

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Diseño de talleres psicosociales para mujeres con depresión
perinatal**

Joselyn Dayanara Díaz Pozo

Psicología

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciatura en Psicología

Quito, 27 de Julio de 2021

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

**Proyecto Integrador: Diseño de talleres psicosociales para mujeres con
depresión perinatal**

Joselyn Dayanara Díaz Pozo

Nombre del profesor, Título académico

María Gabriela Romo Barriga, Psy.D

Quito, 27 de Julio 2021

©DERECHOS DE AUTOR

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

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

Nombres y apellidos: Joselyn Dayanara Díaz Pozo

Código: 00204030

Cédula de identidad: 1721732491

Lugar y fecha: Quito, 27 de julio de 2021

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publications Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

RESUMEN

La depresión perinatal es una afección común en mujeres embarazadas. En Ecuador, se estima que alrededor de un 39,3% de las mujeres embarazadas tienen un alto riesgo de sufrir depresión en algún punto durante el embarazo o después del parto (Loor et al. 2016). Sobre esta enfermedad, los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito (SIME) han encontrado una falta de información y de acceso a tratamiento. El siguiente trabajo busca solucionar la problemática identificada por el SIME respecto a la depresión en el embarazo. Se generaron talleres de psicoeducación que sirven como un espacio informativo, preventivo y de apoyo a mujeres embarazadas que pasan por depresión durante la gestación. Respondiendo a esta problemática se presentó un modelo de talleres diseñados para tener en cuenta los distintos ambientes que impactan en la salud de la madre y el bebé. Como parte del proyecto se entregaron dos presentaciones de material digital dinámico, uno de uso profesional dedicado a los facilitadores que impartirán los talleres; y el segundo dirigido como material de apoyo a quienes participen en las charlas. Entre los desafíos encontrados en el desarrollo de los talleres, se encontraron temas como la adherencia a los talleres, los estigmas alrededor de la salud mental y las dificultades que existen en el desarrollo de espacios útiles para mujeres con depresión perinatal.

Palabras claves: psicoeducación, depresión, embarazo, depresión posparto, salud mental.

ABSTRACT

This assignment is looking to solve the problem identified by Sistemas Medicos of Universidad San Francisco of Quito (SIME) regarding depression during pregnancy. Looking for the need of having psychoeducation workshops that act as an informative, preventive and supportive space for pregnant women who might go through depression during their expecting period. As an answer for this problem set, a conference model was presented designed to take into consideration the different environments that could impact the mother's health as well as the baby's. As part of the project, two booklets were handed, one of them is of professional use to help facilitators who will be imparting the workshops; and the second one directed to whomever takes part in the conversatory. Among the challenges encountered during the workshops development, there were topics such as adherence to workshops, stigmas surrounding mental health, and the existent difficulties regarding the development of useful spaces for women with perinatal depression.

Key words: psychoeducation, depression, pregnancy, mental health.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO 1	9
Salud mental en el embarazo.....	9
Embarazo en tiempos de pandemia	10
Depresión: conceptos, prevalencia, riesgos y protección	12
Depresión en mujeres embarazadas	14
Diagnóstico.....	14
Diagnóstico diferencial.....	15
Escala de Edimburgo.....	16
Prevalencia de depresión en el embarazo.....	16
Comorbilidad entre depresión y ansiedad en el embarazo.....	17
Riesgos y protección de la depresión durante el embarazo.....	18
Depresión posparto	19
Prevalencia.....	19
Factores de riesgo.....	19
Factores de protección.....	20
Tratamiento de la depresión perinatal.....	21
Farmacoterapia.....	22
Psicoterapia.....	23
Nuevos modelos terapéuticos.....	26
Terapias Alternativas.....	27
Talleres para depresión perinatal.....	28
CAPITULO 2	30
Dinámica de la organización	30
Historia.....	30
Misión.....	30
Visión.....	31
Servicios.....	31
CAPITULO 3	32
Descripción del desafío.....	32
Desafíos encontrados.....	32
Primer desafío: Romper el estigma alrededor de la depresión perinatal e incentivar la prevención.....	32
Segundo desafío: Psicoeducación e intervenciones para la depresión perinatal.....	32
Tercer desafío: Incentivar la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas y periodo posparto.....	32
CAPITULO 4	34
Propuesta.....	34

Resolución de desafíos.....	34
Primer desafío: Romper el estigma alrededor de la depresión perinatal e incentivar la prevención.	34
Segundo desafío: Psicoeducación e intervenciones para la depresión perinatal.	35
Tercer desafío: Incentivar la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas y periodo posparto.	35
Descripción de los componentes del taller.....	35
Primer módulo.	35
Segundo módulo.	36
Tercer módulo.....	36
Cuarto módulo.	36
CONCLUSIONES.....	37
REFERENCIAS.....	39

CAPITULO 1

Salud mental en el embarazo

El concepto de salud engloba un amplio número de factores de directa influencia a la integridad física y mental de un individuo o colectivo de ellos. Dichos factores pueden ser de índole biológica, social, económica o ambiental, siempre y cuando mantengan una directa relación sobre el bienestar del ser humano y su disfrute como tal (Cabanyes y Monge, 2017). Sin embargo, la naturaleza humana constantemente atraviesa diferentes ciclos y procesos de cambio que directamente afectan la integridad biológica y psicológica de un individuo padeciéndolos. Un claro ejemplo, es el proceso de gestación. Mantener un estado de salud tanto físico como mental puede presentarse como un reto altamente desafiante (Sandoval et al., 2018). Eventualidades como la carencia de un círculo de apoyo durante el proceso, sentimientos negativos con respecto al embarazo y la naturaleza de la concepción en sí, son algunas de las más comunes eventualidades que afectan a cientos de miles de mujeres embarazadas que lidian con dificultades dentro de su salud mental durante y posterior al proceso de gestación (Guimarães et al., 2019).

Por otro lado, es también necesario reflexionar sobre los efectos que tiene un padecimiento de esta naturaleza, sobre la salud del infante. Dado que el deterioro del estado anímico de una persona en general tiene un innegable efecto sobre su bienestar físico. Es natural asumir que, debido a la codependencia existente entre un feto y su madre, tanto la salud física de ésta como la de su hijo o hija, van a estar directamente relacionadas en caso de que se diera una eventualidad que pusiese en riesgo la vida de cualquiera de los dos (Howard y Khalifeh, 2020). Por ejemplo, en consecuencia, de los niveles de estrés, depresión o ansiedad experimentados por una madre atravesando un embarazo desafiante, es normal que su capacidad de lactancia se vea comprometida, sin embargo, cabe recalcar que este padecimiento, no se presenta en cada caso de embarazo (Dagher et al, 2020).

Adicionalmente, estudios han demostrado que un rango de entre el 10% y el 20% de mujeres que sufrieron de depresión durante su periodo gestante, tienden a recaer en el trastorno una vez finalizado el embarazo con especial predominancia en depresión (Howard y Khalifeh, 2020).

Una mayor conciencia pública con respecto a la naturaleza del tipo de eventualidades que afectan a madres gestantes es imperativa para promover la protección tanto de su salud mental como de la integridad física de sus recién nacidos. Esto posteriormente, nos llevará a tener un mayor entendimiento sobre la importancia de lazos interpersonales y un círculo de apoyo lo suficientemente estable como para acompañar a la madre durante el proceso y proteger el desarrollo fetal y posnatal del infante (Alderdice y Kelly, 2019). Sin embargo, entre los obstáculos más prevalentes para la propagación de este tipo de posturas, se encuentra la gran carga de estigmas sobre la salud mental que previenen a muchas mujeres embarazadas a acudir a las manos de un profesional en las facultades de manejar su caso (Recto y Champion, 2018). De igual manera, el estigma de la mujer en cuestión puede a menudo provenir de sí misma. El peso y expectativa social impuesto sobre una mujer embarazada puede tener un efecto maladaptativo en la forma de un concepto erróneo de fracaso con respecto a su rol como madre. Este tipo de creencias y problemática podrían generar que la identidad de la mujer como madre se vea considerablemente perjudicada (Alderdice y Kelly, 2019).

Embarazo en tiempos de pandemia

Durante la pandemia COVID-19, han existido varios grupos vulnerables que se han visto afectados directamente, uno de ellos son las mujeres embarazadas. La pandemia ha generado un factor de estrés único durante y después del embarazo. La depresión y ansiedad son los principales trastornos que aquejan a las mujeres embarazadas durante la pandemia (Lebel et al., 2020). La exposición a catástrofes naturales o brotes de enfermedades aumenta

la prevalencia de sufrir posibles trastornos psicológicos durante el embarazo, el cual de por sí es un periodo de mayor riesgo de enfermedad mental (Tomfohr et al., 2021).

