

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

**ESTUDIO DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA
DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSPARTO**

Daniela Patricia Recalde Benítez

Nascira Ramia, Ed.D., Directora de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Master en
Educación

Quito, diciembre 2013

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Posgrados**

HOJA DE APROBACION DE TESIS

**Estudio de Intervención Psicoeducativa para Disminuir la
Sintomatología Depresiva Posparto**

Daniela Patricia Recalde Benítez

Nascira Ramia, Ed.D.
Directora de Tesis
y Directora de Maestría en Educación

William F. Waters, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

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

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

Víctor Viteri Breedy, Ph.D.
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, diciembre 2013

© DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma:

Nombre: Daniela Patricia Recalde Benítez

C. I.: 1717522856

Fecha: Quito, diciembre 2013

AGRADECIMIENTOS

Quiero dejar expresa constancia de mi agradecimiento a la Universidad San Francisco de Quito, que en cuyas aulas pude efectuar y conseguir una meta profesional más en mi vida. A mi directora de tesis Nascira Ramia, por su apoyo y confianza en mi trabajo para orientar mi investigación.

A los miembros del comité de tesis William Waters y Ana María Viteri, quienes con su participación y aporte contribuyeron al desarrollo de este trabajo. Agradezco a los profesores y a mis compañeras de estudio quienes compartieron sus conocimientos y experiencia para mi formación profesional.

RESUMEN

La etapa posnatal son momentos vulnerables para las mujeres, ya que se considera una 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 acontecimientos y sus sentimientos pueden verse afectados por la sintomatología depresiva. Este estudio pretendió determinar el impacto de la intervención psicoeducativa sobre las madres con sintomatología depresiva para la disminución de síntomas. Esta intervención se enfocó en informar a las madres, darles a conocer sobre el tema de la depresión posparto y la aplicación de ejercicios de *mindfulness*, permitiéndoles centrar la mente en el *aquí y el ahora*, con el propósito de abrir nuevas posibilidades de bienestar, mejorar el funcionamiento del organismo y su comportamiento neuroanatómico de la maternidad y así controlar y cambiar algunos patrones de su comportamiento depresivo. El resultado fue que después de la intervención el 74% de las mujeres disminuyó los síntomas depresivos; el 3% se mantuvo; y el 23% aumentó sus síntomas. Reflejando que el 39% de las mujeres estudiadas salieron de la depresión y que el 61% presentan síntomas depresivos pero, su sintomatología ha disminuido. El estudio evidenció la disminución de la sintomatología depresiva en las participantes. Se recomienda para posteriores estudios alargar el tiempo de la investigación, manejar dos grupos de estudio para comparar y aumentar el número de participantes.

Palabras clave: depresión posparto, *mindfulness*, intervención.

ABSTRACT

The postnatal stage is a vulnerable time for women, because it is a time for lots of changes, hormonal, physical, social and psychological (Barrett et al., 2010). Mothers eagerly await the moment they will be able to hold their baby in their arms but sometimes outside events and their feelings may be affected by depressive symptomatology. This study sought to determine the impact of the physcoeducational intervention on mothers with depressive symptoms. This intervention focused on educating mothers, letting them know about the issues that arise with postpartum depression and the use of mindfulness exercises, allowing the mind to focus on the here and now, in order to open up new possibilities of well-being, and to improve the functioning of the organism and its neuroanatomical behavior during motherhood and thus control some of the changes that depression can cause. The result after the intervention was, 74 % of women demonstrated decreased depressive symptoms, 3% was maintained, and 23% had an increase in their symptoms. Reflecting that 39 % of the women studied came out of their depression, and 61% continued with depressive symptoms but their symptoms decreased. The study demonstrated a reduction in depressive symptoms in participants. Recommended for future studies is to extend the time period for the investigation, include two study groups in order to compare results and increase the number of participants.

Keywords: postpartum depression, mindfulness, intervention.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	12
Antecedentes	12
El problema	15
Hipótesis de la causa del problema	16
Hipótesis de la solución del problema.....	17
Pregunta de investigación	18
Contexto y marco teórico	19
Propósito del estudio	19
Significado del estudio	20
Definición de términos	20
Presunciones del autor del estudio	22
Supuestos del estudio	22
CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	23
Descripción de géneros de la literatura.....	23
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	23
Formato de la revisión de la literatura	24
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	61
Diseño de la investigación	61
Justificación de la metodología seleccionada.....	62
Herramienta de investigación utilizada	62
Instrumentos de evaluación de pre - pos intervención	62
Sitio	65
Descripción de participantes	65
Fuentes y recolección de datos	66
Manejo de datos	67
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DATOS.....	69
Detalles del análisis	69
Discusión	83
CAPITULO 5: CONCLUSIONES	85
Respuesta a la pregunta de investigación	85
Importancia del estudio	86
Limitaciones del estudio.....	88
Sesgo del autor.....	89
Recomendaciones	90

Resumen general.....	91
REFERENCIAS	93
ANEXOS	100
Anexo A: Aprobación del estudio por el Comité de Bioética	100
Anexo B: Consentimiento Informado	101
Anexo C: Escala de depresión Edinburgh	104
Anexo D: Tríptico.....	106
Anexo E: Cuadro general de datos	108
Anexo F: T test.....	110

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ficha de participantes.	66
Tabla 2. Pretest. Mujeres con y sin sintomatología depresiva, por semanas posnatales.....	71
Tabla 3. Postest. Mujeres con sintomatología depresiva y su variación de puntajes antes y después de la intervención.....	76
Tabla 4. Resultados antes y después de la intervención.	81
Tabla 5. Prueba t para medias de dos tiempos emparejadas.....	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultados Pretest. Mujeres con y sin sintomatología depresiva.....	73
Figura 2. Resultados Pretest. Mujeres con y sin sintomatología depresiva y sus semanas posnatales.	74
Figura 3. Resultados Pretest. Mujeres con sin sintomatología depresiva y sus niveles de depresión..	75
Figura 4. Resultados Posttest, variación de puntaje después de la intervención.	78
Figura 5. Resultados Posttest, variación de puntaje después de la intervención.	79
Figura 6. Resultados Posttest, niveles de depresión después de la intervención.....	80
Figura 7. Resultados Posttest, permanencia en la depresión.....	83

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Antecedentes

La etapa de embarazo y la espera del bebé son motivo de felicidad para la gran mayoría de mujeres, pero este sentimiento pueden verse afectado por la sintomatología depresiva después de la llegada de un hijo. Las mujeres son particularmente vulnerables a los cambios de humor durante el período de la vida reproductiva femenina. (Pariser, 1993 citado en Josefsson, Larsson & Nylander, 2007). La depresión posparto (DPP) es un grave problema que aqueja la salud mental de las mujeres que recién se han convertido en madres y se caracteriza por un periodo indefinido de trastornos emocionales. La DPP aparece días o meses después de tener un bebé y puede durar semanas o incluso meses si no llega a tratarse. Se estima que 1 de cada 7 mujeres puede presentar DPP y se conoce que afecta al 16.9% de las mujeres después del parto (APA, 2013).

Actualmente existe una categoría para el trastorno de DPP considerado como un grave problema de salud mental, que se define como un período prolongado de trastornos emocionales que se producen en un momento de cambio importante de la vida y el aumento de las responsabilidades en el cuidado de un recién nacido (APA, 2013). Hace algunos años en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la *American Psychiatric Association* (APA, 2000) la DPP aún no era considerada como un trastorno de salud mental, criterio que actualmente ha cambiado. Sin embargo, aún existen muchas especulaciones sobre los episodios de depresión en mujeres a partir del periodo de puerperio (Bernstein, Rush, Yonkers, Carmody, Woo et al., 2008). A pesar de que las causas o factores asociados con la DPP no están aún bien claramente establecidas, se considera que factores biológicos, psicológicos y sociales están

implícitos dentro de este trastorno, algunos con mayor prevalencia que otros (Dagher, McGovern, Alexander, Dowd, Ukestad et al., 2009).

La DPP se ha catalogado como componente importante de la depresión general debido a su incidencia a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) estima que la depresión se convertirá en una de las dos cargas de enfermedad grave en los países desarrollados para el año 2020. La incidencia de depresión en las mujeres es dos veces mayor que en los hombres, y la edad promedio de inicio es de 25 años (Malone, Papagni, Ramini, & Keltner, 2004). La prevalencia de la depresión prenatal oscila entre 7 a 35% a nivel general dependiendo de las herramientas de detección y una medición a tiempo (Bennett, Einarson, Taddio, Koren & Einarson, 2004; Campo, Hernández et al., 2006 citado en Wolff, Valenzuela, Zapata & Esteffan, 2009), “la DPP afecta a un 10 -15% de las madres” (O’Hara & Swain, 1996 citado en Josefsson et al., 2007, p.3 traducido por la autora).

En muchos países la DPP es considerada un problema de salud pública, pero en el Ecuador hoy en día las investigaciones son todavía limitadas, haciendo que la mayor cantidad de estudios se obtengan de otros países con más investigación en el tema. Se estima que la sintomatología depresiva posnatal está presente entre el 10 y el 20% de la totalidad de madres en Estados Unidos; en Europa, las cifras fluctúan entre el 20 y el 30%; en Japón la cifra está entre 40 al 50% (Hiroki Mishina, Yasuaki Hayashino & Shunichi Fukuhara, 2009). En el Ecuador no existen datos y ningún estudio estadísticos de la población de mujeres que han sufrido depresión posparto.

Para la Organización Mundial de la Salud (2007) y la *American Psychiatric Association* (2013) la DPP se la puede definir de una forma muy paradigmática como, “cualquier enfermedad depresiva no psicótica de leve a grave moderado que ocurre durante el

primer año posnatal.”(*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2002 citado en Mann, Gilbody & Adamson, 2010, p.295 traducido por la autora). Entendida la definición y comprendiendo la naturaleza de estos cambios negativos repentinos en las madres en etapa posnatal, hay que considerar además las implicaciones de estos síntomas y reflexionar tanto sobre el impacto que tienen en las madres, los recién nacidos, las parejas y la familia en general (Mann et al., 2010).

En la presente investigación, se considera que el factor del poder de la mente es un elemento fundamental para la disminución de síntomas depresivos. Varios estudios han demostrado que la aplicación de *mindfulness* explicado por Siegel (2010) como “estar atentos a plenitud de la experiencia que nos hace conscientes del mundo interior de la mente y nos sumerge por completo en nuestras vidas” (p.25) es capaz de “mejora la capacidad de regular las emociones, de combatir las disfunciones emocionales, de mejorar las pautas cognitivas y de reducir los pensamientos negativos” (p.27). *Mindfulness*, considerada como una habilidad atencional, permite centrar la mente en la relación con uno mismo para abrir nuevas posibilidades de bienestar, mejorando el funcionamiento del organismo y del cerebro (Siegel, 2010).

Para esta investigación las principales consideraciones son: Informar a las recientes madres sobre la DPP y la aplicación de ejercicios de *mindfulness* en mujeres que presentan sintomatología depresiva posnatal. La intervención consiste en la entrega de un tríptico informativo y material de apoyo CD con música de relajación y meditación); además de la explicación breve por parte de la investigadora. Todo esto con la finalidad de informar oportunamente para que las mujeres logren identificar los síntomas depresivos y apliquen, de

ser el caso, ejercicios de *mindfulness* que eliminen los riesgos y prolongación de los síntomas depresivos después del parto.

El problema

Identificar y diagnosticar sintomatología depresiva en mujeres en etapa de puerperio se ha convertido en un problema a nivel general, ya que no existe un control en la salud mental de la madre después de haber dado a luz. En el Ecuador, actualmente aún no hay un control o trabajo nacional o del sector de salud pública que se preocupe por el diagnóstico y tratamiento de las mujeres después del parto. Las investigaciones en otros países indican que 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). El inadecuado y poco conocimiento que existe acerca del tema hace que el estereotipo de que la fase perinatal es un periodo de felicidad en las madres se generalice, creando resistencia y subjetividad acerca del problema de la DPP (Oppo, Mauri, Ramacciotti, Camilleri, Banti et al., 2009, p, 239).

La detección temprana de la DPP es esencial debido a las consecuencias a largo plazo para la mujer, su hijo y la familia en general (Terredre & Charbrol, 2003 citado en Wood et al., 2007). El diagnosticar síntomas depresivos en las mujeres después del parto sería lo correcto para poder detectar y tratar a tiempo la depresión. Idealmente esto debe ser una labor del área encargada de salud mental materna en el área médica, “se ha demostrado que cuanto más tiempo es el retraso del diagnóstico y la intervención terapéutica, más prolongados serán los síntomas depresivos” (Wood et al., 2010, p.248 traducido por la autora).

Hipótesis de la causa del problema

Una de las barreras o posibles causas más significativas de este problema es la detección y tratamiento a tiempo de la depresión posparto, en algunos casos es que las mujeres carecen, niegan o minimizan sus síntomas de depresión (Glavin, Smith, Sørum, & Ellefsen, 2010). Asumir sus problemas y síntomas de depresivos después del parto suele ser difícil para algunas madres pero es necesario para el tratamiento. Las causas de la DPP no están determinadas en su totalidad, pero se conoce que el factor neuronal, hormonal y psicosocial son posibles causantes (Buultjens, Robinson & Liamputton, 2008).

Usualmente las mujeres después del parto no visitan a un profesional para tratar sus problemas o afecciones y no reciben ayuda profesional ni de sus familiares después del parto. Las primeras visitas al profesional de salud después del parto es acompañada de su bebé al médico pediatra; descuidándose de su control personal con el ginecólogo, quien en primera instancia podría diagnosticar cierta sintomatología negativa. Muchas veces el desconocimiento de los trastornos depresivos por parte de las mujeres después del parto, hace ocultar en ellas su sentir, incluso se avergüenzan y no se sienten seguras y dispuestas a manifestar su malestar emocional (Bernstein et al., 2008).

Existen muchos más factores desencadenantes de la DPP pero, el más predominante en el Ecuador es el desconocimiento y la poca atención que se le brinda actualmente a este trastorno. Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en la política 3.4 numeral h se manifiesta que, se debe priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno infantil y el riesgo obstétrico, y además de mencionar la prioridad por disminuir los índices nacionales de mortalidad en esta población vulnerable (Plan Nacional para el Buen Vivir,

2006 - 2013) pero no se mencionan medidas cautelares y el tema de DPP no es mencionado como un problema social.

