All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspective on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/j-1469-7610.2010.02306.x
- Bernstein, I. H., Rush, A., Yonkers, K., Carmody, T. J., Woo, A., McConnell, K., y Trivedi, M. H. (2008). Symptom features of postpartum depression: are they distinct?. Depression y Anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, (1091-4269), 25(1), 20-26. doi:10.1002/da.2027
- Burbeck, R., Stephen, P., Tomson, D., McDonald, T., y Payne, J. (2008). Antidepressants postpartum: Additional Considerations / Dr. Payne answers. *The American Journal of Psychiatry*. Washington: febrero 2008 . vol. 165 , Iss. 2; pg. 262, 2 pgs
- Buultjens, M., Robinson, P., y Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 181–188. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04692.x
- Carter, W., Grigoriadis, S., Ravitz, P., y Ross, L. (2010). Postpartum depression: Literature Review and General manual processing. *American Journal of Psychotherapy* . Nueva York, 2010 . vol. 64 , Iss. 4; pg. 373, 20 pgs

- Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y., y Vries, W., (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS*. Edipucrs. Rio de Janeiro: Brasil
- Dagher, R. K., McGovern, P. M., Alexander, B. H., Dowd, B. E., Ukestad, L. K., y McCaffrey, D. J. (2009). The psychosocial work environment and maternal postpartum depression. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 16(4), 339-346. doi:10.1007/s12529-008-9014-4
- Dalfen, A. (2009). *When baby brings the blues: Solution for postpartum depression*. Mississauga, Ontario: Canada. Wiley and Sons
- Duncan, LG, y Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Studies of Children and Family*, 19 (2), 190-202.
- Edhborg, M. (2008). Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22(2), 186-195. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00512.x
- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del British Journal of Psychiatry, Junio, 1987, vol.150 por J.L. Holden, R. Segvsky
- Epperson, N., Czarkowski, K., Ward-O'Brien, K., y Weiss, E. (2001). Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother. *The American Journal of Psychiatry*; Oct 2001; 158, 10; Alumni - ProQuest Psychology Journals
- Freeman, M. (2007). Antenatal Depression: Navigating the Treatment Dilemmas. *The American Journal of Psychiatry*; Aug 2007; 164, 8; Alumni - ProQuest Psychology Journals pg. 1162
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., y Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh postnatal depression scale in antepartum

- and postpartum women. *Journal Compilation, Acta Psychiatr Scand*, 119: 350–364.
doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x
- Glavin, K., Smith, L., Sørum, R., y Ellefsen, B. (2010). Redesignated community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women - a one-year follow-up study. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(21/22), 3051-3062. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x
- Grammatopoulus, Dk. (2008). Placental corticotrophin – releasing hormone and its receptors in human pregnancy and labour: still on scientific enigma. *Academic Search Alumni Edition*, 20 (4). doi: 10.1111/ j. 1365- 28262008. 01660. X
- Greenberg, S. H., Springen, K., Underwood, A., Figueroa, A., Westreich, J., y Pepper, T. (2001). The baby blues and beyond. (Cover story). *Newsweek*, 138(1), 26.
- Heinrich, H., y Gevensleben, H. (2007). Annotation: Neurofeedback - Train your brain to train behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. v48 n1 p3-16 Enero 2007. 14 pp. ISSN: 0021-9630
- Jomeen, J., y Martin, C. (2007). Replicability and stability of the multidimensional model of the Edinburgh postnatal depression scale in late pregnancy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 319–324
- Josefsson, A. A., Larsson, C. C., Sydsjö, G. G., y Nylander, P. O. (2007). Temperament and character in women with postpartum depression. *Archives Of Women's Mental Health*, 10(1), 3-7. doi:10.1007/s00737-006-0159-3
- Malone, K., Papagni, K., Ramini, S., y Keltner, M. (2004). Antidepressants, Antipsychotics, Benzodiazepines, and the Breastfeeding Dyad. *Perspectives in Psychiatric Care*; Apr-Jun 2004; 40, 2; Alumni - ProQuest Psychology Journals

- Mann, R., Gilbody, S., y Adamson, J. (2010). Prevalence and incidence of postnatal depression: what can systematic reviews tell us?. *Archives Of Women's Mental Health*, 13(4), 295-305. doi:10.1007/s00737-010-0162-6
- Manzaneque, J., Vera, F., Ramos, N., Godoy, Y., Rodriguez, F., Blanca, M., Fernandez, A., y Enguix, A. (2010). Psychobiological modulation in anxious and depressed patients after a mindfulness meditation programme: a pilot study. Published online 6 July 2010 in *Wiley Online Library*, (wileyonlinelibrary.com), doi: 10.1002/smi.1334
- Maurer-Spurej, E., Pittendreigh, C., y Misri, S. (2010). Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum. *Journal of Psychiatry y Neuroscience*, Alumni - ProQuest Psychology Journals
- Maurer-Spurej, E., Pittendreigh, C., y Shaila, M. (2007). Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum *Journal of Psychiatry y Neuroscience* : JPN; Jan 2007; 32, 1; *Alumni - ProQuest Psychology Journals*. doi: 1204873131
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Coordinación Nacional de Nutrición. (2010). Normas, protocolos y consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ART.%20VIHSIDA.pdf>
- Mishina, H., Hayashino, Y., y Fukuhara, S. (2009). Test performance of two-question screening for postpartum depressive symptoms. *Pediatrics International*, 51, 48–53. doi: 10.1111/j.1442-200X.2008.02659.x
- Moran, T., y and O'Hara, M. (2006). A partner-rating scale of postpartum depression: The Edinburgh postnatal depression scale – partner (EPDS-P). *Arch Womens Ment Health*, 9: 173–180. doi: 10.1007/s00737-006-0136-x