En una encuesta realizada de manera transversal, internacional, anónima y en línea a gran escala de mujeres embarazadas y puérperas de 64 países durante la pandemia de COVID-19, presentó que la prevalencia de síntomas elevados relacionados a salud mental fue alta, con un 43%, 31% y 54% de mujeres que superaron los umbrales elevados de síntomas de estrés postraumático en relación con COVID-19, depresión, ansiedad y soledad, respectivamente (Basu et al., 2021).

Las mayores preocupaciones que presentan las mujeres embarazadas con relación al COVID-19 son los peligros que representa el virus tanto para su vida como para la de su bebé. Muchas de ellas se sienten intranquilas al no poder recibir la atención prenatal adecuada y necesaria. Sienten tensión por sus relaciones sociales y cómo ha afectado el aislamiento social en ellas durante todo este tiempo (Lebel et al., 2020). Además, se ha podido observar que en las investigaciones que se han realizado este último año, que existe una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, las cuales se vinculan a una continua incertidumbre que se ha generado durante la pandemia (Tomfohr et al., 2021). Otra preocupación presente es el parto, el hecho de que su pareja se encuentre presente, algún familiar las acompañe o estén solas (Khoury et al., 2021). El buscar información sobre la pandemia cinco o más veces al día de cualquier fuente, especialmente por medio de las redes sociales, se asoció con más del doble de probabilidades de depresión y ansiedad elevadas al igual que las preocupaciones diarias por los hijos y su cuidado (Rura, 2021).

Asimismo, las experiencias específicas y relacionadas directamente al COVID-19 como dificultades financieras, problemas de salud y el contagio están relacionadas de manera diferencial con los síntomas que acarrea la depresión o ansiedad. El riesgo de contagiarse por COVID-19 o contagiar a su bebé, lo difícil que resulta mantener las relaciones sociales y el

aislamiento se asociaron con elevados síntomas de depresión y ansiedad. Muchos de estos aspectos son resultados que se han generado por la pandemia y que contribuyen a elevar los problemas de salud mental (Khoury et al., 2021).

La pandemia ha presentado serios desafíos en el ámbito psicológico para muchas mujeres embarazadas que se encuentran en situaciones vulnerables (madres solteras, situación socioeconómica baja, violencia familiar, entre otras), con un alto potencial de impacto tanto a corto como a largo plazo en el feto y su desarrollo. Estos niveles superan de manera significativa los normalmente esperados durante el embarazo y los experimentados por grupos de mujeres que estuvieron embarazadas antes de la actual pandemia (Lebel et al., 2020). Los síntomas de ansiedad y depresión prenatal conllevan varias afectaciones en la vida diaria de una mujer embarazada. Estas suelen sufrir cambios en su actividad física, nutrición y sueño, que a su vez modifican el estado de ánimo de la madre y el desarrollo del feto. Algunas de las consecuencias más graves que puede provocar la ansiedad y la depresión prenatales son el riesgo de que se presente un aborto espontáneo, tener un parto prematuro, menor peso y puntuación de Apgar al nacer. Los hijos de aquellas madres que durante su embarazo han sufrido de depresión o estrés acumulado, son más propensos a presentar problemas cognitivos, de comportamiento y una mayor probabilidad de sufrir problemas de salud mental posteriormente (Lebel et al., 2020).

Es muy probable que a medida que la pandemia continúe y las medidas de distanciamientos se prolonguen, las mujeres embarazadas sufran de una depresión o ansiedad más intensa, incluso varios meses después del inicio de la pandemia (Khoury et al., 2021).

Depresión: conceptos, prevalencia, riesgos y protección

El concepto de depresión ha sido buscado por varios años ya sea por psicólogos, médicos o psiquiatras, quienes han intentado darle una definición. Los médicos tienden a

darle un concepto más biológico y físico; mientras que los psicólogos se interesan mucho por la parte mental y del estado de ánimo.

En el artículo *Evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física* se da una descripción del concepto bastante interesante y acertada, que engloba las definiciones tanto de médicos como de psicólogos. La depresión es un estado de ánimo en el que la persona está triste, pero sin una causa aparente, tiene una intensidad que no es común y además afecta a la funcionalidad de la persona. Esta se define como una alteración patológica del estado de ánimo (Benavides, 2017).

La depresión está catalogada como una de las causas más principales de discapacidad dentro del ámbito de enfermedades mentales. En el mundo uno de cada diez adultos (alrededor de 350 millones de personas), la mayoría mujeres, sufren de depresión mayor y el 60% de personas no recibe el tratamiento adecuado (Pérez et al., 2017). El grupo de personas afectadas por este trastorno proviene de cualquier clase social, este no discrimina edad ni lugar de procedencia. La depresión es una afección que ataca a todo el mundo (Morales, 2017).

El trastorno depresivo tiene distintos tipos; es decir se divide en: trastorno depresivo mayor; el cual se define como un trastorno mental que tiene como característica principal una tristeza profunda que deriva en una pérdida del interés, y que incluye varios síntomas que afectan emocional, física y cognitivamente a la persona. El trastorno distímico se caracteriza por un estado de tristeza y desánimo “leve” permanente. Por último, el trastorno depresivo no identificado, el cual tiene varios de los síntomas del trastorno depresivo mayor sin embargo no llega a completar los criterios (Pérez et al., 2017).

Las personas que padecen de depresión tienen muchas dificultades para realizar incluso las tareas más simples. También se ven afectadas sus relaciones familiares y laborales por lo que es necesario poder prevenir esta condición. La principal forma de hacerlo es

mediante la información que podemos recibir para detectar esta enfermedad. Entre las formas de prevención se encuentran: promover el pensamiento positivo, mantener una buena salud física con la realización de ejercicios, conocer bien el estado de salud y los factores de riesgo. También es importante no estigmatizar la enfermedad, ya que tener información de esta y saber que estamos en riesgo de padecerla puede ayudar a la prevención y tratamiento temprano (Morales, 2017).

Depresión en mujeres embarazadas

Diagnóstico.

Un diagnóstico de depresión en mujeres embarazadas, como posparto, tiene similares síntomas a los de la depresión normal. Son caracterizados por: humor depresivo, el cuál por los cambios hormonales es normal que dure un par de días, pero preocupante si dura más de dos semanas; falta de interés en las actividades, el cuál es uno de los indicadores más claros de depresión posparto; alteración del sueño, este únicamente cuando la madre no puede dormir incluso si el bebé duerme o no puede atender al bebé por causa de hipersomnia; perdida o falta de energía, es normal ver en cierta medida mas si persiste aún cuando la madre ya ha tomado siestas y mantiene un sueño adecuado; agitación o retraso psicomotor, puede ocurrir comportamientos como enlentecimiento al hablar o incapacidad de mantenerse sentada; sentimientos excesivos de culpa, es infrecuente sobre todo en etapas de posparto por lo que su presencia es un gran indicador de posible depresión; disminución de la concentración, en poca medida es normal por la privación de sueño que significa la atención al niño sin embargo si la madre tiene descanso y aún así no logra concentrarse se vuelve un indicador; ideas suicidas, pensamientos sobre muerte suya o de su bebé, ideas como “mi bebé estaría mejor sin mí”, intentos de suicidio o planes de terminar con su vida (Solís et al., 2019; Meaney, 2018).

Para que una madre sea diagnosticada se requiere que 5 o más síntomas estén presentes casi todos los días por al menos 2 semanas. Usualmente el diagnóstico es dado a través de entrevista clínica y evaluaciones. Es recomendable hacer al menos una evaluación durante el periodo de gestación y una hasta cuatro meses luego de haber dado a luz (Maurer et al., 2018).

El periodo de perinatal es considerado desde la gestación hasta los primeros 12 meses luego de dar a luz, por lo que durante todo este trayecto se pueden desarrollar problemas considerados, usualmente si no fueron identificados a tiempo. Es importante mencionar que uno de los obstáculos más complicados de vencer para el diagnóstico, es la existencia de estigmas y desconocimiento frente a la salud mental de las madres (Alderdice y Kelly, 2019; Lara-Cinisomo et al., 2018).

Diagnóstico diferencial.

Es importante tomar en cuenta las alteraciones metabólicas por las que pasa una mujer en el embarazo y el posparto. Existen alteraciones en el metabolismo, alteraciones hormonales, al igual que cambios de ciertos neurotransmisores. También existe la reducción de ciertos minerales como el hierro (Solís et al., 2019).