Hipótesis de la solución del problema

La depresión es una reconocida y seria complicación del embarazo, los síntomas de la DPP suelen aparecer antes de la visita a un médico en los primeros meses; y su condición es poco probable de ser diagnosticada (Webster, Hall, Somville, Schneider, Turnbull, & Smith, 2006). A pesar de la creciente evidencia de la DPP, aún no se puede tratar eficazmente la prevención de la depresión o detección temprana de la misma (Glavin et al., 2010). Los esfuerzos de prevención en salud pública en otros países como Estados Unidos han impulsado la creación de herramientas de evaluación específicas para la detección de depresión en mujeres embarazadas (Preventive Services Task Force, 2002 citado en Bernstein et al., 2008). La posible solución de este problema es la aplicación de test o evaluaciones que miden los niveles de depresión, estos pueden ser predictores al valorar durante la rutina de la atención posnatal la sintomatología de las madres, con el fin de identificar la depresión temprana y reportar la necesidad de tratamiento que pueda aliviar los síntomas, el sufrimiento de las madres y su impacto nocivo tanto en el bebé como en su familia (Oppo et al., 2009).

En el estado de Nueva Jersey de Estados Unidos se aprobó una ley que requiere la detección de la DPP y el apoyo de programas para la capacitación e información a madres y profesionales con el fin de mejorar el manejo y la detección de la misma (Bernstein et al., 2008). En el Reino Unido y los Estados Unidos en los últimos años habido una gran cantidad de trabajo en el desarrollo de nuevos tratamientos contra la depresión y detección temprana (Holden, Sagovsky & Cox, 1989 citado en Bernstein et al., 2008). Y actualmente se considera

una opción para la detección de la depresión e identificación de las mujeres más vulnerables que antes de salir del hospital. Se sometan a un test que valore o mida los niveles de DPP (Moran & O'Hare, 2006). La gravedad de los síntomas determinará la modalidad terapéutica a utilizar y se considera que los mejores resultados de tratamientos se obtendrán de la combinación de factores físicos, psicológicos y sociales (Wolff et al., 2009).

Por ello una de las posibles soluciones es proporcionar información y motivar la búsqueda de tratamiento o apoyo a las pacientes, además contar con los instrumentos de detección aceptables para los médicos. Cualquier método utilizado debe ser sencillo, sostenible y debe tener un valor predictivo positivo razonable (Webster et al., 2006), por este motivo esta investigación plantea como parte de la solución la aplicación de un test que diagnostique a tiempo la DPP. El instrumento que valora los niveles de depresión y que se utiliza para esta investigación es la *Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo* (EPDS). Esta escala que fue originalmente desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en 1989 (Wood et al., 2010) y ha sido validada y traducida a varios idiomas por su efectividad, es un instrumento de auto informe que posee validez y fiabilidad en la detección de la depresión materna. Otra de las soluciones planteadas por la investigadora es, que después de la detección de la DPP se deba intervenir con tratamientos no invasivos a las pacientes y se plantea una intervención psicoeducativa.

Pregunta de investigación

La incidencia de mujeres que presentan sintomatología depresiva después del parto se incrementa a nivel mundial y se ha convertido en un problema silencioso en el área de salud pública, agudizándose por la poca información y estudio del tema, por esta razón se ha

planteado la siguiente pregunta de investigación *¿Cómo y hasta qué punto la intervención psicoeducativa y la aplicación de ejercicios de mindfulness pueden disminuir la sintomatología depresiva en las mujeres ecuatorianas después del parto?*

Contexto y marco teórico

Este estudio pretende investigar cómo la sintomatología depresiva en las mujeres en periodo posnatal puede mejorar después de una intervención psicoeducativa por medio de ejercicios de *mindfulness*. El enfoque de la investigación se fundamentará en la teoría de mente, cerebro y educación. Este estudio basa su investigación en la psicología de la DPP y en los factores psicosociales que afectan a las mujeres después de dar a luz. En el área de neurociencia se presenta los factores neurológicos que pueden influir en el desarrollo habitual de las funciones cerebrales que alteran la personalidad. En educación se estudiará el cómo conocer la fisiología, biología y anatomía del ser humano puede ayudar a autorregular la sintomatología depresiva.

Propósito del estudio

Este estudio tiene como propósito conocer la relación y la influencia de una intervención psicoeducativa basada en *mindfulness* para la disminución de la sintomatología depresiva en mujeres en etapa posnatal. En la investigación se espera obtener una visión más amplia de como al conocer sobre el tema de DPP y con la aplicación de ejercicios de *mindfulness*, las mujeres con sintomatología depresiva pueden disminuir o eliminar la depresión posparto o alguno de sus síntomas, proyectando a esta intervención como un posible tratamiento.

Significado del estudio

Las investigaciones indican que el 50% de las mujeres que presentan depresión no están debidamente diagnosticadas, y se conoce que cuanto más tiempo se retrasa la detección de síntomas y el inicio de la intervención terapéutica habrá más prolongación y agudización de síntomas depresivos (Woo et al., 2010). Existen varias barreras para la detectar la DPP ya que en algunos casos la mujeres carecen, niegan o minimizan sus síntomas de depresión (Glavin et al., 2010). Asumir sus problemas y síntomas de depresivos suele ser difícil para algunas mujeres pero es necesario para el tratamiento.

La investigación es relevante, porque en Ecuador no existe evidencia de la influencia de una intervención psicoeducativa y aplicación de ejercicios de *mindfulness* como posible tratamiento que se plantea en esta investigación para la reducción de sintomatología depresiva de las mujeres después del parto. Es importante determinar si la intervención propuesta puede ser considerada como un método de tratamiento para el futuro. Además de ser este un estudio de gran interés para los profesionales que trabajan en salud pública, los médicos, los docentes y psicólogos podrán profundizar en el estudio con temas complementarios que le permitan conocer, diagnosticar y prevenir a tiempo este tipo de depresión en las mujeres antes, durante y después del parto con el fin de disminuir la población en riesgo de este trastorno y mejorar la calidad de vida de las pacientes, sus bebés y familiares.

Definición de términos

Depresión.

La depresión posparto (DPP) es un grave problema de salud mental que se caracteriza por un período prolongado de trastornos emocionales, que se producen en un momento de

cambio importante de la vida y el aumento de las responsabilidades en el cuidado de un recién nacido. La DPP puede tener consecuencias significativas tanto para la nueva madre y la familia (APA, 2013).

Baby blues.

Los *baby blues* es un término en inglés que se refiere informalmente a la depresión leve que en la mayoría de las madres se presenta después del parto. Aproximadamente entre los 3 y 14 días (Edhborg, 2008). Hace referencia a los síntomas del estado de ánimo que son comunes en las primeras semanas y que generalmente se resuelven en pocos días sin ninguna intervención clínica (Bernstein et al., 2008).

Puerperio.

Considerado como el período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación (Diccionario Real Academia Española).

Edinburgh test.

La escala de *Depresión Posparto de Edinburgh* (EPDS siglas en inglés) fue originalmente desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987. La EPDS es un auto – informe de la escala de detección de la depresión materna y se compone de diez preguntas que incluyen elementos relacionados con la ansiedad, los sentimientos de tristeza, dificultad de concentración e ideación suicida (Wood et al., 2010).

Mindfulness.

Mindfulness definido como “*atención plena*” o “*atención consciente*” se la ha determinado como terapia que ayuda a mejorar la capacidad de regular las emociones, de combatir las disfunciones emocionales, de mejorar las pautas cognitivas y de reducir los pensamientos negativos (Siegel, 2010).

Presunciones del autor del estudio

Se presume en este estudio que en la metodología a utilizar se tiene un instrumento fiable para la detección de los niveles de depresión posparto. Al aplicar la escala de Edinburgh (EPDS) antes y después de la intervención psicoeducativa y *mindfulness* se cree que se evidenciará si la intervención causa/efecto tiene impacto real en la disminución de síntomas depresivos posnatales en las madres.

Supuestos del estudio

La autora supone que el conocer y estar informado sobre un tema ayuda a ser consciente de la realidad y ser colaborador nato de su problema de salud. Para la *American Psychological Association* (2013), la DPP es un grave problema de salud mental que se caracteriza por un periodo indefinido de trastornos emocionales y puede ser tratado si se diagnostica a tiempo. Por ello la investigadora sugiere que las madres en periodo posnatal deben ser capacitadas sobre el tema de DPP e intentar de manera independiente manejar algunos de los síntomas de depresión con ejercicios sugeridos de *mindfulness* basado en la relajación y meditación a través de la atención consciente.

En el capítulo siguiente se encuentra la revisión de literatura que es el marco teórico que sustenta la investigación de este tema. La revisión de literatura está dividida en tres temas principales: Depresión posparto, Posibles tratamientos, *Mindfulness* y Escala de Edinburgh y dentro de ellos subtemas que apoyan y sustentan la información de manera más profunda.

CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Descripción de géneros de la literatura

El género de investigación tiene una perspectiva en el estudio de mente, cerebro y educación. La literatura utilizada para este estudio tiene información proveniente de libros; *Cerebro y mindfulness* de Daniel J. Siegel, y *Mindfulness – Based Cognitive Therapy for depression* de Segal, Teasdale, & Williams; Tracey Tokuhama-Espinosa con su libro *Mind, Brain, and Education Science: A comprehensive guide to the new brain-based teaching*, literatura de Google Books y revistas académicas científicas de la base de datos de, *Google Academic*, EBSCO, ProQuest, ERIC, obtenidos de la universidad de Capella y USFQ. Las revistas y textos seleccionados van desde el año 2001 en adelante y contiene los diferentes enfoques de educación, psicología y neurociencia. La revisión de literatura se ha organizado de tal manera que el lector obtenga información que le permita comprender la temática, así como también facilitar la respuesta a la pregunta que guía esta investigación.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

La revisión de literatura comenzó con una lluvia de ideas del tema de interés para determinar palabras claves como *depresión*, *posparto*, *baby blues*, *neurotransmisores*, *neurología de la depresión*, *hormonas*, *trastornos emocionales*, *meditación*, *relajación*, *terapia psicológica*. La búsqueda de referencias se realizó electrónicamente en las bases de datos de EBSCO, ProQuest y ERIC. Para la selección de información se registró la fecha de publicación, no menor al año 2001 y para la revisión más sistemática y profunda después de haber leído los artículos hasta el momento encontrado se buscó términos más complejos como: Prevalencias de la depresión, riesgos de la depresión, test de medición de depresión,

cerebro y depresión, tratamientos psicobiológicos. Los estudios en su totalidad son en idioma inglés y no están delimitados por países. Luego se procedió a empatar la información de libros obtenidos de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito y los artículos electrónicos, constatando su validez científica y la relación de cada tema con la psicología, neurociencia y educación, permitiendo responder a la pregunta de investigación.

Formato de la revisión de la literatura

La literatura está organizada y estructurada por temas principales y subtemas dentro de los cuales se estudia: La depresión posparto, significado, síntomas y posibles causas. *Baby blues* con su significado, síntomas y factores; posibles tratamientos para la depresión posparto y la importancia de una intervención educativa; la intervención de *mindfulness* como posible tratamiento y; el test de escala de Edinburg como instrumento de medición de la depresión posparto.

Depresión posparto.

Para muchas mujeres la experiencia más profunda es dar a luz a su hijo porque en esta percibirá emociones intensas que implican tanto euforia extrema, sentimientos de felicidad mezclada de angustia, inestabilidad y ganas de llorar (Barrett & Fleming, 2010). Los rápidos cambios en las emociones y su intensidad pueden alterar las primeras impresiones de la madre y su experiencia con él bebé, creando expectativas positivas tanto como negativas. Como Barrett (2010) manifiesta, la etapa posnatal se considera un momento de agitación en la fisiología y psicología de la madre. Estudios han demostrado que hasta un 20% de las mujeres presentan síntomas de depresión en las primeras semanas y su aumento se evidencia con más claridad en los 30 primeros días posparto y pudiendo persistir durante un máximo de dos años.

Depresión Posparto (DPP) es un término aplicado a las depresiones que son frecuentes después del parto en las mujeres (Bernstein et al., 2008, & Oppo et al., 2009), considerada como una fase de gran vulnerabilidad en la que el bebé y su madre pueden presentar complicaciones que incluso podrían desencadenar en muerte. Por este motivo, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador considera fundamental la atención médica no sólo para la supervivencia inmediata de ambos, sino también para mejorar su salud a largo plazo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Coordinación Nacional de Nutrición, 2010).

La DPP, un grave problema de salud mental que se caracteriza por un período prolongado de trastornos emocionales, que se producen en un momento de cambio importante de la vida y el aumento de las responsabilidades en el cuidado de un recién nacido (APA, 2013), la DPP es señalada por la *American Psychological Association* (DMS- 4R) como la depresión que aparece días o meses después de haber tenido un bebé y puede durar semanas o meses si no se trata. Se estima que 1 de cada 7 mujeres puede presentar DPP, y se conoce que afecta al 16.9 % de las mujeres en etapa de puerperio (APA, 2013).

La DPP suele comenzar en los primeros días después del parto por lo general, y se resuelve espontáneamente después de un par de meses pero puede persistir y agudizarse (Josefsson et al., 2007). Este trastorno se manifiesta en múltiples síntomas que van desde el insomnio, fatiga, humor depresivo, imposibilidad de encontrar placer en general, concentración disminuida, pérdida de apetito y de peso, ansiedad, ataques de pánico, falta de valor, pensamientos suicidas y miedo de hacerle daño al bebé (Dagher et al., 2009; & Greenberg, Springen, Underwood, Figueroa, Westreich, & Pepper, 2001). La DPP también puede tener un efecto perjudicial en el ajuste personal y social de la mujer, en su relación

conyugal y la relación con el recién nacido. Debido a sus complicaciones a largo plazo es importante conocer, diagnosticar y tratarla a tiempo.

Tipos de DPP.