- Myers, J., Young, B., y Scott, J. (2012). My brain wave biofeedback: benefits of integration of neurofeedback in counseling. *Journal of Counseling & Development: JCD* 90. 1 (enero 2012): 20-29
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2008). Complementary and alternative medicine, use among adults and children. United States: National Institutes of Health. National Health Statistics Reports.
- Oppo, A. A., Mauri, M. M., Ramacciotti, D. D., Camilleri, V. V., Banti, S. S., Borri, C. C., y 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
- Organización Mundial de la Salud. (2007). World Health Report, 1211 Ginebra: Suiza. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/es/>
- Ramel, W., Goldin, P., Carmona, P., y McQuaid, J. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 28, No. 4, August 2004 (C 2004), pp. 433–455
- República del Ecuador, Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir. (2009-2013). Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. ISBN: 978-9978-92-794-6. Disponible es: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf
- Segal, V., Williams, M., y Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-Based terapia cognitiva de la depresión*. Segunda Edición, 2003, NY: Editorial Theguilford Press.
- Sharan, H., Kaplan, B., Weizer, N., Sulkes, J., y Merlob, P. (2006). Early screening of postpartum depression using the Edinburgh postnatal depression scale. *International Journal of Risk y Safety in Medicine*, 213–218 213

- Siegel, D. (2010). *Cerebro y mindfulness la reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Barcelona: Paidós.
- Stowe, Z., Owens, M., Landry, J., Kilts, C., et al. (1997). Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *The American Journal of Psychiatry*; Sep 1997; 154, 9; Alumni - ProQuest Psychology Journals. (Número de documento: 14060390).
- Tokuhamma - Espinosa, T. (2010). *Mind, brain, and education science a comprehensive guide to the new brain-based teaching*. New York: W.W. Norton y Company.
- Webster, J., Hall, L., Somville, T., Schneider, P., Turnbull, R., y Smith, P. (2006). Prospective testing of the brisbane postnatal depression Index. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 33(1), 56-63. doi:10.1111/j.0730-7659.2006.00074.x
- Webster, J., Hall, L., Somville, T., Schneider, P., Turnbull, R., y Smith, P. (2006). Prospective testing of the brisbane postnatal depression index. *Article first published online: 24 FEB 2006*, doi: 10.1111/j.0730-7659.2006.00074.x
- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., y Zapat, D. (2009). DPP en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, versión On-line* ISSN 0717-7526. doi: 10.4067/S0717-75262009000300004
- Wood, A., Middleton, S. G., y Leonard, D. (2010). When it's more than the blues: A collaborative response to postpartum depression. *Public Health Nursing*, 27(3), 248-254. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00850.x
- Wyliel, J., Hollins, N., Marland, G., Martin, C., y Rankin, J. (2011). The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011, 18, 48-58

Yong-Ku, K., Ji-Won, H., Kye-Hyun, K., Kang-Sub, O., y Young-Chul, S. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (3), 331-340. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01801

ANEXOS

Anexo A: Aprobación del estudio por el Comité de Bioética



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Quito, 9 de Abril de 2013

Señorita
Daniela Patricia Recalde Benítez
Presente

De mi mejor consideración:

Por medio de la presente, el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito se complace en informarle que su estudio **“Cómo la intervención educativa y los ejercicios de mindfulness actúa en la mujeres que presentan sintomatología depresiva en periodo posnatal”**, ha sido aprobado con fecha 9 de Abril de 2013, en particular a lo que se refiere a:

- Protocolo de investigación
- Consentimiento informado
- Test de Edinburgh
- Folleto de intervención

Esta aprobación tiene una duración de **un año (365 días)**, transcurrido el cual se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética, favor referirse al siguiente código de aprobación: **2013-19T**.

El Comité estará dispuesto, a lo largo de la implementación del estudio, a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores. Es importante recordar que el Comité debe ser informado de cualquier novedad, especialmente eventos adversos, dentro de las siguientes 24 horas. Asimismo, el Comité debe ser notificado de la fecha de término del proyecto.

El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación en base a la información entregada por los solicitantes, quienes al presentarla asumen la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados. De igual forma, los solicitantes de la aprobación son los responsables de aplicarlos de manera correcta en la ejecución de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Atentamente,

William F. Waters, Ph.D.
Presidente del Comité de Bioética
Universidad San Francisco de Quito

Casilla Postal 17-12-841, Quito, Ecuador
comitebioetica@usfq.edu.ec
PBX (593-2) 297-1775