Se debe diferenciar la depresión posparto con la melancolía posparto, también llamada “baby blues”; esta es definida como un periodo durante y después del embarazo donde la madre experimenta ánimo bajo, cansancio y llanto repentino. Se acentúa en el cuarto o quinto día luego del embarazo y dura desde horas a pocos días. Si supera las dos semanas de duración puede ser considerada depresión (Adhikari et al., 2020; Perrota, 2019).

Otras enfermedades con las que también se puede confundir la depresión posparto es la psicosis posparto o con condiciones psicológicas previas (Dominguez et al., 2020). Además, hay otros trastornos con los que se puede presentar en comorbilidad y de los cuales

debe diferenciarse, como la ansiedad, episodios obsesivos compulsivos, estrés postraumático y trastornos de alimentación (Meltzer-Brody, et al. 2018).

Escala de Edimburgo.

Es una escala de auto reporte que sirve para identificar posibles casos de depresión durante y después del embarazo. Consta de 10 ítems, de los cuáles 3 son para identificar ansiedad. Cada ítem es medido de 0 a 3 e indaga sobre el estado anímico de la madre durante los últimos 7 meses (Cox, 2019; Howard et al., 2018).

Es una de las herramientas más recomendadas, siendo la primera opción en países como Estados Unidos, Canadá y Australia. Ha sido traducida a más de 30 idiomas y tiene una sensibilidad del 88% para depresión (Matthey y Della Vedoba, 2018), clasificando a las participantes como probabilidad alta, moderada y leve, de sufrir depresión. A pesar de su efectividad, es también criticada por su longitud y su menor efectividad para la detección de ansiedad en embarazo (Ford et al., 2017).

Prevalencia de depresión en el embarazo.

Varias investigaciones, incluyendo un metaanálisis de 124 artículos de 50 países, han concluido que a nivel general la prevalencia fluctúa de 8% a 30% siendo Japón uno de los países con menor prevalencia y Latinoamérica la región con mayor índice (Arifin et al, 2018). Esto se cumple en poblaciones de la región como la chilena donde se ha encontrado que el 30% de las mujeres embarazadas tienen síntomas no especificados de ansiedad y depresión; y que del 14% al 25% pueden ser diagnosticadas según criterios del DSM-V (Krauskopf y Valenzuela, 2020). Existen cifras similares con otros países de la región como Brasil y Colombia donde existe una prevalencia de 16,5% y 29% respectivamente (Lema, 2019; Martínez y Jácome 2019).

Para Ecuador no se tiene una cifra oficial específica. Sin embargo, en un estudio que incluyó una muestra de 112 mujeres embarazadas, se encontró que el 39,3% de las

embarazadas tienen una probabilidad elevada de sufrir depresión luego del parto (Loor et al., 2016). Otros estudios consideran que la prevalencia oscila entre el 12,5 % 19,6% de mujeres ya tienen síntomas de al menos depresión leve durante el embarazo en las muestras con las que cada estudio trabajó (Paucar, 2019; Pilca, 2017).

Comorbilidad entre depresión y ansiedad en el embarazo.

Cuando existe comorbilidad entre ansiedad y depresión, es posible que los síntomas que se presenten puedan ser más severos y que la respuesta a los tratamientos resulte más agresiva (González- Mesa et al., 2020). Durante el embarazo es imperativo prestar atención a este tipo de desórdenes debido a su estrecha relación con los perjudiciales resultados perinatales que pueden darse a causa de estos. De acuerdo con estudios previos la comorbilidad entre ansiedad y depresión van desde el 30% al 58% en pacientes con un episodio de depresión mayor y tiene una concurrencia del 3% al 12% en mujeres gestantes (González- Mesa et al., 2020).

En madres cuyos niveles de ansiedad son altos con niveles de dopamina bajos y de norepinefrina elevados, resulta en neonatos que padecen de niveles inferiores de dopamina y serotonina. Adicionalmente, los recién nacidos de madres ansiosas suelen permanecer más tiempo en un sueño profundo y menos tiempo en estado de alerta. Los trastornos tanto de ansiedad como depresión son más propensos a ser comórbidos que a no serlo en mujeres embarazadas. Por consiguiente, provoca altos riesgos de afectar al feto siendo una de las consecuencias más comunes la corta gestación y el reducido peso a los que se exponen (Wedel, 2018).

La prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión antes, durante, y tras el embarazo son altas con diferencias significativas dependiendo de contextos familiares, culturales, e incluso geográficos. Tratándose de una etapa vital que la mujer experimenta, es importante tomar en cuenta su bienestar tanto físico como mental durante la extensión total

del embarazo y tras el mismo. Dicho proceso es imperativo para poder tener un correcto conocimiento y manejo de los trastornos que pudieran presentarse. Durante los tres primeros y los tres últimos meses del embarazo, no existe mayor ocurrencia o aparición de síntomas depresivos o ansiosos, al contrario del segundo periodo de gestación, en donde se empiezan a evidenciar con más notoriedad los cambios físicos y hormonales de la mujer, por ende, la mujer pasa por un periodo de aceptación y transformación en donde se dan momentos específicos críticos para la futura madre (Wedel, 2018).

De forma general, según algunos estudios existe una relación que tiene una procedencia de doble sentido con respecto a la ansiedad y la depresión, entre ellos están sintomatologías características de cada una como son pérdida total o parcial de habilidades sociales, creencias irreales, baja autoestima, pensamientos desadaptativos y pobre autoimagen (López et al., 2021).

Riesgos y protección de la depresión durante el embarazo.

Existen varios factores de riesgo que deben ser considerados en el período de gestación de una mujer con depresión. Para Martínez y Jácome (2017), los factores de riesgo de depresión durante el embarazo se dividen en dos: biológicos y psicosociales. Dentro de los factores biológicos pueden encontrarse distintos escenarios fisiológicos, siendo los más comunes los antecedentes de un cuadro depresivo o trastorno del estado de ánimo o trastornos relacionados al ciclo menstrual.

Por otra parte, algunos de los factores de riesgo más comunes dentro de la categoría psicosocial son situaciones de abuso sexual, embarazo a temprana edad, falta de apoyo social, consumo de drogas o historial de violencia intrafamiliar, embarazo no deseado o no planeado, situaciones de adversidad, altos niveles de estrés o complicaciones en el embarazo tanto actual como anteriores si los hubo (Mojica et al., 2019).

Se conoce que, al presentar más de dos factores de riesgo, sean éstos biológicos o psicosociales, se puede evidenciar una mayor exposición a presentar un cuadro de depresión mayor durante y al terminar el embarazo. Sin embargo, al presentar otros factores como el historial de un previo aborto o falta de apoyo social a la persona embarazada son factores independientes altamente indicadores de que se pueda llegar a una depresión gestacional (Martínez y Jácome, 2017).

Por lo tanto, es de vital importancia mantener hábitos saludables no solamente en referencia a la mujer embarazada, sino que su ambiente y círculo cercano se mantengan como una constante fuente de apoyo y estabilidad durante los tres trimestres de gestación. De esta forma se evitarán situaciones estresantes o fuentes de preocupación que, sumados a los cambios fisiológicos durante el embarazo, podrían empeorar o crear cuadros depresivos (Mojica et al., 2019).

Depresión posparto

La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental que se categoriza dentro de la depresión perinatal; este trastorno genera una respuesta emocional prolongada después del parto. La mujer presenta alteraciones momentáneas de su temperamento que duran más allá de 2 a 4 semanas e interrumpe con su diario vivir. Sobre todo, considerando la relación de madre e hijo o con su entorno (Casillas y Tite, 2017).

Prevalencia.

En América Latina, se ha encontrado que la depresión posparto no psicótica afecta de 1 a 2 por cada 1000 mujeres. Esto quiere decir que del 10% al 15% de mujeres posparto llegan a sufrir este trastorno. En investigaciones realizadas en Centroamérica, la prevalencia aproximada va del 11% al 37%. Lamentablemente, en Ecuador todavía no se obtienen estudios con datos estadísticos específicos de depresión posparto (Casillas y Tite, 2017).

Factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo, existen distintos tipos: biológicos, psicológicos, psicosociales y sociodemográficos (Casillas y Tite, 2017).

En los factores biológicos, los más comunes son: patología tiroidea o desequilibrio hormonal, antecedentes psiquiátricos previos (depresión, ansiedad, depresión posparto anterior), enfermedades crónicas o prenatales, abortos previos, tasas de infección y edad al momento de la maternidad (Casillas y Tite, 2017).

En los factores psicológicos, se presentan los siguientes: niveles de estrés que se generan al tener una sobrecarga en el cuidado de varios hijos, pérdidas en la etapa infantil, apreciación negativa de la imagen corporal después del parto, cantidad de hijos, niveles de estrés elevados, mala relación materna y concepto de la madre ideal (Casillas y Tite, 2017).