En la actualidad, se han clasificado a los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad de sus efectos en tres categorías; graves, moderados y pequeños o leve (Opp et al., 2009 p.240., Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price, & Gray, 2009). Los síntomas se pueden presentar en diferentes grados donde se incluyen labilidad emocional, irritabilidad, hiperactividad como síntomas leves; insomnio, ansiedad, ganas constantes de llorar, euforia como síntomas moderados; y en el otro extremo como síntomas profundos se encuentra la psicosis posparto, que se caracteriza por una depresión grave del estado de ánimo, con pensamientos desorganizados, pensamientos psicóticos y alucinaciones que a menudo se manifiesta con síntomas de bipolaridad (Bernstein et al., 2008). La psicosis se presenta en una a dos madres de cada 1.000, con estado de ánimo maníaco, incapacidad para dormir e hiperactividad principalmente. Esto puede conducir a pensamientos de hacer daño al bebé (Greenberg et al., 2009). En estos casos la hospitalización y la atención psiquiátrica suele ser la opción terapéutica más adecuada (Morán et al., 2006).

La depresión afecta negativamente a la calidad de vida de la madre, su relación con el bebé, su pareja y la familia en general (Dagher et al., 2009). La DPP se diagnostica cuando una madre se muestra con episodios de estado de ánimo negativos dentro de las primeras cuatro semanas posparto. La DPP crea un período de estrés y vulnerabilidad al medio que le rodea (Yong-Ku, Ji-Won, Kye-Hyun, Kang-Sub, & Young-Chul, 2008) por eso se recomienda conocer y saber evidenciar los primeros síntomas de depresión.

Síntomas.

La DPP, es un trastorno mental incapacitante que afecta del 10% al 15 % de las mujeres después del parto. Afecta negativamente la calidad de vida de la madre, sus relaciones sociales y las consecuencia de estas perturbaciones en la madre ocasiona que los bebés muestren: Menos contacto visual con la madre en el momento de la lactancia, menos afectos positivos, menos movilidad y ánimo de jugar, niveles altos de retraimiento, apego inseguro y más somnolencia que los bebés de madres no deprimidas (Moran et al., 2009). La DPP es independiente de edad, cultura, nivel de educación, número de partos, estado civil, entre otros. Es importante diagnosticar a tiempo los siguientes síntomas (*American Psychological Association* (DNS – 4R)) para buscar ayuda:

- Una pérdida de placer o interés en las cosas que antes disfrutaba, incluyendo el sexo.
- Ansiedad, ataques de pánico o de tiempo.
- Pensamientos de miedo.
- Sentirse culpable de todo.
- Excesiva irritabilidad, enojo o cambios de humor, agitación.
- Tristeza, llanto incontrolable por períodos muy largos de tiempo.
- El miedo de no ser una buena madre.
- El temor de quedarse sola con el bebé.
- Incapacidad para dormir, dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Falta de interés en el bebé, la familia y los amigos.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, o tomar decisiones.
- Los pensamientos de hacerse daño a sí mismo o el bebé.

Los síntomas que se observan comúnmente en las mujeres deprimidas en el periodo de posparto revelan estados de ánimo cambiante y fragilidad excesiva por él bebé (APA, 2000). La DPP se compone de *baby blues* durante la primera semana, estos síntomas tienden a ser más alto que la sintomatología depresiva en sí y suelen presentarse entre la cuatro y seis semanas después del parto (Edhborg, 2008). La aparición de *baby blues* en las madres alcanza un punto máximo en el cuarto día después del parto; como Edhborg (2008) menciona, esta es la etapa definida como el síndrome de blues.

Baby blues.

Los *baby blues* difieren de la DPP aunque presentan la misma sintomatología ya que se caracterizan por aparecer en los primeros días y desaparecen esporádicamente sin ningún tipo de intervención terapéutica (Moran et al., 2009; & Bernstein et al., 2008). Los síntomas más usuales son depresión leve, irritabilidad, llanto, frustración y la fatiga (Greenberg et al., 2001). Esta depresión es causada por algún factor causal único que se refleja entre el parto y el inicio del puerperio y se conoce que la DPP y los *baby blues* muestran una relación estrecha en el periodo posnatal (O'Hara, Lewis, Schlechte y Wright, 1991 citados en Bernstein et al., 2008). Estudios han demostrado que los blues aparecen o son causados principalmente por alteraciones hormonales (Edhborg, 2008) y su incidencia es del 80% en las mujeres en periodo posnatal.

Factores o causas.

Muchos factores se han encontrado como desencadenantes de la sintomatología depresiva después del parto. Barret et al., (2010) destaca entre los más importantes: Los relacionados con el parto y el cuidado de los niños, tales como los patrones de sueño, tipo de parto y la falta de apoyo social; y los no específicos tales como la historia de la depresión

fuera del periodo perinatal, fluctuaciones del estado de ánimo, nivel socioeconómico, la falta de apoyo social, acontecimientos estresantes recientes y estado civil conflictivo. Otras investigaciones hacen referencia a factores en el cambio hormonal en el periodo posnatal, la vulnerabilidad genética y el estrés ambiental (Josefsson et al., 2007).

Para la *American Psychiatric Association* (2012) los posibles factores desencadenantes de la DPP pueden ser:

- Un cambio en los niveles hormonales después del parto. Una declinación o fluctuación en las hormonas reproductivas, tales como el estrógeno y la progesterona, que puede predecir la depresión en las mujeres susceptibles.
- Experiencia previa de depresión y ansiedad, antecedentes personales o familiares de depresión.
- Factores estresantes agudos, incluyendo eventos específicos a la maternidad (por ejemplo, los factores de estrés de cuidado de niños) y otros eventos estresantes (por ejemplo, la muerte de un ser querido).
- Exposición a las toxinas, hacinamiento, la contaminación del aire y la dieta pobre, el estrato socioeconómico bajo, bajos niveles de apoyo social, y disfunción marital.
- Antecedentes familiares de depresión o enfermedad mental.
- Tener un bebé que llora más de lo acostumbrado, es difícil de consolarlo, o cuyas necesidades de sueño y el hambre son irregulares y difíciles de predecir.
- Tener un bebé con necesidades especiales (nacimiento prematuro, complicaciones médicas, enfermedad).

Las investigaciones hechas sobre el tema reflejan que la idea de la maternidad no es una unidad, sino más bien un conjunto o complemento de varios factores expuestos. Como menciona Stowe y sus colegas 1997 (citado en Maurer-Spurej et al., 2007) la maternidad está compuesta de varios sistemas psicológicos y fisiológicos a nivel del cerebro (Siegel, 2010). El embarazo y el parto representan un período de ajuste neuroendocrino, fisiológico y psicosocial donde la mente, los genes y el medio ambiente interactúan (Stowe, Owens, Landry, Kilts et al., 1997).

Existen muchas versiones sobre las causas de la depresión posparto, incluyendo una alteración o desorden hormonal, producción por la hormona del estrés cortisol (Buultjens et al., 2008) o la influencia de la disminución de serotonina (Maurer Spurei et al., 2007). Se incluirá también al desarrollo psicológico social como un factor fundamental de trastornos de emociones (Bernstein et al., 2008). A la genética se la considera como otra posible causa porque la depresión puede ser de carácter hereditario (Mosquera, 2007); el estrés y el ambiente también son factores que influyen en el desarrollo de la DPP (Josefsson et al., 2007). La teoría química de la depresión formula la hipótesis que los neurotransmisores no llegan correctamente a su destino produciendo que el impulso nervioso sea débil y causando así la depresión (Mosquera, 2007). Existen varias especulaciones y un sin número de factores señalados en investigaciones pero los síntomas son muy similares y varían según la intensidad.

DPP para la psicología.

Existen muchas posibles causas que provocan o profundizan la sintomatología depresiva en periodo posparto. Los factores psicosociales como la dificultad financiera, el estado civil, el apoyo de la pareja y familia, la pérdida de un familiar cercano, el ambiente

laboral, las dificultades obstétricas, eventos estresantes durante el embarazo entre otros son factores de riesgo en la predicción de DPP (Yong-Kukim et al., 2008; & Dalfen, 2009). Otros investigadores han hecho hincapié en los signos psicológicos tales como la ansiedad, la insatisfacción matrimonial, el auto-estima y algunas condiciones psicológicas asociadas a la depresión (Oppo et al., 2009).

En el periodo posparto se puede experimentar al mismo tiempo experiencias de alegría y eventos de alto estrés (Bernstein et al., 2008) y mujeres pueden experimentar en pocos días una amplia gama de emociones desde los *baby blues* hasta el desarrollo de síntomas más graves y persistentes que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor considerado ya como DPP (APA, 2000; Dietz et al., 2007, citados en Carter, Grigoriadis, Ravitz, & Ross, 2010). Las mujeres que se vuelven clínicamente deprimidas después del parto son más propensas a presentar dificultad para el desarrollo de un apego seguro y saludable con sus hijos (Carter et al., 2010). Por otra parte, tiene un impacto inmediato y duradero en problemas de crecimiento social, emocional y cognitivo ya que su bienestar se ve afectado en su totalidad (Carter et al., 2010).

El temperamento de las mujeres con DPP tiende a la anticipación, al miedo a la incertidumbre, timidez, son menos responsables y tienen poco control de los impulsos en su carácter (Josefsson et al., 2007). El estado de ánimo después del parto sin tratamiento y los trastornos de ansiedad afecta negativamente la interacción madre-hijo. Es fundamental considerar los riesgos y beneficios de la exposición del bebé con la enfermedad mental de la madre, por ello se sugiere en la psicología tratamientos como:

- Psicoterapia (Carter et al., 2010).
- 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).
- Tratamientos biológicos (Freeman, 2007; Maurer et al., 2007; & Myers, Young, & Scott, 2012).
- Tratamientos farmacológicos (Bernstein et al., 2008; Stowe et al., 1997; Epperson, Czarkowski, Ward-O'Brien, Weiss et al., 2001; Carter et al., 2010; & Manole et al., 2004).
- Psico-educación (Maurer et al., 2007; Bernstein et al., 2008; & Carter et al., 2010).
- Terapia cuerpo mente (Siegel, 2010; Segal, Teasdale, & Williams, 2013; Manzanque et al., 2010; Ramel, Goldin, & Carmona, 2004, et al).

DPP para la neurociencia.

El cerebro se ha abierto al campo de las neurociencias humanas y con ello a un amplio número de temas, entre estos el comportamiento neuroanatómico de la maternidad (Barrett et al., 2010). En la actualidad hay muy pocas investigaciones de la maternidad y sus riesgos en las funciones cognitivas y el estado psicosocial, por eso, se cree que las funciones cognitivas proporcionan una base importante para la calidad de la maternidad y la conducta materna. Barrett et al., (2010) mencionan que la interacción del afecto, el estado de ánimo y las primeras experiencias son factores determinantes de la conducta materna.

En cuanto a la conducta y las funciones cerebrales en etapa posparto se señala que:

- Una madre debe tener el comando atencional centrado en su hijo, que le permitirá ser sensible a las necesidades del infante, es decir, para responder de manera adecuada y oportuna a las necesidades de su hijo.
- Las funciones ejecutivas y la sensibilidad materna se correlacionan con las medidas de atención conjunta de desplazamiento, la memoria de trabajo espacial y una medida de atención sostenida.
- Además, debe mantener y manipular la información en memoria de trabajo para planificar y guiar la interacción y cuidado del bebé.
- Atención selectiva y apego (Barrett et al., 2010).

Con estas declaraciones se puede especular que las experiencias adquiridas se consolidan y se almacenan como recuerdos sensoriales y se basan en la plasticidad cerebral para determinar la calidad materna. Por lo tanto, “la madre requiere la acción de múltiples sistemas en los dominios de la sensación, percepción, afecto, recompensa, la función ejecutiva, los procesos motores, la producción y el aprendizaje” (Barrett et al., 2010, p.377 traducido por la autora). Cuando una madre está en riesgo de maternidad o cuando está sufriendo de síntomas depresivos puede verse afectada de manera integral. Por lo tanto, en este subtema revisaremos la base biológica de la maternidad, con especial atención en los avances recientes en el campo de la neurociencia.

Barrett y sus colegas (2010) mencionan que “el área pre óptica del hipotálamo, en el mesencéfalo ventral, cerebro posterior y los sistemas sensoriales límbico y cortical que se proyectan al hipotálamo se encuentra la región que contiene los receptores de todas las hormonas implícitas en la activación del comportamiento materno, incluyendo los receptores estradiol, progesterona, prolactina vasopresina, la oxitocina y opiáceos” (p.377 traducido por

la autora). Las neuronas que se proyectan en el hipotálamo también participan en cambios de comportamiento incluyendo cambios en: “el afecto de las madres (amígdala, corteza prefrontal), el estímulo relevancia (amígdala, estriado, núcleo accumbes), atención (corteza prefrontal medial), la memoria (núcleo accumbes y corteza prefrontal medial).” (Barrett et al., 2010, p.376 traducido por la autora)

Hormonas.

Dagher y sus colegas (2009) mencionan que, después de la labor de parto “las concentraciones séricas de progesterona, triyodotironina, tiroxina, cortisol y la liberación de corticotropina-hormonal fueron reportados como posibles etiologías relacionadas con el sistema endocrino causante de la depresión” (p.340 traducido por la autora). Se cree que en el transcurso del embarazo y mediante el período posparto, los cambios en los niveles de ciertas hormonas activan o afectan a las regiones clave del cerebro que aseguran que la madre esté especialmente atraída por su bebé y se muestre atenta y sensible a las necesidades de él, que aprenda de sus experiencias y se comporte apropiadamente (Barrett et al., 2010). Debido a los cambios bruscos y dramáticos que ocurren en los niveles hormonales después del parto, muchos estudios han examinado los factores hormonales en la depresión posparto.

La literatura revisada de estudios e investigaciones de los factores hormonales como posible causa de la DPP hacen gran énfasis en la progesterona, el estrógeno, la prolactina, el cortisol, la oxitocina, la tiroidea y la vasopresina (Heinrich, Gevensleben, & Strehl, 2007). Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol y estrona) y progesterona aumentan constantemente, como resultado de la presencia de placenta (Wyliel, Hollins, Marland, Martin, & Rankin, 2011). Con la eliminación de la placenta en el parto, los niveles de estrógeno y progesterona caen abruptamente, alcanzando niveles bajo el límite normal por

el quinto día después del parto. Los niveles de beta-endorfina, la gonadotropina coriónica humana, y el cortisol también aumenta en el embarazo, alcanzando un máximo a corto plazo y la disminución en el parto (Manole et al., 2004).

Estudios recientes han reportado que la suplementación de estrógeno reduce significativamente los síntomas depresivos posparto. En un estudio a cuatro mujeres con antecedentes de DPP, en una primera entrega recibieron hasta 10 mg de Premarin (terapia de reemplazo hormonal) al día, equivalentes a cerca de 15 veces la dosis usual para los síntomas de déficit de estrógenos. En el seguimiento posterior de estas mujeres (12 meses después) ninguna de ellas experimentó una recurrencia de la depresión, a pesar de que el riesgo previsto de recaída subió del 35% al 60% (Manole et al., 2004).

Así mismo, la prolactina eleva sus niveles al final del embarazo y cae a la tercera semana después del parto en mujeres con hijos no lactantes. En las madres en periodo de lactancia, los niveles de prolactina se mantienen altos durante varios meses, pero disminuyen con el tiempo (Wylliel et al., 2011). El papel de la prolactina en la psicopatología ha sido relacionada con la ansiedad, la depresión y la hostilidad en mujeres no embarazadas (Manole et al., 2004).

Diagnóstico.

Los esfuerzos del área de salud pública a nivel mundial para detectar la DPP ha ido en aumento y la búsqueda de tratamientos ha evolucionado (Bernstein et al., 2008). Los exámenes físicos, los grupos de control y apoyo, la psicoterapia, los tratamientos no invasivos, administración de antidepresivos y medicamentos contra la ansiedad son algunos de los tratamientos vigentes (Greenberg et al., 2001). La detección temprana y el tratamiento

marcan la diferencia, los tratamientos usuales para la DPP incluyen diversas formas de psicoterapia y a menudo va acompañados con medicación antidepresiva (APA, 2013).

A continuación se ampliara la discusión de métodos o procesos para la detección y manejo de la DPP, pero antes se menciona el instrumento de detección más utilizado en el mundo en casos de DPP y algunas sugerencias que la *American Psychological Association* (DMS- 4R) señalan como medidas que se deben tomar en cuenta como primeros pasos:

- Buscar la ayuda de un psicólogo o médico de cabecera.
- Hablar abiertamente de sus sentimientos con su pareja, otras madres, amigos y familiares.
- Buscar un grupo de ayuda para madres
- Encontrar un familiar o amigo cercano que le ayude con él bebé
- Intentar descansar y dormir, si tiene insomnio dígaselo a su medico
- Tratar de reducir responsabilidades menos importantes
- Salir, caminar y hacer ejercicio

Instrumento de detección DPP.

Escala de depresión Edinburgh.

Algunos estudios han demostrado que hasta un 50% de las mujeres con casos de DPP no son diagnosticadas (Barrett et al., 2010), estos porcentajes son alarmantes ya que indican que aunque la mayoría de las mujeres afectadas visitan a un médico en los primeros meses después del parto, la condición de ser diagnosticada es poco probable. La única manera de detectar trastornos de depresión posparto es con la aplicación de algún test especializado, solo así es posible identificar a las mujeres vulnerables en este periodo posparto. Lo óptimo sería aplicar estos test en las salas del hospital después del parto, antes de salir a las casas con sus

hijos en brazos como sugiere Webster y colegas (2006) con el fin de proporcionar información y sugerir tratamiento de apoyo o de referencia a un especialista si es necesario.

La escala de depresión posnatal de Edinburgo (EPDS) es una de los test más utilizados para la detección de la depresión postparto a nivel mundial (Oppo et al., 2009). Y fue originalmente desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987. Esta escala de depresión es un auto informe que posee validez y fiabilidad en una fuerte detección de la depresión materna (Wood et al., 2010). Esta escala ha sido validada en el embarazo y en el posparto (Oppo et al., 2009).

Recientes investigaciones han sugerido que este instrumento puede ser considerado como multidimensional debido a su facilidad en la aplicación (Jomeen & Martin, 2007). Años atrás, se aplicaba seis semanas después del parto, sin embargo, la detección temprana y el tratamiento de DPP pueden resultar cruciales para la vida de la madre y el niño y, por su bienestar se ha determinado que es mejor aplicar el test dos días después del parto (Sharan, Kaplan, Weizer, Sulke & Merlob, 2006). El instrumento debe ser aplicado por un profesional de salud debidamente capacitado y solo lleva cinco minutos completarlo.

La EPDS ha sido traducida y validada a muchos otros idiomas (Gibson et al., 2009) y está compuesta de 10 preguntas que incluyen elementos relacionados con la ansiedad, los sentimientos de tristeza, dificultad para dormir y pensamiento de causar daño. Los encuestados califican cada uno de las 10 respuestas en un rango entre cero y cuatro puntos (Webster et al., 2006). Para Hiroki Mishina y sus colegas (2009) esta herramienta es de gran confiabilidad para criterios de diagnósticos en investigación para la depresión ya que tiene “una sensibilidad de 86% y especificidad del 78%” (p.49 traducido por la autora).

La limitación de este test, es que es considerado como un instrumento de diagnóstico clínico que se nutre únicamente de los correlatos psicológicos de la depresión pero no toma en cuenta factores sociales como el apoyo familiar, comunitario e incluso económico siendo estas condiciones asociados a los factores de la depresión (Webster et al., 2006). Es por eso que hay que tomar en cuenta todos los factores adicionales de los pacientes antes de intervenir con un tratamiento de depresión. El EPDS para este estudio nos servirá como un indicador de posible depresión posparto en las madres estudiadas, el que nos permitirá comparar valores de los puntajes del test antes y después de la intervención, mas no, como una herramienta dictatorial de diagnóstico clínico.

Intervenciones.

Tratamientos para DPP.

Varios estudios se enfocan en la aplicación de tratamientos con evidencia de su impacto a corto y largo plazo en las mujeres con sintomatología depresiva posparto, con el fin de aliviar meses de sufrimiento para la madre y disminuir el impacto nocivo para su hijo (Oppo et al., 2009). Los tratamientos no farmacológicos incluyen:

La psicoterapia.

La psicoterapia interpersonal, parece ser eficaz para la DPP e incluso en la prevención de la depresión en mujeres con riesgo. La psicoterapia interpersonal es una psicoterapia breve y centrada en el contexto interpersonal de la depresión (Carter et al., 2010). De acuerdo con la psicoterapia, los síntomas depresivos siempre se producen en un contexto social y puede estar asociados con las relaciones interpersonales, mejorando la capacidad de negociar un mundo interpersonal contribuyendo a la reducción de los síntomas depresivos. La psicoterapia desarrollada para hacer frente a una serie de conflictos psicológicos desafortunadamente no

está al alcance de muchas mujeres, porque tienen dificultades económicas o de tiempo que limitan su participación en la psicoterapia (Carter et al., 2010).

La terapia interpersonal se desarrolló para tratamientos agudos de depresión y para terapia de mantenimiento en pacientes que tenían depresión, pero estas terapias han sido adaptadas para ser utilizadas como tratamiento para la depresión antes y después del parto específicamente (Bernstein et al., 2008). Lo que ha hecho atractiva a esta terapia es su enfoque en la perturbación de las reacciones interpersonales “con énfasis particular en conflictos interpersonales como por ejemplo con la pareja o miembros de la familia” (Bernstein et al., 2008, p.1263 traducido por la autora).

Terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo conductual se centra en “las interrelaciones entre los pensamientos, el afecto, la conducta, reacciones físicas, y el medio ambiente, ofrece educación acerca de las interrelaciones entre cada uno de estos dominios, e incluye las estrategias de un cambio positivo en cada destino” (Maurer et al., 2007, p.491 traducido por la autora). Esta terapia se ha aplicado para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación, con una tasa de éxito de 52% a 97%. Varios estudios reportan que es tan eficaz como la medicación para el tratamiento de síntomas de depresión en niveles que van de leve a moderado (Maurer et al., 2007).

En un estudio 22 mujeres, escogidas al azar de entre 48 mujeres, que presentaban DPP, fueron divididas en tres grupos: el primer grupo, recibió cinco semanas de terapia cognitivo conductual; el segundo, recibió ocho semanas; y el tercero fue un grupo control sin tratamiento. Los resultados de este estudio demostraron que aquellas mujeres que recibieron cinco u ocho semanas de tratamiento se recuperaron significativamente más rápido que sus

contrapartes no tratadas (Carter et al., 2010). El estudio de comparación aplicó diferentes tipos de tratamiento para la DPP; atención primaria de asesoramiento general, terapia cognitivo conductual y la terapia psicodinámica. Inicialmente, las mujeres que recibieron terapia cognitivo conductual o psicoterapia tuvieron mejores resultados que los otros dos grupos que no recibieron intervención. Después de nueve meses, sin embargo, no se observó diferencias entre los tipos de tratamiento psicoterapia o terapia cognitivo conductual. Lo que el estudio encontró fue que las terapias disminuyeron la sintomatología depresiva y mejoraron la interacción madre – hijo (Carter et al., 2010).

Terapia de grupo.

Para Buultjens y sus colegas (2008), la terapia grupal de mujeres puede ser una manera eficaz de tratar la depresión, considerando lo valioso que puede ser el discutir y compartir experiencias similares entre madres. Los temores y las experiencias de cada una de las integrantes hacen que en ellas se desarrolle la capacidad de hacer frente a sus problemas. Para la psicología, es muy importante la relación de apego con la familia, pareja e incluso el ambiente de trabajo para el tratamiento de trastornos depresivos (Carter et al., 2010).

En el estudio realizado por Dagher y colegas en el 2009 se “examinaron los correlatos de la DPP en once semanas después del parto, centrándose en los factores de estrés relacionados con el trabajo, aplicando al trabajo como demanda de control-apoyo” (p.339 traducido por la autora). Los resultados de este estudio mostraron que el control y apoyo de la empresa y los compañeros de trabajo como sustituto funcional, redujeron los síntomas de DPP en mujeres que trabajan. Esto demuestra que el apoyo social y el efecto de bienestar ayudan a la madre a superar su depresión.

Además, investigaciones han demostrado que la angustia es un factor de riesgo para la DPP y que en el periodo posparto, las madres como reacción ante los cambios y las expectativas de su nuevo rol desarrollan estrés y angustia constante creando conflicto en las relaciones sociales. En un estudio de comparación se investigó a dos grupos de parejas, a un grupo de estudio quienes recibieron psicoterapia grupal y un grupo de control que no recibió intervención alguna. Después de haber recibido 24 semanas de sesiones se notó una diferencia significativa en las parejas de los dos grupos, el grupo de estudio presentó mayor grado de satisfacción con la maternidad y paternidad frente a la tensión asociada a la nueva responsabilidad, que el grupo de control (Carter et al., 2010).

Terapia de escucha.

Otro tratamiento planteado por Bernstein y colegas (2008) se enfocó en una intervención terapéutica en el Reino Unido de visitas para escuchar durante los periodos posparto. Las visitas se realizan en la casa de las pacientes durante cuatro a seis sesiones. “Las visitas se basan en escuchar al paciente e incluyen la escucha reflexiva y un enfoque hacia el problema a resolver” (p.1262 traducido por la autora). Este modelo ha sido aplicado en el Reino Unido y en Suecia y ha acumulado evidencia de su eficacia (Holden, Cooper et al., 2003; Morrell et al., 2009; Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica, 2007 citado en Bernstein et al., 2008).

En el estudio de Mann y colegas (2010) se busca una opción de tratamiento eficiente para las madres con DPP. Este estudio, que es una revisión sistemática de 21 estudios de prevención e intervención para DPP, encontró que terapias psicológicas y psicosociales son sugeridas como soluciones a corto plazo. Un estudio reciente de Morrell y sus colegas (2009) citado en Mann y colegas (2010) evidencia que las vistas de salud pueden ser un mecanismo

para identificar y tratar la depresión posparto. Los efectos positivos a largo plazo se manifiestan en la participación relevante de los líderes de la terapia que pueden ser las enfermeras de salud pública, pero este estudio presenta limitaciones para otros países ya que la inversión para visita de enfermeras a cada paciente resultaría un servicio bastante costoso.

Una combinación de asesoramiento y técnicas de la psicología cognitivo-conductual, que incluya la resolución de problemas y visitas a los hogares proporcionados por los visitantes de la salud o profesionales capacitados en el área, podría ser otro de los tratamientos. Buultjens y colegas (2008) menciona que el asesoramiento y técnicas cognitivas en un estudio aplicado a 70 mujeres con depresión, reportaron reducción de resultados muy significativos en las puntuaciones de la DPP. Resultados similares son reportados por Moran y colegas (2000), donde utilizaron la terapia centrada en las relaciones interpersonales en 99 mujeres deprimidas. Cooper y Murray (1997) citados en Buultjens y colegas en su proyecto piloto (2008), utilizaron terapia de grupo en 194 mujeres con DPP y se demostró ser una terapia altamente efectiva. Según los investigadores “la terapia grupal en depresión posparto es muy valiosa, ya que permite discutir y compartir experiencias similares, temores y expectativas poco realistas que a su vez puede aumentar la capacidad de la madre para hacerle frente” (Buultjens et al., 2008, p.182 traducido por la autora). Esto nos indicaría que utilizando este tipo de terapia grupal se podría mejorar la sintomatología depresiva.

Tratamientos biológicos.

Se ha demostrado los efectos biológicos, como los tratamientos con luz brillante (Freeman, 2007; & Maurer et al., 2007). En los casos de depresión severa, la terapia electroconvulsiva se considera una opción de tratamiento seguro y eficaz, siempre que se tomen precauciones apropiadas (Freeman, 2007). El ejercicio físico se ha observado que tienen

menos efectos, aunque se recomienda 30 minutos de ejercicio diario durante el embarazo para prevenir las depresiones (Myers et al., 2012; Freeman, 2007; & Maurer et al., 2007). Además, en lo que se refiere a los tratamientos nutricionales se ha encontrado que la omega-3 para el tratamiento de la depresión ayudan al desarrollo de la aceptación y tolerancia en mujeres embarazadas y etapa posnatal (Freeman, 2007). Otros tratamientos complementarios han sido investigados para el tratamiento de los trastornos del humor, depresión y la ansiedad en el período perinatal donde se incluyen ejercicios, masajes, tratamientos con hierbas y acupuntura (Maurer et al., 2007).

Tratamientos farmacológicos.