En cuanto a los factores psicosociales se ha visto que una mala relación de pareja (apoyo inadecuado, conflictos y violencia), maltrato o violencia sexual en la infancia, embarazo no planificado, supresión temprana de la lactancia y procesos de duelo en curso suelen ser los factores más peligrosos (Casillas y Tite, 2017).

Por último, los factores sociodemográficos pueden incluir: deseo de maternidad, edad, grado de escolaridad (ausencia de educación), baja condición socioeconómica, etnia racial, estado civil (soltería), sexo del bebé, desempleo, convicciones culturales (Casillas y Tite, 2017).

Factores de protección.

Uno de los principales factores de protección o de resiliencia es el apoyo social que se proporcione a la madre. Niveles altos de apoyo social y la eficacia de este se relacionan con menores síntomas depresivos. Además, reduce el impacto negativo de la valoración cognitiva, las actitudes y estrés que siente la madre (Khoury et al., 2021). Practicar actividad física también ayuda a reducir estos síntomas (Lebel et al., 2020).

La falta de apoyo familiar en la etapa perinatal puede resultar como uno de los factores de riesgo de mas relevancia, para esto se recomienda implementar programas de intervención de DPP enfocados a todas las mujeres embarazadas que posiblemente tengan este factor de riesgo presente en sus vidas y como objetivo se logrará una psicoeducación adecuada (Santacruz y Serrano, 2015).

Tratamiento de la depresión perinatal

Cuando se conoce que una mujer presenta síntomas o está diagnosticada con cualquier tipo de depresión, es importante tratarla cuanto antes. Jadresic (2014) sostiene que las mujeres gestantes son más propensas a descuidar su embarazo, saltar controles médicos o no seguir indicaciones médicas y pueden estar más expuestas al consumo y abuso de sustancias. Aunque, se conoce que esto puede ser altamente perjudicial para las mujeres embarazadas, sus hijos y su entorno, es muy frecuente encontrar que los trastornos depresivos mayores en esta población no sean diagnosticados y, por lo tanto, no tratados.

Asimismo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), menos de la mitad de las personas con depresión posparto (DPP) recibe tratamiento. Estas cifras resultan alarmantes debido al impacto producido por esta condición en la vida de las mujeres que lo presentan (Jannati et. al., 2020). La DPP afecta al funcionamiento cognitivo, puede producir desajuste emocional, inhibición y comportamiento violento, además de la incidencia de otros desórdenes médicos y psicológicos (Barlow et al., 2018). Uno de los problemas más grandes que conlleva la DPP es su potencialidad de comorbilidad con desórdenes de ansiedad. El padecimiento de ambos diagnósticos o condiciones agrava la sintomatología a corto y largo plazo, además incrementa el porcentaje de intentos de suicidio (Loughnan et al., 2019).

De manera frecuente se suele enfocar más atención en los riesgos de los tratamientos (específicamente de la medicación) para mujeres embarazadas, que los riesgos de una depresión mal tratada o no tratada (Angelotta y Wisner, 2017). De esta manera, la falta de

tratamiento puede repercutir en varios contextos de la vida de las madres que lo padecen; desde ocurrencia de problemas interpersonales entre la díada parental y sus seres cercanos, inconvenientes con la lactancia, abuso de sustancias e inclusive, en casos severos, la madre puede poner en riesgo tanto su vida, como la del infante (Jannati et. al., 2020; Shulman et al., 2018). Asimismo, la ausencia de una intervención adecuada en mujeres embarazadas con depresión y con DPP, de moderada en adelante, puede propiciar conductas en la madre como una insuficiente disponibilidad emocional debido a la falta de sentimientos positivos hacia el bebé, lo que puede dar lugar a desajustes relacionales entre el bebé y su madre. En última instancia, esta relación intermitente puede impactar en el desarrollo neurológico, psicológico y emocional del bebé (Shulman et al., 2018). Por esta razón, es crucial determinar el tipo de tratamiento que cada mujer requiere dependiendo de su cuadro clínico y así evitar problemas para ellas mismas y sus hijos.

Los tratamientos para mujeres durante el período perinatal (embarazo y posparto) varían de acuerdo con la gravedad de la sintomatología, las preferencias y elecciones de las madres. Al igual que para la depresión en la población en general, el tratamiento tiene dos principales divisiones. El primer tipo de tratamiento es la farmacoterapia y el segundo es la psicoterapia. Adicionalmente se mencionan algunos tipos de tratamientos alternativos como complemento o reemplazo, según sea el caso.

Farmacoterapia.

La terapia farmacológica para tratar la depresión en mujeres embarazadas y en periodo posparto es empleada para casos de depresión moderada a severa o cuando la psicoterapia no haya dado resultados. Aunque existe discordia en los efectos que producen los antidepresivos tanto en mujeres gestantes como aquellas que dan de lactar, se recomienda evitar en lo posible el uso de fármacos durante el primer trimestre de embarazo ya que en este

período se podría aumentar el riesgo de malformaciones del feto y posteriormente dificultades en el desarrollo del niño (Jadresic, 2014).

Dentro de las opciones de medicación más comunes para tratar a la depresión en mujeres embarazadas y madres que dan de lactar, están los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN) (Stewart, 2019). Desafortunadamente, no existe una opción de medicación libre de teratogenicidad, es decir la capacidad de algunos medicamentos para producir malformaciones. Sin embargo, el grupo de medicamentos que ha registrado menor teratogenicidad son los ISRS y por esta razón son los más recomendados durante el embarazo (Martínez y Jácome, 2017). Asimismo, no hay contraindicaciones del uso de ISRS durante la lactancia, ya que no suelen traspasar la leche de la madre. Sin embargo, muchas madres o familiares suelen ser reticentes a su administración y manifiestan dudas con respecto a los efectos que puede tener sobre sus hijos (Jannati, 2020., Shulman, 2018).

Existen algunas consideraciones en cuanto al uso de antidepresivos durante el periodo perinatal. La primera es la suspensión de antidepresivos antes de la concepción, lo que indica riesgo alrededor de tres veces mayor para presentar síntomas de depresión que las mujeres que continuaron con la medicación. Otra consideración de acuerdo es la dosificación de los antidepresivos ya que se sabe que, en este período, la farmacogenética fluctúa y hay concentraciones más bajas en el plasma de los antidepresivos, especialmente los ISRS, el citalopram y el escitalopram. Con este cambio en los metabolizadores es importante estudiar el genotipo de cada persona para recetar la dosis ideal de un fármaco determinado (Mesches et al., 2020).

Psicoterapia.

Martínez y Jácome (2017) mencionan que en países de medianos a bajos ingresos, la psicoterapia para la población objetivo es altamente eficaz. La psicoterapia en el periodo

perinatal tiene como objetivo disminuir los factores estresores y promover la salud de las madres. Se pretende lograrlo mediante el empoderamiento de las mujeres con el desarrollo de habilidades que les permitirán enfrentar sus mayores fuentes de estrés. Esto siempre vendrá acompañado de una clara entrega de información a la madre y a su familia por parte del psicoterapeuta.

Está científicamente comprobado que la psicoterapia es eficaz para mujeres en etapa perinatal con depresión (Mesches et al., 2020). La mayoría de las mujeres que presentan cuadros depresivos leves o moderados pueden ser tratadas únicamente mediante intervenciones psicoterapéuticas. Estas ocurren normalmente en sesiones individuales, sin embargo, pueden ser también llevadas a cabo en grupos terapéuticos o grupos de apoyo (Jadresic, 2014). Dentro de la psicoterapia también existen subdivisiones, las cuales serán nombradas a continuación, sin embargo, todas tienen características en común.

La primera es la Terapia Interpersonal (TI), basada en modelos psicodinámicos, considera que las relaciones interpersonales juegan un papel crucial en la formación y mantenimiento de la angustia emocional al explorar las correlaciones entre los conflictos interpersonales, las transiciones de roles, las disputas de roles, el duelo no resuelto y las falencias personales. La misma se enfoca por un tiempo limitado en el contexto de la persona; en este caso el embarazo y los primeros meses posparto. La TI explora la correlación entre los conflictos interpersonales, las transiciones de roles, el duelo y las falencias interpersonales (Genovez, 2018). De ahí su eficacia en este grupo caracterizado por una transición hacia la maternidad y su consiguiente cambio de roles (Buhagiar, 2019). Algunos de los principales objetivos de la TI incluyen ayudar al cliente a identificar la disputa interpersonal y desarrollar estrategias específicas para resolverla (Barlow, 2018).