Por último se cuenta con la terapia a base de fármacos: la utilización de antidepresivos. Esta terapia es la que más debatida y controversial para el tratamiento de la DPP debido al periodo de lactancia, ya que muchos compuestos de los medicamentos son absorbidos por el bebé a través de la leche materna (Bernstein et al., 2008). La escasez de evidencia empírica que apoye la eficacia de los tratamientos no farmacológicos, junto con los informes de las consecuencias negativas de trastornos de depresión no tratados, hace que los medicamentos psicotrópicos sean tomados en cuenta como posible tratamiento de primera línea para las mujeres que experimentan graves síntomas de depresión (Bernstein et al., 2008). Pero el dilema es “amamantar o no”, cuando los bebés no lactan de su madre se dice que pierden mucha protección importante para su salud y la de sus madres (Freeman, 2007).

Las investigaciones sobre los medicamentos psicotrópicos en la leche materna y efectos sobre los lactantes alimentados con leche materna, a menudo se limitan a los informes de casos o estudios muy pequeños. A veces no hay datos en absoluto, la cantidad de droga

que se ha encontrado en el suero de la leche materna al parecer es mínima, y no hay evidencia que pruebe que no puede causar daño al lactante (Buultjens et al., 2008).

Un estudio destacó el papel crucial de la terapia antidepresiva farmacológica en la estabilización de los estados de ánimo en las mujeres embarazadas que sufren de depresión. Este estudio encontró que las mujeres que presentan problemas de depresión y ya tienen un tratamiento antidepresivo y lo dejaron de tomar durante el embarazo tenían cinco veces más probabilidades de recaídas de episodios de depresión que los que continuaron la medicación, se encontró un 75% de recaídas después de haber dejado los antidepresivos (Freeman, 2007). Es importante mencionar que el 26% de las mujeres que permanecieron con sus medicamentos durante el embarazo sufrieron una recaída a pesar de este régimen continuo (Maurer et al., 2007).

Inhibidores de Serotonina.

El embarazo y el parto representan un período de ajuste neuroendocrino y psicosocial durante los cuales hasta un 10% de las mujeres cumplen con los criterios de depresión mayor (Stowe et al., 1997). Se cree que en el transcurso del embarazo y mediante el período posnatal, los cambios en los niveles de ciertas hormonas afectan a las regiones claves del cerebro para asegurar que la madre esté especialmente atraída a su bebé, que esté atenta y sensible a las necesidades del él, que aprenda de sus experiencias y que se comporte apropiadamente (Stowe et al., 1997). También se ha observado que las enfermedades psiquiátricas aumentan significativamente en el período posparto (Buist, 2001 citado en Malone et al., 2004).

Históricamente, se ha recomendado que las intervenciones no farmacológicas se apliquen antes de utilizar agentes psicotrópicos o terapia electroconvulsiva en el tratamiento

de la depresión en mujeres en lactancia (Stowe et al., 1997). Sin embargo, los recientes cambios en el cuidado de la salud limitan las opciones no farmacológicas, tales como sesiones de psicoterapia con frecuencia y la hospitalización del paciente sin medicamentos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se utilizan para una variedad de trastornos psiquiátricos, y sólo hay datos limitados sobre los posibles efectos neuroconductuales en los niños lactantes (Stowe et al., 1997).

Durante las últimas tres décadas, se ha acumulado evidencia que apoya un papel preeminente para la disfunción serotoninérgica en la fisiopatología de la depresión. En consecuencia, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han considerado por ser altamente eficaces en el tratamiento de depresión (Maurer et al., 2007). Los resultados de un estudio apoyan la utilidad de los inhibidores de plaquetas como un indicador periférico para la depresión posparto y la respuesta al tratamiento. En el estudio de Maure y colegas (2007) se demostró que los niveles de serotonina son significativamente más bajos de plaquetas en las mujeres con depresión posparto, en comparación con los grupos de control de mujeres sanas, sin depresión. La recaptación de serotonina a menudo es la primera opción para el tratamiento de la depresión debido a los pocos efectos secundarios, algunos de los inhibidores de serotonina son la serotonina, citalopram, fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, sertralina, olanzapina, clozapina, benzodiazepinas, entre otros (Malone et al., 2004).

Otros estudios demuestran que los serotoninérgicos influyen en la neurogénesis, morfogénesis y comportamiento de la madre durante la gestación y la primera infancia del bebé (Epperson et al., 2001). El citalopram es un inhibidor de serotonina relativamente nuevo y es similar a la fluoxetina (Prozac) y sertralina (Zoloft) muy comunes en el mercado farmacéutico. Estos fármacos tienen una vida media corta de 35 horas y son absorbido en un

80% por la madre, y el nivel de citalopram en la leche materna después de la administración de 20mg alcanzó un máximo de permanencia de nueve horas (Epperson et al., 2001). Según un estudio (Manole et al., 2004), recibió aproximadamente el 5% de la dosis de la madre, lo cual ajustado al peso y no produjo efectos adversos en el bebé. En otro estudio Hale (2002) citado en Manole y colegas (2001) se presentaron evidencia de somnolencia excesiva, falta de apetito y pérdida de peso en los bebés expuestos a citalopram.

Así mismo, las benzodiacepinas se utilizan con frecuencia en las mujeres después del parto para controlar la ansiedad, trastorno de pánico, y convulsiones (Maurer et al., 2007). El riesgo de la lactancia materna durante el uso de los medicamentos sigue siendo un tema polémico y de investigación. La APA (2000) clasifica a las benzodiacepinas como "medicamentos en los que el efecto en los lactantes se desconoce, pero puede ser motivo de preocupación" (p.776 traducido por la autora). A pesar de que las indicaciones no excluyen el uso de las benzodiacepinas en las mujeres que dan de lactar, a muchas de ellas se les aconseja no amamantar a sus bebés.

Payne citado en Burbeck, Pilling, Tomson, McDonald, & Payne (2008) menciona que las terapias psicológicas son igualmente eficaces y más seguras que los medicamentos, sobre todo en la depresión menos grave. Se recomienda que los tratamientos psicológicos se deban ofrecer sin demora a fin de evitar los riesgos asociados a los antidepresivos. Debido a la sensibilidad de la madre en este periodo de presión posnatal, esta se encuentra perturbada y el niño puede desarrollar un apego inseguro con su madre, que posteriormente afectara al niño en su desarrollo emocional y cognitivo (Glavin et al., 2010), por lo tanto identificar y tratar la depresión pospartos es lo primordial.

DPP para la educación.

Intervención Psicoeducativa.

Una tarea central es revisar a la paciente para identificar los síntomas actuales, hacer el diagnóstico (de la depresión), y proporcionar la dirección correcta de la psico-educación durante el periodo de puerperio (Carter et al., 2010). Al igual que en la psicoterapia tradicional, es importante informar a la paciente para que ésta pueda conocer acerca de sus problemas y sugerir los posibles tratamientos para aliviar la depresión. Reconocer la necesidad de ayuda y apoyo es el segundo paso, y como tal, y desde ese momento la paciente se encuentra temporalmente liberada de sus obligaciones sociales habituales, ya que estará participando activamente como agente de su propia recuperación (Maurer et al., 2007).

Se ha sugerido que una intervención educativa para madres y padres también puede disminuir los síntomas de DPP. En Canadá, Reino Unido y Australia se aplicó un estudio donde las madres embarazadas fueron expuesta a una intervención educativa y los resultados encontrados fueron significativamente más eficaces que la terapia con antidepresivos (Bernstein et al., 2008). Se demostró que las mujeres que saben qué es la DPP y sus características específicas, quizá debido a la información previa obtenida o asociada a anteriores partos, no sufren síntomas tan profundos de depresión (Bernstein et al., 2008). Esto da lugar a pensar que la intervención educativa para informar a las madres sobre el tema de DPP puede atenuar o eliminar sintomatología dependiendo del nivel de profundidad.

Carter y sus colegas (2010) demuestran que en este tratamiento, el médico o investigador “hace hincapié en la forma en que la paternidad representa un período de ajuste en la vida de cualquier pareja, y como cualquier cambio, está acompañado por el estrés” (p.376 traducido por la autora). Tal explicación educa a la pareja y coloca a los síntomas de la

depresión posparto en un contexto que sirve tanto individual como para validar el cambio que significa la paternidad de los dos miembros de la pareja (Carter et al., 2010). Se dice además que es importante informar a las madres sobre la sintomatología depresiva después del parto, ya que existen mujeres que en su segundo embarazo ya son capaces de diagnosticar cambios o alteraciones (Bernstein et al., 2008). Un estudio de comparación con 16 sesiones semanales de educación a los padres para tratar la depresión durante el embarazo mostró que aquellos que recibieron información, experimentaron una mejoría significativamente mayor en el manejo de los síntomas depresivos, que el grupo no tratado (Maurer et al., 2007).

Intervención cuerpo y mente.

Según la definición del *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM, 2008): "la medicina cuerpo - mente se centra en las interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento y las formas potentes en las cuales los factores emocionales, mentales, sociales, espirituales y conductuales pueden afectar directamente la salud" (Mason et al., 2008, p.210 traducido por la autora). Mason y Hargreaves (2001) muestran que la intervención cuerpo y mente puede ser utilizada en diferentes situaciones clínicas como el control del dolor (Smith 2006; Uman 2006 citado en Mason et al., 2001), la depresión (Shiha 2009 citado en Mason et al., 2001), el abandono del hábito de fumar (Carmodi 2008 Mason et al., 2001) y en la atención pediátrica (Galantino 2008 Mason et al., 2001).

Dentro de esta categoría se encuentra *Mindfulness*, intervención basada en la atención consciente que es una antigua técnica de meditación que estudia la naturaleza de la mente con un nombre moderno *mindfulness* donde interviene la psicología, la educación y la neurociencia. Tiene sus raíces en el budismo Zen, que da significado *al aquí y al ahora*, es

decir al momento como momento (Manzaneque et al., 2010). Con el fin de lograr que las personas sean conscientes de sus problemas reales en el “*aquí y el ahora*” (Siegle, 2010). Las intervenciones cuerpo - mente pretenden mejorar la capacidad para el autoconocimiento y el autocuidado y brindar la oportunidad de un aumento de la adaptabilidad, el crecimiento personal y la autoestima, proporcionando herramientas para mejorar el estado de ánimo, la calidad de vida y el afrontamiento (Ramel et al., 2004). Las intervenciones cuerpo mente incluyen la meditación, las imágenes, la hipnosis, el yoga, entre otras para tratar un trastorno médico específico o para prevenir enfermedades (Ramel et al., 2004).

Mindfulness.

Al conocer, reconocer y autorregularse se puede crear mayor bienestar. *Mindfulness* es un tratamiento no invasivo a través del cual los pacientes controlen y cambien 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). En la década de 1960 en la Universidad de Chicago, el Dr. Joe Kamiya encontró que las bajas frecuencias de las ondas cerebrales alfa, que se asocian con la relajación y la meditación, eran entrenables a través del refuerzo positivo, y que estados deseables del cerebro podría lograrse y mantenerse (Myers et al., 2012). Esto indica que la terapia de *mindfulness* enseña a los pacientes a autorregularse con el fin de lograr bienestar.

Es un tipo de terapia que busca que los pacientes logren entender su comportamiento neurobiológico para asimilar en el momento las alteraciones que sufre su organismo y así poder regularlo (Heinrichm et al., 2007). A través de esto se pretende “ayudar a las personas a aprender a alterar sus estados de conciencia, promoviendo así el acceso al material inconsciente” (Myers et al., p.327 traducido por la autora). Dentro del tratamiento de

mindfulness se menciona la importancia de la meditación y relajación como principios fundamentales en la que se basara el estudio.

“Uno de los objetivos de *mindfulness* consiste en cultivar una comprensión de la mente basada en la experiencia. Llegamos a conocer no solo nuestras propias mentes, sino también nuestro mundo interior” (Siegel, 2010, p.17). *Mindfulness* emplea el término “*cerebro atento*” para abarcar la idea de que la atención o el entender de manera consciente se relacionan íntimamente con el cerebro y la mente. Muchas formas de oración, meditación, relajación incitan a las personas a conectarse con la mente o con su interior. “Se ha demostrado que la oración y la afiliación religiosa en general se asocia a un incremento de bienestar” (Siegel, 2010, p.30). La aplicación clínica de la meditación frente a problemas de salud como dolores crónicos, alteraciones emocionales, problemas psiquiátricos, estrés, ansiedad, depresión han demostrado que es posible enseñar a utilizar efectivamente estas habilidades de concentración (Siegel, 2010).

Para Manzaneque y colegas (2010) la meditación consciente es una antigua técnica de meditación con un nombre moderno *mindfulness*, donde interviene la psicología, la educación y la neurociencia. En la práctica, lo que pretende esta filosofía es que la mente se centre de manera concreta en algo específico con el fin de lograr que se desarrolle una forma específica de atención, pudiendo así alcanzar el alivio al sufrimiento (Siegel, 2010). En la actualidad, las investigaciones han demostrado que su aplicación mejora trastornos fisiológicos, psicológicos e interpersonales.

Mindfulness ha sido utilizado en el campo de salud mental, especialmente en el área psicoterapéutica. Se ha demostrado que *mindfulness* ayuda a reducir síntomas e incluso influye en la prevención de las recaídas en trastornos depresivos (Siegel, 2010). *Mindfulness*

es una intervención completa para este tipo de estudio, ya que se complementa con las tres áreas a investigar que son la psicología, la neurociencia y la educación. Psicología porque es parte de una terapia cognitiva conductual donde el terapeuta pasa a ser un educador intentado hacer responsable al paciente de su problema clínico, ser consciente de los sentimientos, pensamientos y emociones a cada momento. Educación porque esta intervención requiere que el paciente conozca, sepa y esté informado. Solo quien se conoce se puede hacer consciente de la realidad que vive. Neurociencia porque *mindfulness* es una parte de la terapia de neurobiofeedback, la que sustenta su validez en los principios de la neurociencia.

Además, se considera que *mindfulness* tiene una integración y fundamentación, consiguiendo hacer consciente un problema clínico como la DPP a través de la atención plena de lo que sucede en el cerebro y como se refleja esto en el organismo, es lo que permitirá a las madres que presenta sintomatología depresiva ser más consciente, responsables, y estar más interesadas en controlar sus estado emocional (Segal et al., 2013). “Explorar los mecanismos cerebrales que pueden estar relacionados con *Mindfulness* permite ver la conexión que existe entre la visión cotidiana y habitual que se tiene de él, la utilización educativa de sus conceptos cognitivos y la utilización clínica que se hace de la atención consciente y reflexiva en consultas médicas y psicológicas” (Siegle, 2010, p.40).