Otra de las terapias psicológicas es la Terapia Cognitivo-Conductual. Esta terapia resulta ampliamente usada debido a su eficacia para el tratamiento de mujeres embarazadas y

en periodo posparto con depresión. Se enfoca en la forma en la que los patrones negativos de cognición y comportamiento de una persona contribuyen a un estado de ánimo deprimido (Genovez, 2018). La TCC enseña a los pacientes a examinar cuidadosamente sus procesos de pensamiento y reconocer posibles errores cognitivos para así sustituir los posibles pensamientos depresivos por otros más realistas (Barlow, 2018). A través de la psicoeducación, pretende que los clientes conozcan más sobre sus cogniciones y conductas para posteriormente facilitar el desarrollo de herramientas y estrategias que permitan abordar su malestar o problemas (Buhagiar, 2019).

Por otro lado, la Terapia de Activación Conductual se centra en brindar una guía para la activación de conductas como el incremento de contacto con fuentes de recompensa y placer y la mejora de habilidades de resolución de problemas, de tal manera que interrumpan otras conductas evitativas y de abstinencia (Genovez, 2018).

La terapia grupal provee beneficios personales que no son posibles con otras intervenciones individuales. Al estar caracterizada por la falta de críticas o actitudes estigmatizantes, contribuye al desarrollo de una atmósfera segura para mujeres con depresión perinatal. Comenzando con la disminución de la sensación de soledad, uno de sus beneficios en madres con depresión es la posibilidad de interactuar con otras mujeres semejantes en términos de diagnóstico. La similitud de experiencias connota un sentimiento de comprensión que puede aliviar la angustia y malestar emocional. En la terapia grupal es posible compartir anécdotas, desafíos y conocimientos con otras madres. Debido a esto se ha encontrado que puede ayudar en la recuperación ya que contribuye a la normalización y validación del padecimiento desarrollando una sensación de capacidad y empoderamiento en las madres (Gillis, 2019).

El Mindfulness o conciencia plena, es una técnica ampliamente utilizada en la actualidad para el tratamiento de afecciones médicas y psicológicas. A partir de diversos

ejercicios cognitivos y de respiración se incentiva al individuo a concentrarse en el aquí y ahora. Esto permite que desarrolle apertura a la experiencia, además de una aceptación total de los acontecimientos que le suceden. Para esto se enfatiza su capacidad de elección de cómo desea sentirse debido al inminente control que puede llegar a tener sobre sus reacciones emocionales y conductuales (Oblitas, 2017). En el estudio realizado por Shulman et al. (2018) para medir la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual basada en Mindfulness para la depresión posparto, se encontró que ésta es una alternativa de terapia auxiliar a la farmacología. De manera que, a partir de técnicas para monitorear sus pensamientos y estados emocionales, cómo profundizar la conciencia sensorial de su cuerpo, se consiguió una reducción en los niveles de depresión de las mujeres con DPP. Por consiguiente, al ser este tratamiento una alternativa cuyo costo es relativamente económico para el grado de efectividad, incentiva a los pacientes a tener regularidad en la concurrencia al tratamiento.

Nuevos modelos terapéuticos.

La amplia utilización de las nuevas tecnologías ha potencializado el surgimiento y desarrollo de intervenciones virtuales de salud electrónica (e-health) que para muchos resultan una posibilidad viable de conseguir asesoría y tratamiento. Se ha encontrado que el uso de técnicas de terapia cognitivo conductual vía internet (iCBT) en mujeres con DPP ayudó en la disminución de la gravedad como en el número de síntomas de depresión (Milgrom et al., 2016). Loughnan et al. (2019) desarrollaron el programa virtual de tres lecciones “MUMmentum Postnatal” que tras su aplicación a mujeres diagnosticadas con DPP consiguió una disminución significativa en los niveles de depresión, ansiedad y malestar psicológico. En dicho estudio los autores encontraron mejoras significativas en el vínculo materno, la confianza de los padres y la calidad de vida, con un alto compromiso de los participantes, adherencia y satisfacción con el tratamiento.

Los pacientes pueden utilizar intervenciones de Salud Móvil (m-Health), en celulares o tabletas, sin limitaciones de tiempo y espacio. Varios estudios se han realizado sobre el uso de aplicaciones para el tratamiento de aflicciones. La utilización de la aplicación móvil "Happy Mom" para el tratamiento de la DPP disminuyó la puntuación EPDS (Examen de Edimburgo) por 9.24 puntos en promedio apenas culminaron las sesiones y los resultados se mantuvieron dos meses después. La aplicación impartió 8 lecciones, una por semana, a través de historias de manera que sus usuarios aprendieron a manejar sus síntomas y aplicar técnicas de solución de problemas en su vida personal (Jannati, 2020).

Existen varias ventajas del uso de programas cortos en formato en línea para ofrecer servicios de autoayuda. Estos son una alternativa rentable, viable y eficaz en términos de tiempo y recursos requeridos. Así mismo, las intervenciones virtuales superan ciertos desafíos que pueden experimentar las madres, como la planificación del cuidado de los niños, las dificultades de movilización, el tiempo y las exigencias económicas.

Terapias Alternativas.

Xiang (2018) aporta un análisis prometedor a las terapias alternativas para tratar la depresión en el embarazo introduciendo al yoga como tratamiento benéfico y no farmacológico. Mediante un estudio se comprobó que, con el yoga, las mujeres embarazadas pueden regular su respiración, enfocar su atención y lograr estados de homeostasis y regulación a nivel fisiológico. Además, esta práctica ayudará a la mujer a mantenerse en el peso ideal antes de dar a luz y tener menos dolor en la hora del parto. Se conoce que muchas mujeres dejan de lado la actividad física, incluyendo al yoga, por precaución a sufrir lesiones, pero es conocido que, con la guía correcta y los movimientos precisos para las distintas etapas de gestación, la práctica del yoga es segura.

Por otra parte, el ejercicio físico durante el embarazo disminuye enfermedades o fallas cardiovasculares y mejora el estado del ánimo, por lo tanto, contribuye a un buen

funcionamiento neuroendocrino y a la correcta producción de neurotransmisores. Martínez y Jácome (2017) señalan que, si no existen contraindicaciones médicas, las mujeres gestantes deberían practicar ejercicios aeróbicos durante casi todo su período perinatal.

Talleres para depresión perinatal

El desarrollo infantil se ve influenciado por las interacciones entre el individuo y los ambientes a los que se ve expuesto. El vientre de la futura madre es el primer entorno que tiene un efecto en la vida del neonato, por ende, la salud física y mental de su progenitora y posterior cuidadora principal resulta un tema clave para su bienestar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). De ahí que la interacción de diversos factores da como resultado la necesidad de una intervención psicosocial para la madre durante el período perinatal. Por ende, se debe considerar los distintos niveles y sistemas (micro, meso y macro) en los que se encuentra la madre y su hijo (Keefe et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) diseñó un programa destinado al manejo de la depresión perinatal “*Thinking Healthy*”. Esta intervención se encuentra basada en modelos psicosociales, considerados para dicha entidad como la primera línea de intervención para la depresión durante el embarazo y posparto. Los 5 módulos de dicho modelo tienen como enfoque principal la promoción del bienestar general entre la díada madre-hijo. Los talleres basados en las etapas de desarrollo del infante fueron diseñados para mujeres de entre 14 semanas de gestación hasta 10 meses posparto.

Otros modelos de talleres destinados a mujeres con depresión perinatal se encuentran basados en la intervención en los distintos ambientes que impactan en la salud de la madre y su bebé. Por lo cual están distribuidos en tres enfoques de atención: micro, meso y macro que representan al individuo (madre), la familia o grupo y la comunidad respectivamente. De manera que, individualmente se trata de promover el autocuidado de la madre. En cambio, a nivel familiar, se tiene como objetivo psicoeducar a los integrantes sobre la enfermedad, así

como incentivar habilidades de comunicación entre ellos. Al mismo tiempo, entre personas del mismo grupo, es decir, mujeres con depresión perinatal, se incentiva a compartir conocimientos y experiencias. Por otro lado, en la comunidad se tiene como finalidad la disponibilidad de servicios para las futuras madres y sus infantes para que contribuyan a la desestigmatización de la depresión y que ofrezcan alternativas para su tratamiento (Keefe et al., 2017).

Por consiguiente, muchos de los talleres destinados a mujeres con depresión perinatal comparten ciertas directrices y metas. Buscan la distribución de información verás para las madres, sus familiares y la comunidad. Asimismo, enfatizan la promoción de salud, el empoderamiento de las madres, el desarrollo de canales de comunicación bilaterales, la importancia del vínculo entre la madre y su hijo, la reactivación de redes sociales y alternativas para recibir tratamiento accesibles y prácticos, sin la necesidad de abandonar a sus hijos para recibir alguna intervención (Keefe et al., 2017; OMS, 2015).

CAPITULO 2

Dinámica de la organización

Historia.

La Clínica de Salud Mental (CSM) de la USFQ se fundamenta gracias a la cooperación entre el Departamento de Psicología de USFQ y SIME (Sistemas Médicos USFQ). Funciona como una herramienta para capacitar a los estudiantes de psicología clínica. Brinda servicios psicológicos y psicoeducativos a la comunidad y mantiene precios asequibles para las poblaciones de alto riesgo. La clínica cree que la salud mental es un aspecto esencial para la formación académica, personal y profesional. Sus servicios tienen como objetivo el aumentar la accesibilidad, información y terapia, con una base científica para toda la comunidad. La clínica desea eliminar el estigma que se relaciona a la salud mental y con esto lograr una mejor inclusión social (Clínica de la Salud Mental, 2020).

Recientemente, han logrado empezar una alianza con el Hospital Psiquiátrico McLean (un afiliado de la Facultad de Medicina de Harvard). Esta unión les ha permitido capacitar a su personal con un tratamiento que se basa en evidencia actual, reforzando la psicoeducación sobre salud mental y sus servicios a la comunidad. De esta misma manera, la CSM creó una alianza estratégica con IOCDF (Fundación Internacional del Trastorno Obsesivo Compulsivo) la cual es un organismo sin fines de lucro, en donde su mayor apoyo es gracias a donantes. Esta organización ofrece herramientas y apoyo aquellas personas que sufren de trastorno obsesivo compulsivo, brindándoles las terapias más actualizadas y generando un apoyo entre comunidades (Clínica de la Salud Mental, 2020).

La meta que la CSM se plantea es convertirse en una fuerte referencia sobre la salud mental ya sea en comunidades vulnerables, como en Ecuador y en Latinoamérica en la próxima década (Clínica de la Salud Mental, 2020).

Misión.

La CSM fomenta su servicio basándose en el marco que también maneja la USFQ y SIME. Ofrece servicios acerca de la salud mental de calidad, los cuales ayudan a la incrementación de una mejor accesibilidad a la información y sobretodo apoyando y cuidando a las personas pertenecientes a su comunidad. Buscando la mejora de su bienestar psiquiátrico y psicológico. Además, brinda su apoyo en el ámbito educativo, de formación y en el entrenamiento de los psicólogos clínicos con unos estándares elevados de atención y educación (Clínica de la Salud Mental, 2020).

Visión.

La CSM cree que la salud mental es un elemento importante para la formación a nivel personal, académica y profesional de manera saludable. La CSM fomenta la concientización sobre la importancia con respecto a un bienestar psicológico y apoya a erradicar los estigmas que se tiene sobre las enfermedades mentales para lograr un aumento en el acceso a los servicios vinculados a la salud mental y sobretodo que sea incluyente de manera social de quienes padecen algún trastorno psicológico (Clínica de la Salud Mental, 2020).

Servicios.

La Clínica de Salud Mental se encuentra formada por un equipo de múltiples ámbitos y disciplinas para lograr una atención eficiente a las diferentes necesidades de la comunidad. Entre los servicios que ofrece la clínica, se encuentran los siguientes: terapia (de manera individual, familiar, infanto-juvenil y en parejas) y también se realizan evaluaciones psicopedagógicas, neuropsicológica, cognitivas y vocacionales (Clínica de la Salud Mental, 2020).

CAPITULO 3

Descripción del desafío

Desafíos encontrados.

Primer desafío: Romper el estigma alrededor de la depresión perinatal e incentivar la prevención.

Culturalmente existe la creencia de que una madre es la encargada de proteger a sus hijos por sobre todas las cosas; por lo tanto, una madre que sufre depresión es algo inaceptable. Es importante romper el estigma que existe sobre la depresión de mujeres en periodo de embarazo y posparto ya que, esta es la causa principal de que las mujeres no puedan recibir diagnósticos y tratamientos adecuados. Una vez que las mujeres embarazadas y sus personas cercanas entienden que la depresión es algo que puede ocurrirle a cualquier mujer, se puede abrir la puerta a trabajar en la prevención de esta afectación con más libertad. Por lo tanto, estos dos primeros objetivos; romper el estigma e incentivar a la prevención, son muy importantes ya que uno da paso al otro (Lara-Cinisomo et al., 2018).

Segundo desafío: Psicoeducación e intervenciones para la depresión perinatal.

Aunque actualmente es muy común encontrar síntomas depresivos o mujeres con diagnósticos de depresión durante y después del embarazo, esta condición es todavía mal diagnosticada o no identificada por muchos profesionales de la salud (Martínez y Jácome, 2017). Por este motivo, otro de los retos seleccionados en este proyecto es la identificación de síntomas y posibles tratamientos para mujeres en gestación y posparto que corren el riesgo o ya han sido diagnosticadas con depresión.

Tercer desafío: Incentivar la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas y periodo posparto.

Conforme se investiga el manejo del tiempo de las mujeres gestantes y en periodo posparto, se ha determinado que debido a varios contratiempos incluida la pandemia COVID-

19 podrían presentarse casos en los que la mujer no pueda acudir a la totalidad del taller o a más de una sesión. Se pretende tomar en cuenta factores externos que podrían influenciar la no asistencia de la gestante como pueden ser: tiempo, falta de asistencia con el cuidado de sus hijos, escaso tiempo debido al cuidado de hogar e hijos, tiempo dividido debido a trabajo estudio u otros, etc. Como consiguiente, se considera que crear un taller con facilidad de adherencia es un objetivo imperativo para tener un mayor alcance con la mujer en estado de gestación o posparto (Jannati, 2020).

CAPITULO 4

Propuesta

Para responder a la necesidad de SIME, se propone una serie de talleres sobre depresión en el embarazo. Los talleres que constan de 4 módulos están basados en un modelo psicosocial, donde se busca generar psicoeducación incluyente, fácil de usar y que ayude a eliminar estigmas (Godoy et al, 2020). Están diseñados para dar un énfasis en la prevención, autocuidado, identificación y tratamiento de la depresión durante el embarazo y posparto; teniendo en cuenta los distintos ambientes que impactan en la salud de la madre y el bebé. Los talleres pueden incluir mujeres desde 14 semanas de gestación, hasta 10 meses luego del parto.

Como parte del proyecto se entregan dos presentaciones dinámicas guía. La primera está creada para el uso por parte de los facilitadores que la organización designe, dentro de este se puede encontrar toda la información pertinente para el desarrollo de cada uno de los talleres, incluyendo un cronograma, contenido, actividades y herramientas. La segunda presentación contiene la información para las gestantes participantes. Este proporciona información de los talleres y herramientas de uso personal. Los dos materiales tienen un contenido claro, específico para cada población determinada y son suficientes para la elaboración y replicación de los talleres. En cada instrumento entregado se abarca todos los módulos.

Resolución de desafíos

Primer desafío: Romper el estigma alrededor de la depresión perinatal e incentivar la prevención.

Como ya sabemos, el estigma de la depresión en el periodo de embarazo y posparto en las mujeres hace muy difícil que estas puedan recibir tratamientos adecuados. La forma más eficiente de romper un estigma es con la información; por lo que este primer desafío se

cumple en todos los módulos de nuestro taller. Con cada uno de los módulos las mujeres y finalmente su círculo familiar, entenderán que la depresión es una enfermedad que puede atacar a cualquier mujer y que no por esto se convertirán en malas madres. Por el contrario, en el taller ellas y sus familias aprenderán a reconocer, aceptar y tratar dicha condición.

Segundo desafío: Psicoeducación e intervenciones para la depresión perinatal.

Para resolver este desafío, en los talleres se pondrá especial énfasis en establecer una relación terapéutica de tal manera que los síntomas que las mujeres presenten puedan ser atendidos oportunamente y mejor aún, prevenidos. Con una detección temprana, es más probable encontrar intervenciones adecuadas para cada caso y lograr una mejora en el menor tiempo posible, incluyendo en este proceso tanto a la psicoeducación de la madre en cuestión como a los profesionales que la rodean (Mojica-Perilla et al., 2019).

Tercer desafío: Incentivar la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas y periodo posparto.