Mindfulness es una forma especial de atender, donde el reflexionar nos permitirá un cambio posible. Como Siegel (2010) manifiesta *mindfulness* es centrar la atención de manera intencional para transformar nuestra vida. El desarrollar la habilidad de la atención plena proporciona, efectivamente, un gran alivio a las personas con trastornos de estado de ánimo, esto es lo que manifiesta Siegle (2010) como reporte de uno de sus pacientes con depresión

crónica. Y reporta que le ha ayudado mucho la técnica de *mindfulness* para prevenir las recaídas.

Siegel cita a Baer y sus colaboradores (2006) quienes presentan cinco factores comunes de *mindfulness*:

- 1.- La no reactividad ante la experiencia interna (por ejemplo percibir las emociones y los sentimientos sin reaccionar ante ellos).
- 2.- Observar, percibir, atender a las sensaciones, a las percepciones, a los pensamientos y a las emociones (por ejemplo seguir presente ante emociones que pueden resultar desagradables o dolorosas).
- 3.- Actuar conscientemente no como en piloto automático, concentración ausencia de distracción a no prestar atención o a estar pensando en otra cosa.
- 4.- Describir etiquetar con palabras (por ejemplo, plasmar con facilidad las creencias, las opiniones y las expectativas en palabras).
- 5.- No juzgar la experiencia (como sería criticarse por tener emociones irracionales o inapropiadas) (2010).

Historia de Mindfulness.

A mediados de la década de 1970, Jon Kabat – Zinn se dedicó a buscar la relación entre la medicina y *mindfulness*. Inició sus investigaciones en el centro médico de la Universidad de Massachusetts con la colaboración de Richard Davidson de la Universidad de Wisconsin en Madison. Kabat – Zinn y Davidson implementaron la clínica de Reducción del Estrés Basada en el Mindfulness (MBSR, siglas en inglés), donde llevaron a cabo el programa con pacientes desde dolores de espalda hasta pacientes con enfermedades psiquiátricas. Demostraron que con el programa MBSR se “podía contribuir a reducir los estados subjetivos

de sufrimiento, mejorar el funcionamiento del sistema inmunitario, acelerar el procesos de circulación, fomentar las relaciones interpersonales y alcanzar una sensación general de bienestar” (Siegle, 2010, p.37)

Mindfulness aumenta la capacidad de percibir las señales emociones no verbales (Siegel, 2010). Pueden ser alteraciones emocionales como cambio de humor, irritabilidad, angustia, estrés, entre otras. En diversos estudios ha demostrado que logra beneficios tan diversos sobre la vida de las personas, a través de la atención consiente que, “puede modelar directamente la actividad y el crecimiento de aquellas zonas del cerebro que son responsables de las relaciones personales, de la vida emocional y de la respuesta filológica” (Siegle, 2010, p.28)

Varios estudios realizados en las últimas décadas han informado que la meditación produce un número significativo de mejorías en el sistema neurológico, biológicos e inmunológico particularmente (Segal et al., 2013). Algunas de las evidencias de estudios han informado que con *mindfulness* han habido mejorías físicas (Astin et al., 2003; Kabat-Zinn, Lipworth, y Burney, 1985; Lush et al., 2009; Morone, Lynch, Greco, Tindle, y Weiner, 2008; Von Weiss, 2002; Zautra et al., 2008 citado en Duncan, & Bardacke, 2010), mejorías en trastornos psicológicos, como ansiedad (Miller, Fletcher, y Kabat-Zinn, 1995; Sears & Kraus, 2009; Tacon, McComb, Caldera, y Randolph, 2003 citado en Duncan et al., 2010), mejorías en personas que presentan depresión (Gross et al., 2004; Sephton et al., 2007 citado en Duncan et al., 2010), así como el insomnio y el déficit de atención por hiperactividad (Zylowska et al., 2008 citado en Duncan et al., 2010), entre otros.

Mindfulness en la educación.

Mindfulness en el aprendizaje y la educación es considerado como “aprendizaje consciente”, donde se ha demostrado que se puede convertir el aprendizaje en un proceso mucho más efectivo, placentero y estimulante (Siegel, 2010). Conociendo que “su actitud determinara la dirección de su aprendizaje” (p.28). El estudiante se convierte en un actor reflexivo, activo, consientes, atento, sensible, y con *mente abierta*. Este *aprendizaje consciente* al que hacen referencia algunos estudios, se refiere al antiguo termino de “atención reflexiva”.

Mindfulness en la psicología.

Segal y sus colegas (2013) centraron su investigación en la influencia de *mindfulness* sobre los pacientes que padecían depresión crónica, y elaboraron con sus estudios la Terapia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* (MBCT siglas en ingles). Esta terapia, al igual que la terapia cognitiva conductual habitual, intenta con el paciente revelar los sentimientos, pensamientos y, causas de los problemas clínicos que presenta, a través de interpretaciones e inferencias hasta encontrar la verdadera causa del problema (Segal et al., 2013). Se determinó que al intentar mantener la estructura de la terapia cognitiva conductual, los mismos terapeutas hacia la función del paciente intentando desenvolver los nudos de los problemas de sus pacientes y el hacerlos, responsables de ellos, permitía a los pacientes descubrir lo que estaba pasando y seguir el proceso hasta que los síntomas hayan desaparecido (Segal et al., 2013).

Según la teoría *mindfulness*, cuando la mente se aferra a ideas preconcebidas, da lugar a una tensión interna, la misma que se manifiesta muchas veces en estrés y sufrimiento, sintomatología asociada a procesos depresivos. El término sufrimiento hace referencia en este

contexto a “el modo en que la mente crea su propio sufrimiento al aferrarse a conceptualizaciones y reacciones automáticas que nos alejan de la experiencia sensorial directa real” (Siegle, 2010 p.91). Ya que la mente entra en conflicto de “lo que sé y debería ser”, *mindfulness* permite que la mente se “aclare”, que las personas sean capaces de hacer consciente sus sentimientos, emociones, pensamientos entre otros. Darse cuenta que estas sensaciones aparecen y son nocivas porque afectan a nuestro bienestar, es el propósito. Solo así los pacientes pueden desarrollar la capacidad de hacer aparecer y desvanecer estos pensamientos, lo que queda entonces la esencia de la sensación más no la amenaza.

Siegle (2010) sugiere que actuar con atención, no emitir juicios y no reaccionar son los elementos o facetas de la construcción de una atención plena, como se menciona en su libro. Estos factores son indicadores y predictores de personas que pueden presentar síntomas de trastornos psicológicos. En algunos de sus estudios e investigaciones a los participantes se les aplicó test como: Escala de *mindfulness* y conciencia plena (MASAS, siglas en inglés); Escala de *mindfulness* cognitivo y emocional (CAMS, siglas en inglés) y el cuestionario *mindfulness* (MQ, siglas en inglés) donde las respuestas pueden ser contestadas con *nunca, muy pocas veces, a menudo o siempre* (Siegle, 2010), un ejemplo de algunas preguntas de estos cuestionarios son:

- “Presento reactividad ante la experiencia interna,
- Percibo mis sentimientos y mis emociones sin verme obligado a reaccionar ante ellos,
- Observo mis emociones sin perderme de ellas,
- En situaciones complicadas puedo detenerme y no reaccionar de inmediato,
- Normalmente, cuando me vienen pensamientos o imágenes desagradables,
- Puedo limitarme a percibirlos sin reaccionar,
- Me tranquilizo poco después... Puedo dar un paso atrás y ser consciente del pensamiento o de la imagen sin sentirme abrumado por ello,
- Los percibo y los dejo pasar.” (Siegle, 2010, p.104)

Mindfulness en la neurociencia.

Cuando se aplican ciertas técnicas para lograr una gran concentración como yoga, taichí o *mindfulness*, se activan los circuitos cerebrales y reforzamos las uniones sinápticas en las zonas cerebrales. Al practicar *mindfulness* activamos varias conexiones neuronales en diversas partes del cerebro ya que no solo se evoca a la atención sino a varias funciones básicas (Heinrich et al., 2007). Se busca determinar como la atención plena puede activar los circuitos neuronales sociales del cerebro (Siegel, 2010).

En el estudio de Lazar Kerr, Wasserman, Gray, Greve y Treadway es citados en Siegel (2010) demuestra que la atención plena aumento el grosor de dos zonas cerebrales: “1) el área prefrontal medial, bilateralmente; 2) un circuito neurológico relacionado, la ínsula, particularmente más grueso en el lado derecho” (p.42). Estos resultados son producto de la correlación entre meditación y cantidad de práctica. De igual manera, el estudio de Cahn y Polich citados en Siegel (2010) revela una serie de activaciones neuronales en el área preforntal del cerebro con predominancia (corteza cingulada anterior), relacionada con la meditación.

La corteza insular, donde la ínsula es “el conducto por el que la información entra y sale de la corteza externa, de las zonas límbicas internas (amígdala, hipocampo, hipotálamo) y de otras zonas del cuerpo (a través del tronco encefálico y de la medula espinal)” (Siegel, 2010, p.55), y se afirma que al parecer la ínsula es la encargada de conectar nuestras emociones sobre nuestro estado corporal, al momento de integrar la neurobiología interpersonal a nuestras vidas entendemos que la relación sintónica entre nuestro cerebro, la integración neuronal, la coordinación y el equilibrio de las diferentes áreas del cerebro se unen

para mejorar la funcionalidad de todo nuestro organismo proviniéndonos de bienestar (Segal et al., 2013).

La ínsula es la encargada de transmitir datos al cerebro sobre el cuerpo, es decir está íntimamente relacionado con la experiencia de poder “*mirar hacia adentro*”, principio de la meditación (Siegle, 2012). El hemisferio derecho es el que se encarga de “atender a las expresiones faciales y a otras señales no verbales, como es el contacto visual, el tono de la voz, las posturas, los gestos, la velocidad y la intensidad de respuestas” (Siegel, 2010., p.113). Por ello el meditar y estar en constante silencio hace que la corteza prefrontal e insular del hemisferio derecho esté en constante estímulo. Este es una respuesta a por qué la meditación nos permite estar más atentos a la realidad que vivimos. Lazar citado en Siegle (2010) manifiesta que la meditación con atención plena presenta un aumento del grosor del área prefrontal medial y de la ínsula derecha. El sugiere que con *mindfulness* se puede alterar las estructuras cerebrales responsables de la empatía y del auto observación.

La meditación.

La meditación da importancia al poder de la mente y practicantes de técnicas de relajación como el yoga, el taichí, oraciones religiosas, sin entender el funcionamiento del cerebro, saben que la mente y el cerebro están vinculados y que por ende “el cerebro crea a la mente” (Siegel, 2010, p.42). La meditación incita a sus practicantes no solo a llegar a la atención plena sino también a desarrolla compasión, control de emociones y otras funciones ejecutivas que son parte del territorio de la neurociencia.

En términos de neurociencia, la meditación entrena la mente (Manzaneque et al., 2010). Cuando nos concentramos, en un estímulo nuevo o algo poco habitual, el cerebro sufre

una ralentización del tiempo, ya que las nuevas sensaciones interfieren nuestra memoria de experiencias previas (Siegel, 2010).

La neo corteza cerebral tiene seis capas y cuenta con fibras de entrada y salida de información, así pues cuando recibimos la sensación de ver, por ejemplo una flor, los datos visuales llegan a los niveles inferiores (capa 5, 6, área de procesamiento definitivo), sin embargo las capas también envían información desde los niveles más elevados (capa 1, 2) a las capas inferiores de entrada de información. El resultado es como si dos oleadas de procesamiento de información colisionaran en las regiones mediales (capas 3,4) donde estos flujos de información se mezclan definitivamente (Siegel, 2010).

Por lo tanto las percepciones entrantes se pueden alterar con las experiencias previas creando confusión en las personas y, desenfocando la atención. Esto a su vez ocasiona trastornos emocionales y cognitivos, estas alteraciones invariantes no permiten valorar rápidamente la naturaleza de nuestro entorno (Siegle, 2010). Todos tenemos una mente con gran potencial y tenemos la capacidad de centrar la mente de tal manera que “podamos modificar la estructura y el funcionamiento del cerebro a lo largo de la vida, esto es debido a la plasticidad cerebral” (p.107).

Plasticidad cerebral.

Siegle (2010) analiza la plasticidad neuronal y como el cerebro puede modificar las conexiones neuronales en respuesta a las experiencias. Los estímulos llegan a las neuronas y forman circuitos neuronales que procesan la información dando como resultado una respuesta o cambio neuronal (Tokuhamma-Espinosa, 2011). Las experiencias consideradas como activación de disparos neuronales en respuesta a estímulos si son repetitivos en áreas concretas generan un aumento significativo de densidad sináptica (Siegel, 2010). Estos

disparos neuronales constantes son los que se presentan durante *mindfulness*, “el crecimiento de células de apoyo y el aumento de bascularía cerebral” (Siegel, 2010 p.49).

Las funciones básicas se localizan en la corteza prefrontal, funciones como el equilibrio de las emociones, la empatía, modulación del miedo, la flexibilidad de respuesta, el autocontrol, entre otras pueden ser regulado por nuestro organismo (Segal et al., 2013). En el área prefrontal del cerebro se desempeñan las funciones ejecutivas como ya lo hemos mencionado anteriormente, las que permiten la autorregulación de la conducta y contribuyen a dirigir el flujo de la atención (Siegel, 2010). Los cambios neuroplasmáticos revelan cambios a nivel mental como las alteraciones emocionales y su equilibrio y a nivel corporal se revela respuestas de estrés, dolor, alteración en los signos vitales. Esto demuestra que con la práctica de *mindfulness*, se puede eliminar sintomatología negativa de la mente, del cuerpo y transformarla en creación de bienestar.

Práctica de Mindfulness.