La resolución de este desafío se llevará a cabo por medio de talleres dinámicos que no consuman demasiado tiempo de las personas que asistan a ellos. Los talleres tienen como finalidad ser accesibles a madres embarazadas que no tengan a su disposición mucho tiempo. Se pretende que tengan facilidad de acceso por medio de la plataforma digital “zoom” sin la necesidad de traslado y, por el contrario, puedan ser realizados desde la comodidad de su hogar. Conjuntamente se busca que el taller sea entretenido y sencillo de entender para cualquier persona. Esto último con la idea de que no sea material extenso que provoque fatiga en la mujer. Los materiales que se brindarán son llamativos, cortos y de fácil realización para incentivar a la finalización de este.

Descripción de los componentes del taller

Primer módulo.

El primer módulo explica lo que es la depresión perinatal, cuál es la prevalencia mundial y en América Latina, los factores de riesgo en el desarrollo de depresión, y el estigma que acarrea dicho diagnóstico para las mujeres que lo presentan.

Segundo módulo.

El segundo módulo se enfoca en el autocuidado de la mujer embarazada o en la madre tras el parto, específicamente enseña estrategias para mitigar detonadores de estrés además de consejos sobre la importancia de llevar una correcta alimentación, actividad física y rutina de sueño.

Tercer módulo.

El tercer módulo cubre estrategias de promoción del vínculo madre-hijo más allá de alimentar al infante, sino a su vez sobre la importancia de responder a las demandas y necesidades de éste. Asimismo, cubre mecanismos para crear un ambiente estimulante en el cual puedan incluir ejercicios que promuevan la interacción física y emocional entre ambos.

Cuarto módulo.

En el cuarto módulo se expone la importancia de tener una red de apoyo como determinante de la calidad de cuidados que la madre puede proveer a su hijo. Al incorporar técnicas para desarrollar habilidades de comunicación interpersonal se pretende ayudar a las madres a participar y mantenerse en interacciones sociales.

CONCLUSIONES

El desarrollo de talleres sobre depresión en el embarazo tiene como objetivo el psicoeducar a las mujeres sobre los estigmas, prevención e intervenciones alrededor de la depresión perinatal o posparto que pueden llegar a sufrir. Con esto se busca crear concientización acerca del tema y autocuidado para las mujeres embarazadas.

Los talleres se imparten por medio de dos manuales, uno para las personas que brindarán el taller y el segundo para las mujeres que lo recibirán. Cabe recalcar que estos talleres solo se enfocan en la depresión, mas no en otros trastornos que se puedan presentar durante o después del embarazo.

Claramente, en los manuales se mencionan los materiales adicionales que sean necesarios para manejar los distintos talleres. Se busca que los talleres se lleven de la manera más didáctica, interesante e informativa posible. Se debe tener en cuenta que los talleres son basados en la OMS (Organización Mundial de la Salud) dado que existe una escasez de información sobre la depresión perinatal y más aún la posparto en Ecuador.

El romper el estigma es uno de los desafíos más grandes que tendrán estos talleres, por lo que se recomienda que las personas que los impartan sean conscientes sobre los temas que se expondrán sin presentar estigmas que puedan influir en las mujeres embarazadas, caso contrario, los talleres resultarán poco efectivos. De igual manera, se debe recalcar la importancia a todo momento sobre la necesidad del autocuidado, prevención e intervenciones acerca de la depresión.

Se puede concluir que los talleres lograrán su objetivo cuando se muestre o se presente una iniciativa en el autocuidado, cambio de pensamientos sobre los estigmas y psicoeducación dentro de la comunidad de las mujeres embarazadas o posparto. Es decir, cuando exista una resolución de los desafíos planteados anteriormente y se reconozca que sufrir depresión siendo madre es más común de lo que se cree. Esto no hace de una mujer una

mala madre, simplemente una mujer que se encuentra sufriendo y que necesita ayuda o apoyo psicológico, familiar y emocional.

REFERENCIAS

- Adhikari, K., Patten, S., Williamson, T., Patel, A., Premji, S., Tough, S., Letourneau, N., Giesbrecht G., y Metcalfe, A. (2020). Assessment of anxiety during pregnancy: are existing multiple anxiety scales suitable and comparable in measuring anxiety during pregnancy?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1(1), 140-146.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1725462>
- Alderdice, F. y Kelly, L. (2019). Stigma and Maternity Care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 105-107. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1589758>
- Angelotta, C., y Wisner, K. (2017). Treating depression during pregnancy: Are we asking the right questions?. *Birth Defects Search*, 109(12), 879-887.
<https://doi.org/10.1002/bdr2.1074>
- Arifin, S., Cheyene, H., y Maxwell, M. (2018). Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health*, 5(3). 260–295.
<https://doi.org/10.3934/publichealth.2018.3.260>
- Barlow, D., Durand, V. M., y Hofmann, S. (2018). *Abnormal Psychology: An integrative approach*. (8th ed.). Cengage Learning.
- Basu, A., Kim, H. H., Basaldua, R., Choi, K. W., Charron, L., Kelsall, N., Hernandez-Diaz, S., Wyszynski, D. F., y Koenen, K. C. (2021). A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249780>
- Benavides, P. (2017). Evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, 105, 171-188.
<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>

- Buhagiar, R. (2019). Psychological interventions in post-partum depression: A critical analysis. *Malta Medical Journal*, 31(03), 30-33.
<https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/50294>
- Cabanyes, J., y Monge, M. Á. (2017). *La salud mental y sus cuidados* (4ta ed.). EUNSA.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroSaludMentalCuidados.pdf
- Casillas, I., y Tite, P. (2017). Depresión posparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (ucin) y no hospitalizados, en los hospitales un canto a la vida y maternidad nueva aurora, un seguimiento desde la etapa gestacional. PUCE.
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13956/TESIS%20DEPRESION%20POSTPARTO%20EN%20MADRES%20DE%20NEONATOS%20HOSPITALIZADOS%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Clínica de la Salud Mental. (2020). Inicio. <https://www.saludmentalusfq.com>
- Cox, J. (2019). Thirty Years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 127–129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>
- Dominguez, M., Burgos, L. y Bergink, V. (2020). Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1002/9781119450047.ch16>
- Feldman, R. S. (2014). *Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana* (8a. ed.). McGraw-Hill.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., y Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus

and neonate. *Depression and Anxiety*, 17(3), 140–151.

<https://doi.org/10.1002/da.10071>

Ford, E., Lee, S., Shakespeare, J., y Ayers, S (2017). Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: a meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of General Practice*, 67(661), 538-546.

<https://doi.org/10.3399/bjgp17X691889>

Genovez, M., Vanderkruik, R. Lemon, E., y Dimidjian, S. (2018). Psychotherapeutic treatments for depression during pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 562-572. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000388>

Gillis, B. D., y Parish, A. L. (2019). Group-based interventions for postpartum depression: An integrative review and conceptual model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 290-298. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.009>

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>

González-Mesa, E., Kabukcuoglu, K., Blasco, M., Körükçü, O., Ibrahim, N., González-Cazorla, A., y Cazorla, O. (2020). Comorbid anxiety and depression (CAD) at early stages of the pregnancy. A multicultural cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 270, 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.086>

Guimarães, F., Da Silva, F., Bem, A., De Holanda, V., De Sousa, G., y Albuquerque, P. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 18(53), 499-534. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>

Howard, L. M., y Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

- Howard, L. M., Ryan, E., Trevillion, K., Anderson, F., Bick, D., Bye, A., Byford, S., O'Connor, S., Sands, P., Demilew, J., Milgrom, J., y Pickles, A. (2018). Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *The British Journal of Psychiatry*, 212(1). 50-56. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.9>
- Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>
- Jannati, N., Mazhari, S., Ahmadian, L., y Mirzaee, M. (2020). Effectiveness of an app-based cognitive behavioral therapy program for postpartum depression in primary care: A randomized controlled trial. *International Journal of Medical Informatics*, 141, 104-145. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104145>
- Keefe, R., Rouland, R., y Brownstein-Evans, C. (2017). Postpartum depression- A critical area for continuing social work education. *Professional Development: The International Journal of Continuing Social Work Education*, 20(1). <https://www.researchgate.net/publication/317066162> Postpartum depression A critical area for continuing social work education
- Khoury, J. E., Atkinson, L., Bennett, T., Jack, S. M., y Gonzalez, A. (2021). COVID-19 and mental health during pregnancy: The importance of cognitive appraisal and social support. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1161-1169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.027>
- Krauskopf, V., y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>.