Para realizar *mindfulness* se necesita llegar a la “atención plena” de la realidad. Los ejercicios se deben hacer en completo silencio e intentando siempre mantener a la mente en blanco y concentrado en la acción del momento. Es “estar atentos y despiertos a lo que sucede mientras sucede. Siegel (2010) explica estos requerimientos en estos términos:

- El silencio? Porque el silencio crea una oportunidad de detenerse y de sumergirse en la quietud, generando intimidad por la propia mente
- Mente en blanco? La mente está repleta de imágenes, pensamientos y nociones que se generan sin cesar. Se inicia la actividad con la expectativa de lograr vaciar la mente, es cuestión de tiempo, práctica y atención plena. (p.73)

Pasos a seguir:

- 1.- Habilidad de centrar la atención (sensación).

Ejercicios de respiración, concentración en el proceso de inspiración y expiración.

Ejercicios móviles siento mis pies y mis pantorrillas al caminar.

2.- Atentos y receptivos (observación).

Ejercicios que estimulen los cinco sentidos. Coloca en tus manos un objeto que tengas a tu alrededor y permite que tu atención sea totalmente absorbida por el objeto. Solo observa y notarás una mayor sensación de estar presente en “el aquí y ahora”. Durante este ejercicio, te vuelves mucho más consciente de la realidad. Como por ejemplo al comer una manzana: sentirla, olerla, escucharla, verla y saborearla.

3.- Conceptualización, comprendo lo que está sucediendo.

Variación del ejercicio de la respiración, mantener la “atención plena” en el objeto y no pensar en otra cosa.

4.- Asimilo, lo hago consciente (conocimiento)

Siento - Observo – Concepto – Conocimiento (Siegel, 2010).

La idea principal de *mindfulness* es que, la aceptación de la situación en la que se vive puede aliviar la lucha interna. Tener atención consciente sobre la realidad el percibir lo que pasa a su alrededor, el darse cuenta de sensaciones, imágenes, emociones y propios juicios es lo que permite reflexionar y hacer consciente que son solo pensamientos que viene y van. Partiendo de esta actitud reflexiva las personas son capaces de identificar su propia actividad mental y separar lo irreal de lo real. Al momento de discriminar esta actividad mental, *mindfulness* alivia el sufrimiento.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño de la investigación

Esta investigación pretende demostrar que uno de los problemas más relevantes en la etapa posnatal es la depresión posparto (DPP). Para demostrar los efectos de la *mindfulness* en la DPP, se aplicaron técnicas un método cuantitativo y, cuasi experimental donde no hubo selección o asignación aleatoria de la muestra. Se realizó una intervención psicoeducativa con el fin de analizar los posibles efectos del mismo en un grupo de estudio antes y después de la intervención.

El estudio buscó evaluar la influencia de estar informado y realizar ejercicios de *Mindfulness* (intervención) y su acción sobre la disminución de la sintomatología depresiva en las mujeres después del parto. Para el efecto, se aplicó el cuestionario de Escala de Depresión Posnatal Edinburg dos veces para poder valorar las posibles variables del antes de después de la intervención. La primera aplicación del test Edinburg fue durante la etapa posnatal de las madres después de la primera semana de haber dado a luz. La segunda aplicación del test fue siete días después de haber aplicado la intervención psicoeducativa.

La población a investigar fue compuesta por mujeres en etapa posnatal, quienes sin haber recibido atención o tratamiento alguno sobre la sintomatología depresiva después del parto fueron evaluadas (por la investigadora) con el test de Edinburg y se las valoró como madres que presentan síntomas depresivo, siendo este el grupo se lo considerado para el presente estudio. La investigadora es quien lleva a cabo la aplicación del test de Edinburg y el correspondiente análisis de datos en los dos tiempos.

Justificación de la metodología seleccionada

La investigación fue cuantitativa para responder a la pregunta de investigación *¿Cómo y hasta qué punto la intervención educativa y la aplicación de ejercicios de Mindfulness pueden disminuir la sintomatología depresiva en las mujeres después del parto?* Para analizar si los niveles de la sintomatología depresiva después del parto pueden variar con una intervención, se aplicó sencillos ejercicios de *Mindfulness* que acompañados de un CD con música de meditación buscan promover el bienestar en las participantes en el estudio.

A través de la escala de Edinburg, se recogieron y analizaron datos cuantitativos sobre DPP para estudiar diferencias antes y después de la intervención. Se midió en este estudio el cambio e impacto que sufrió la variable, de la sintomatología depresiva en las participantes que fueron expuestas a la intervención.

Herramienta de investigación utilizada

Para obtener información sobre la sintomatología depresiva y sus niveles después del parto se utilizó el test de medición Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh, y para contestar a la pregunta de esta investigación, se aplicó una intervención psicoeducativa con la propuesta de ejercicios de *Mindfulness*. La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito.

Instrumentos de evaluación de pre - pos intervención

Este formulario de evaluación, consta de diez preguntas declarativas cortas, cada una con cuatro alternativas de respuesta. Cada elemento se mide en una escala de cero a tres puntos, dando un resultado o puntuación total de 0 a 30 puntos. Las puntuaciones más altas indican graves síntomas de depresión (Gibson et al., 2009). La escala mide la intensidad de

los síntomas de la depresión de los últimos siete días. Galvin (2010) menciona que este instrumento ha sido utilizado tanto en el ámbito clínico como en estudios psicológicos y es generalmente bien aceptado por las mujeres ya que es de fácil utilización y manejo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento (Cox et al., 1987 citado en Wood et al., 2010).

Se aplicó el instrumento en dos tiempos porque que la aparición de *baby blues* en las madres alcanza un punto máximo en tres a cuatro días después del parto, y estos síntomas persisten convirtiéndose en un problema de depresión posparto más acentuado; además, puede persistir hasta un año después de haber dado a luz si no se trata a tiempo (Josefsson et al., 2007). Es por ello que la aplicación del test por primera vez se la realizara después de la primera semana de haber dado a luz, y la segunda vez, después de 7 días de la intervención, para poder determinar con mayor claridad la sintomatología depresiva.

Es válido aplicar el test Escala Edinburg posnatal de depresión en este estudio porque es considerado como el detector más usado a nivel mundial. Gibson y sus colegas (2009) indican que al ser aplicado durante los primeros días del período posnatal podría ser útil para el área clínica y para el desarrollo normal y estable tanto de la madre como del bebé al diagnosticar síntomas depresivos a tiempo. Se debe realizar una evaluación clínica prudente y más compleja para confirmar el diagnóstico (Cox et al., 1987 citado en Wood et al., 2010).

Al aplicar el test de la Escala de Edinburg se recolecto la información referente a los niveles de depresión después del parto, con la cual se obtuvo el diagnóstico de sintomatología depresiva en las madres del grupo de estudio. Además, con la información se estableció la permanencia de la sintomatología depresiva antes y después de la intervención psicoeducativa y la influencia de la misma.

Intervención.

La intervención ayuda a que las madres puedan enfrentar sus problemas en el “*aquí y ahora*” conociendo e informándose sobre el problema de la depresión y sus posibles manifestaciones e intentando aplacar sencillos ejercicios de *Mindfulness* basado en la teoría de “atención plena”, conciencia de la realidad momento a momento (Manzaneque et al., 2010). Primero, se seleccionaron las participantes según criterios descritos abajo y se aplicó la intervención, informando a las madres y entregando el tríptico más el CD de relajación. La intervención psicoeducativa que se presentó a los participantes es de autoría de la investigadora y consta de un CD con música de relajación y meditación y un tríptico informativo donde se comunica a las madres en un lenguaje sencillo qué es la DPP, sintomatología depresiva, por qué se ocasiona, cómo se presenta (síntomas) y qué se puede hacer en caso de detectar DPP. En el apartado de posibles soluciones se presenta información sobre *Mindfulness* o “atención plena” donde se propone ejercicios sencillos que las madres lo pueden realizar en casa de manera independiente, ya que son fáciles de realizar. Toda la información del tríptico se la obtuvo de la fuente de investigación del capítulo 2 de este estudio, revisión de literatura, por ende este tríptico es considerado como parte de un estudio de investigación académica aprobada.

El tríptico es ilustrativo, de fácil manejo ya que tiene un orden sistemático, que primero envuelve a la lectora y llama su atención por la información de está recibiendo acerca de la DPP y sus posibles síntomas y complicaciones. Para a continuación proponer una posible causa presentando los ejercicios de “atención plena”. El tríptico presenta fotografías y es muy llamativo por su color, fue diseñado con el fin de dar la suficiente información de una manera simplificada, tiene 529 palabras y su lenguaje es sencillo.

Al obtener la información de los tiempos de evaluación pudo establecer diferencias debido a la intervención por medio de la tabulación de datos, cuadros estadísticos y explicaciones que se encuentren para dar respuesta a la pregunta de investigación. Las herramientas estadísticas para determinar las diferencias en tiempos fue T test, que evalúa si las medias de dos grupos son estadísticamente diferentes unos de otros, analiza y comprueba las medias de dos grupos (Castañeda, Cabrera, Navarro & Vries, 2010).

Sitio

Se realizó la investigación a madres en periodo posnatal. Las mujeres que participaron en este estudio son madres que han pasado ya la primera semana de haber dado a luz a sus bebés. Se localizó a estas madres en los Centros de Salud, lugar donde estén salas de pediatría con gran concurrencia de madres en etapa posnatal necesarias para el estudio.

Descripción de participantes

Se realizó muestreo por conveniencia, la muestra se determinó de entre todas las madres en etapa posparto de un grupo de 58 madres (después de los primeros siete días de haber dado a luz). El grupo de estudio se determinó por conveniencia después de la primera valoración con el test de Edinburg, solo madres con sintomatología depresiva y el número de muestra total fue de 31 madres con DPP. La muestra a estudiar estuvo compuesta por mujeres en etapa de puerperio, todas presentaron sintomatología depresiva leve, moderada o grave e incluso *baby blues* después del parto. Después del diagnóstico todas fueron aplicadas el test de Edinburg (pre – pos intervención). Los criterios de inclusión fueron:

- Madres en etapa posnatal.
- Saber leer o comprender el idioma español para llenar el test e informarse del tríptico.
- Tener un número telefónico de contacto ya sea móvil o fijo.
- No haber recibido ningún tipo de tratamiento para la depresión.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado preparado para este estudio.

A las madres se les asignó un código para mantener la confidencialidad y privacidad en el análisis de datos. A pesar de que la investigadora tuvo una ficha de registro de datos de las participantes, todos los datos, análisis y resultados fueron anónimos en las tablas. Estos registros o fueron de acceso único a la investigadora y fueron destruidos al finalizar el análisis para asegurar la confidencialidad de las investigadas.

Tabla 1. Ficha de participantes.

Nombre y Apellido: _____	Código: _____
Dirección: _____	
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____	
Fecha actual: _____	Teléfonos: _____ _____

Las participantes son mujeres en etapa posnatal y por lo tanto son consideradas como personas vulnerables, por ello fue necesario como requisito fundamental que las participantes firmen y den su consentimiento para la realización del presente estudio.

Fuentes y recolección de datos

Los procedimientos de recolectar los datos se especifican en la aplicación del test de Edinburg en dos tiempos, pre y post intervención. Se recolectaron los datos iniciales y se

aplicó la intervención en los Centros de Salud, salas de pediatría. La información para el análisis de datos del estudio se la obtuvo aproximadamente en 10 días, ya que se aplicó el test se determinó el puntaje de DPP en las participantes, se intervino el mismo día y después de un lapso de 7 días se llamó nuevamente a las participantes para poder valóralas nuevamente con el test y analizare los datos. No fue posible ubicar vía telefónica a toda la población de participantes a los 7 días, fue necesario llamar y buscar a las participantes varias veces por estos motivos se extendió el lapso a un máximo de 10 días después de la intervención.

Manejo de datos

El ingreso, depuración y limpieza de los datos se realizó de manera separada en los dos tiempos de valoración, pre y pos intervención, se depuro los cuestionarios que no fueron llenados de manera adecuada, es decir, aquellos que no estaban completamente llenos (10 respuestas) y aquellos que no tenían llena de manera adecuada la ficha de información. Después de obtener los datos del pre intervención con resultados de presencia de síntomas depresivos leve, moderado o grave, incluso *baby blues* se determinó al grupo de estudio, para la recalificación de las variables, se tomó a consideración las siguientes pautas del test:

- Los valores de respuestas van de 0 a 3, según el aumento de la gravedad de los síntomas (3 mayor gravedad).
- Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotaron en orden inverso (por ejemplo 3, 2, 1, 0 siendo 3 el de menor gravedad).
- Se suman todos los puntos de las 10 preguntas para dar la puntuación total en cada caso.

- Para efectos del análisis una puntuación de diez o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.
- Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente (Cox et al., 1987 citado en Wood et al., 2010).

Una semana después de la intervención se hizo una llamada telefónica a las participantes del grupo de estudio y se volvió a aplicar el mismo cuestionario. En el siguiente capítulo se analizará los datos obtenidos y de esta manera contestar o no la hipótesis planteada por la investigadora.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

El análisis de los datos tuvo, el propósito de determinar cómo la influencia de estar informado y realizar ejercicios de *Mindfulness* (intervención) disminuye la sintomatología depresiva en las mujeres después del parto. El análisis además, pretende demostrar la importancia del estar informado y conocer qué pasa en la mente y el cuerpo cuando se presenta sintomatología depresiva después del parto. Por lo tanto, se analizó la relación que existe entre el conocer (intervención psicoeducativa) la aplicación de ejercicios sencillos de *mindfulness* y la depresión posparto.

Esta investigación tiene una validez particular en el área de estudio de la mente, cerebro y educación ya que basa sus fundamentos e investigación en estos tres pilares, como se ha mencionado en capítulos anteriores. Buscando que la mente se “*aclare*”, que las madres sean capaces de ser conscientes de sus sentimientos, emociones y pensamientos para regularlas y mejorar su calidad de vida (Siegle, 2010). Desde el punto de vista neuro – psico – educativo al estar informados, al auto educarse y al practicar ejercicios de *mindfulness* se plantea y como hipótesis de esta investigación que, es posible disminuir o cambiar la sintomatología depresiva después del parto.