- Lara-Cinisomo, S., Clark, C., y Wood, J. (2018). Increasing Diagnosis and Treatment of Perinatal Depression in Latinas and African American Women: Addressing Stigma Is Not Enough. *Women's Health Issues*, 28(3), 201-204.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.01.003>
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., y Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5-13.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
- Loor, N., Lobo, D., Quiroz, L., y Magallanes, Y. (2021). Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión posparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016. *Reciamuc*, 5(2), 300-310.
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/648/990>
- Loughnan, S. A., Butler, C., Sie, A. A., Grierson, A. B., Chen, A. Z., Hobbs, M. J., ... Newby, J. M. (2019). A randomised controlled trial of “MUMentum postnatal”: Internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in postpartum women. *Behaviour Research and Therapy*, 116, 94–103.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.03.001>
- Macaya, X. C., Pihan, R., y Vicente, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&tlng=pt
- Martínez, J., y Jácome, N. (2017). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>

- Matthey, S., y Della Vedova, A. (2018). A comparison of two measures to screen for emotional health difficulties during pregnancy, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 463-475. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1490497>
- Maurer, D., Raymond, T., y Davis, B. (2018). Depression: Screening and Diagnosis. *American Academy of Family Physicians*, 98(8), 508-515. <https://www.aafp.org/afp/2018/1015/p508.html>
- Meaney, M. (2018). Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health. *American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1084-1093. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091031>
- Meltzer-Brody, S., Howard, L., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., y Milgran, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Mesches, G., Wisner, K., y Betcher, H. (2020). A common clinical conundrum: Antidepressant treatment of depression in pregnant women. *Seminars in Perinatology*, 44(3), 151-229. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151229>
- Milgrom, J., Danaher, B. G., Gemmill A. W., Holt C., Holt, C. J., Seeley, J. R., Tyler, M. S., Ross, J., y Ericksen, J. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3). <https://www.jmir.org/2016/3/e54/>
- Mojica, M., Redondo, S., y Osma, S. (2019). Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. *MedUNAB*, 22(2), 200-212. <https://doi.org/10.29375/01237047.2820>
- Morales, F. C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>

- Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida* (4ta ed.). México, D.F.: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Thinking healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression*.
- Pérez, E. A., Cervantes, V. M., Hijuelos, N. A., Pineda-Cortés, J. C., y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <http://dx.doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Perrotta, G. (2019). Depressive disorders: Definitions, contexts, differential diagnosis, neural correlates and clinical strategies. *Arch Depress Anxiety*, 5(2), 9-33. <http://doi.org/10.17352/2455-5460.000038>
- Phua, D. Y., Kee, M. K. Z. L., Koh, D. X. P., Rifkin-Graboi, A., Daniels, M., ... Chen, H. (2017). Positive maternal mental health during pregnancy associated with specific forms of adaptive development in early childhood: Evidence from a longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 29(05), 1573–1587. <https://doi.org/10.1017/S0954579417001249>
- Recto, P., y Champion, J. D. (2018). “We Don’t Want to be Judged”: Perceptions about professional help and attitudes towards help-seeking among pregnant and postpartum Mexican-American adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.04.010>
- Rura, N. (2021). Pregnant and postpartum women report elevated depression, anxiety, and post-traumatic stress during COVID-19 pandemic. News. <https://www.hsph.harvard.edu/news/press-releases/pregnant-postpartum-covid19-post-traumatic-stress/>
- Santacruz, M. F., y Serrano, F. (2015). Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga. *Red de Repositorios*

Latinoamericanos.

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>

- Schaffir, J. (2018). Consequences of Antepartum Depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 533-543. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000374>
- Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I., y Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 235, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.065>
- Smith, C. A., Shewamene, Z., Galbally, M., Schmied, V., y Dahlen, H. (2018). The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 428-439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.054>
- Solis, M., Pineda, A., y Chacón, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(6), 90-99. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.2478>
- Stewart, D. E., y Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(1), 183–196. <https://doi:10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Tomfohr, L. M., Racine, N., Giesbrecht, G. F., Lebel, C., y Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912>
- Xiang Q., Venkatanarayanan, N., Loke, W., Yeo, W. S., Lim, D. Y., Chan, H. W., y Sim, W. S. (2018). A meta-analysis of the effectiveness of yoga-based interventions for maternal depression during pregnancy. *Complementary Therapies in Clinical for*

maternal depression during pregnancy, 34, 8-12.

<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.10.016>

Wedel, H. K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 3(1) 3-8.

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/109>

REFLEXION FINAL

JOSELYN DAYANARA DIAZ POZO

Cuando hace 5 años empecé mis estudios universitarios, solía mirar mi futuro profesional de una manera bastante diferente a la forma en la que lo veo hoy. No de una forma contrastante, sino mucho más enfocada y diversificada al mismo tiempo. Mucho más amplia y, paralelamente, mucho más detallada y, a pesar de que estas perspectivas definitivamente tienen un carácter contrastante, la verdad es que son las numerosas facetas de la psicología, las que me han ayudado a definir mi futuro como profesional de una manera específica, lógica y al mismo tiempo apasionante. En gran parte, fue este curso el que me llevo a reflexionar esto, dado que por sobre enfocarnos en aspectos muchos más detallados o criterios directamente relacionados con el área de la salud mental, fueron detalles como los foros y sus respectivas reflexiones, las que me ayudaron a expandir mi percepción de mis estudios y mi auto concepto como profesional en sí. Recuerdo lo mucho que me entusiasmó ilustrarme sobre temas de psicología organizacional, cuando me di cuenta que nuestro rol como psicólogos clínicos, nos faculta para proveer ayuda a pacientes carentes de cierta estabilidad en su diario vivir, sin embargo, muy rara vez consideramos los aspectos más allá de la funcionalidad. Dichos aspectos, los podemos tratar para llevar a una persona mucho más allá de sus propias metas. Me hicieron ver mi carrera como algo más positivo y, consecuentemente, más humano. Dado que nuestra naturaleza inquisitiva, curiosa e inconforme nos permite ejercer una evolución mucho más allá de nuestra supervivencia y nuestra estabilidad, es ciertamente posible que, con las herramientas adecuadas, seamos capaces de llevar a un paciente o a nosotros mismos a un estado de desenvolvimiento extraordinario en cada aspecto que comprende nuestras vidas. Estas charlas me hicieron preguntarme sobre cada uno de los aspectos sobre mi carrera, que no he tomado en cuenta y que pueden resultar igual de edificantes para mí como profesional y para mis futuros pacientes.

Por otro lado, el trabajo escrito me hizo reflexionar sobre las diferentes facetas que tiene ser un profesional en sí. El trabajo en equipo, mi responsabilidad individual y mi responsabilidad sobre mis resultados, fueron solo algunas de las más importantes lecciones que recibí durante la redacción de mi proyecto integrador. Debido a todas las eventualidades que me rodearon durante este proceso, era muy difícil para mí encontrar el tiempo o el espacio para darle el esfuerzo necesario a mi proyecto. Muchas veces fue casi imposible dedicarme a él, pero siempre tuve muy presente que, ante todo, mi responsabilidad como profesional exige que cumpla con mi trabajo y con mi deber. Afortunadamente contaba con un equipo de trabajo que me apoyó y estuvo muy pendiente de mi progreso. Estoy muy agradecida por haber contado con compañeros que, a pesar de las constantes inconveniencias que traía mi situación, siempre trataron de darme un espacio para aportar al proyecto. Agradezco mucho su paciencia y la lección que me dejaron pues, nunca he tenido mucha facilidad para pedir ayuda y definitivamente mucho menos con personas con las que tengo una relación tan poco personal. Definitivamente, he reflexionado sobre mis limitaciones como estudiante y a hora

profesional, y procuraré estar rodeada de un equipo de trabajo que, ante todo, procure que nuestra ética labora y nuestro compromiso con nuestros pacientes sea siempre una prioridad. De esta forma, a pesar de que cualquiera de nosotros enfrente alguna situación capaz de comprometer nuestro trabajo y nuestra entrega hacia nuestros pacientes, seamos capaces de sacarnos adelante y responder de la manera más profesional, adecuada y comprometida.

Finalmente, quisiera reflexionar sobre mi proceso universitario. Desde muy joven siempre sentí que tenía una curiosa afinidad hacia el área. Siempre me ha intrigado la naturaleza de la psique humana y, aunque a esa edad no lo podía poner en palabras, comprender el proceso de pensamiento que culmina en los patrones comportamentales y el diario actuar de una persona. Estoy muy orgullosa de lo que he logrado en estos años y muy comprometida con la comunidad a la que quiero servir desde que decidí cambiarme de carrera. Ciertamente no ha sido un camino fácil, cada ensayo, diagnóstico, investigación y amanecida fueron altamente demandantes, pero, muy de la mano, lo fueron gratificantes también. Está empezando una etapa en la que me pondré a prueba día tras día y agradezco a cada profesor, compañero y autoridad que me ayudó a sentirme lista para salir al mundo laboral.