Los datos de esta investigación fueron tabulados en el programa Excel para organizar, analizar y obtener resultados en tablas, cuadros y gráficos estadísticos. Se realizó el ingreso del código de cada uno de las participantes, se limpió los datos de aquellos participantes que no cumplen con los requerimientos necesarios para este estudio. Por ejemplo es necesario haber llenado la ficha de datos en la primera intervención del test Edinburgh, ya que se

requiere de dicha información, indispensable para la ubicación de las madres (número telefónico o dirección domiciliaria). Además, es necesario que el test este lleno por completo para poder valorar los datos del resultado, de lo contrario el test no tenga validez. Y por último es requisito tener firmado el consentimiento de cada uno de las participantes para ser parte de la investigación y estudio.

Después la limpieza de datos se procedió a analizar los mismos con la ayuda del programa Excel, se elaboró tablas y gráficos para mayor relevancia y entendimiento del estudio. El test fue aplicado a 58 madres en etapa posnatal, los puntajes arrojados en el total del test EPDS permitió escoger al grupo de estudio de esta investigación. Solo aquellas madres que presentaron sintomatología depresiva es decir, participantes que tuvieron un puntaje de 12 puntos o superior a ello fueron incluidas. En total se contó con 31 participantes para el estudio.

Análisis de pretest (EPDS) y sus semanas posnatales.

Los resultados obtenidos en el pretest sobre *Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo* (EPDS) corresponden a los datos recogidos en el primer contacto con las participantes, las madres que acuden con sus hijos a las salas de pediatría durante los primeros meses después de haber dado a luz. El test en su versión en español (British Journal of Psychiatry, 1987) constaban de 10 preguntas sencillas de llenar las cuales se deben marcar con una X la respuesta correcta a su manifestación. Considerando como se detalló en la revisión de la literatura, que la respuesta debe demostrar cómo se ha sentido la madre durante los últimos 7 días y no sólo como se siente el día que se tomó el test (Cox et al., 1987 citado en Wood et al., 2010). La escala del puntaje se marcó de cero a tres y si el puntaje es mayor a 12 puntos, esto indica que la madre presenta sintomatología depresiva, y que se ha sentido

deprimida durante la última semana y que se debería considerar mantener a esta madre en observación por parte de su médico si los síntomas persisten (Cox et al., 1987 citado en British Journal of Psychiatry, 1987).

Para la primera aplicación del test a todas las madres en etapa posnatal se visitaron los Centros de Salud en el área de pediatría (presencia de mayor cantidad de madres en etapa posnatal) se obtuvo los datos registrados a continuación en la tabla 2.

Tabla 2. Pretest. Mujeres con y sin sintomatología depresiva, por semanas posnatales.

Código	Puntaje de	Semanas	DPP
Participantes	EPDS	Posnatales	
44	11	42	X
49	10	40	X
41	8	38	X
53	6	37	X
48	8	32	X
35	6	31	X
56	7	31	X
38	7	26	X
47	3	24	X
52	3	24	X
43	27	19	.
1	12	18	.
10	14	17	.
3	20	16	.
5	18	16	.
7	15	16	.
22	17	16	.
46	5	16	X
57	9	16	X
58	3	16	X

29	5	15	X
9	12	13	.
11	13	13	.
16	16	12	.
40	22	12	.
13	16	11	.
31	19	11	.
36	20	11	.
15	15	10	.
17	22	10	.
33	5	9	X
50	4	9	X
8	14	8	.
12	14	8	.
20	17	8	.
51	9	8	X
18	16	7	.
19	18	7	.
21	13	7	.
24	3	7	X
34	5	7	X
54	5	6	X
27	15	5	.
45	7	5	X
55	7	5	X
25	18	4	.
26	4	4	X
32	13	4	.
37	13	4	.
6	9	3	X
28	4	3	X
30	12	3	.
39	8	3	X
2	12	2	.

14	15	2	.
42	16	2	.
4	12	1	.
23	2	1	X

En la tabla 2, se presentan los datos en orden de puntaje, de mayor a menor de las mujeres con y sin sintomatología depresiva dependiendo a valor de su puntaje total del test. En la columna derecha se observa signos representativos, si presenta depresión (.) y si no presenta depresión (X). Del grupo evaluado (todas las madres en etapa posnatal) se evidencia que el 53.4% de muestra total presentan sintomatología depresiva en varios niveles, mientras que el 46.6% de la muestra no presentan síntomas depresivos (ver, grafico 1). Además, la fecha de aplicación del test y la fecha del nacimiento del bebé permitió a la investigadora calcular las semanas posnatales en la que se encontraban las participantes. Se determina claramente en los resultados que solo el 53.4% de la muestra de madres serán el grupo de estudio de esta investigación, 31 madres que presentan sintomatología depresiva.

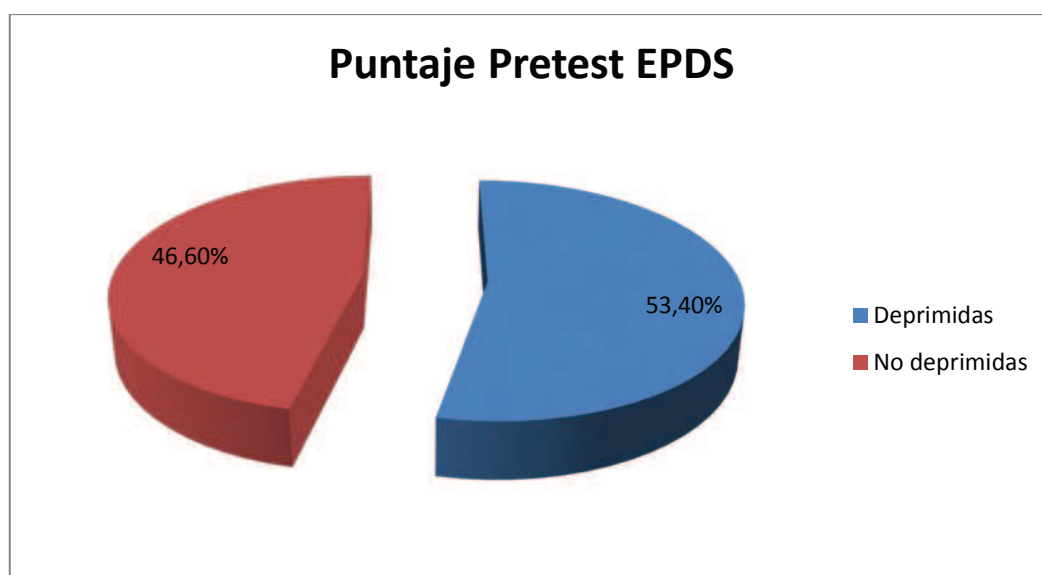


Figura 1. Resultados Pretest. Mujeres con y sin sintomatología depresiva.

En la figura 2, se observa que ha mayores semanas de etapa de posparto menor probabilidad de presentar sintomatología depresiva, y a menos semanas de haber dado a luz mayor índice de presencia de sintomatología depresiva. Como manifiesta Barrett y sus colegas (2010), estudios han demostrado que hasta un 20% de las mujeres presentan síntomas de depresión en las primeras semanas y su aumento se evidencia con más claridad en los 30 primeros días posparto, pudiendo persistir durante un máximo de dos años. Datos que se reportan en el análisis demostrado en esta investigación donde las mujeres con más de 24 semanas de posparto no presentan sintomatología depresiva en ningún de los caso valorados.

Para el análisis de datos y ejecución de la figura 2. Se planteó seis categorías para la valorización:

- Más de 24 semanas posnatales
- Entre 20 y 24 semanas posnatales
- Entre 15 y 19 semanas posnatales
- Entre 10 y 14 semanas posnatales
- Entre 5 y 9 semanas posnatales
- Entre 1 y 4 semanas posnatales

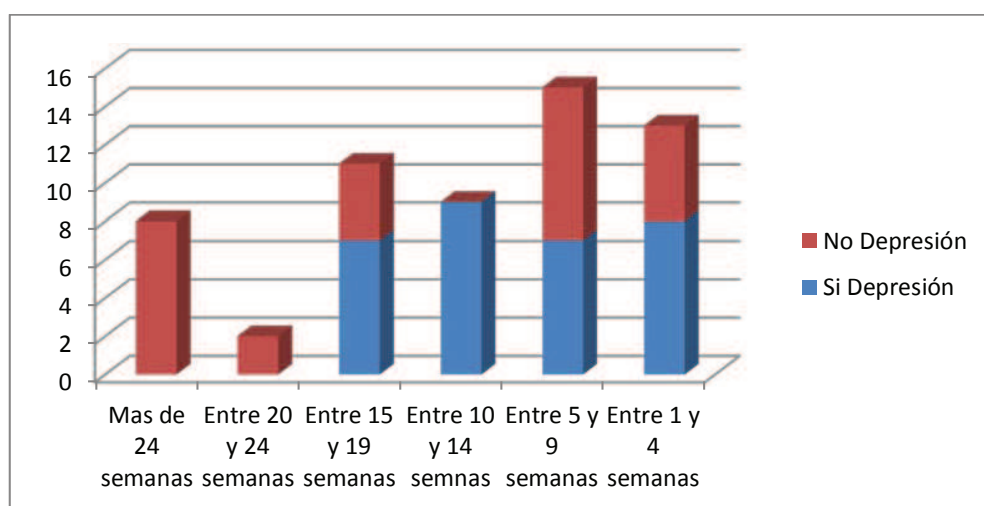


Figura 2. Resultados Pretest. Mujeres con y sin sintomatología depresiva y sus semanas posnatales.

Análisis de pretest por niveles de depresión.

Los niveles de depresión en el grupo varía, todas las madres presentan sintomatología depresiva pero su intensidad es variada. En la figura 3, se indican los niveles de depresión organizados en niveles. Por lo tanto, se dividió el análisis en cuatro categorías, descritas a continuación:

- Entre 29 / 25 puntos grave
- Entre 24 / 20 puntos moderado grave
- Entre 19 / 15 puntos moderado leve
- Entre 14 / 12 puntos leve

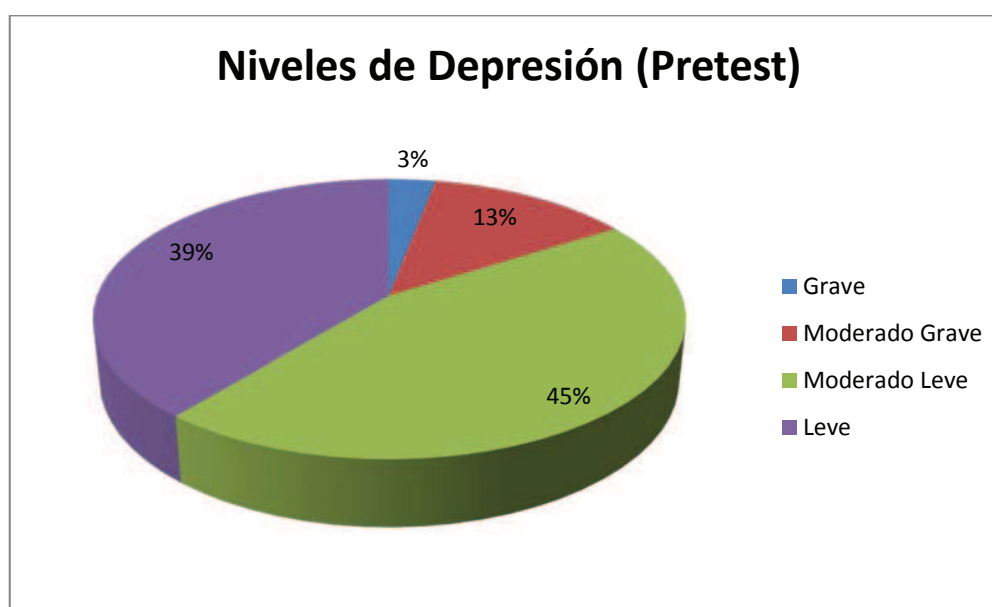


Figura 3. Resultados Pretest. Mujeres con sin sintomatología depresiva y sus niveles de depresión.

Se observa que el 45% de la muestra presenta un nivel moderado leve, el 39% presenta un nivel leve, el 13% manifiesta un nivel moderado grave y solamente el 3% tiene un nivel grave. La mayoría de participantes en los resultados arrojan promedios totales en el puntaje de entre 12 y 19 puntos en total (Opp et al., 2009).

Análisis de posttest con variación de puntajes.

Ya determinado el grupo de estudio, se aplicó la intervención psicoeducativa donde se informó a las madres sobre el tema de DPP a través del tríptico y se les explicó además como deben aplicarse los ejercicios de *mindfulness* sugeridos en el mismo. Se adjuntó a la información el CD de música de relajación y se les comunicó que después de una semana se les llamará por vía telefónica y se les volverá a aplicar el test EPDS para valorar los resultados de la investigación.

Después de siete días se llamó vía telefónica a las madres del grupo de estudio y se aplicó nuevamente el test EPDS (postest). En la tabla 3, se observa los puntajes totales obtenidos antes y después de la intervención en las 31 madres estudiadas.

Tabla 3. Postest. Mujeres con sintomatología depresiva y su variación de puntajes antes y después de la intervención.

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

42	16	15	> 1
7	15	13	> 2
14	15	8	> 7
15	15	17	< 2
27	15	11	> 4
8	14	9	> 5
10	14	11	> 3
12	14	12	> 2
11	13	10	> 3
21	13	10	> 3
32	13	11	> 2
37	13	8	> 5
1	12	13	< 1
2	12	9	> 3
4	12	11	> 1
9	12	9	> 3
30	12	14	< 2

En la figura 4 expuesta a continuación, se presenta un pastel con seis subcategorías:

- 0 puntos de cambio, permanencia de resultados
- Aumento de puntaje entre:
 - 1 – 2 puntos,
 - 3 – 4 puntos y,
 - 5 o más puntos en aumento.
- Disminución de puntajes entre:
 - 1 – 2 puntos,
 - 3 – 4 puntos y,
 - 5 o más puntos.

Donde se puede notar que, ninguna participante permaneció con los mismos resultados, que el 1% aumento su sintomatología depresiva con cinco o más puntos, y que el 4% disminuyó en sus resultados entre cinco o más puntos de su total. El 6% aumentó entre

uno y dos puntos y, disminuyó el 9% entre uno a dos puntos. Ninguna de las participantes aumentó sus totales entre tres y cuatro puntos pero, el 10 % si disminuyó su total entre tres y cuatro puntos.

Se puede concluir en el análisis de este gráfico afirmando que, la diferencia de resultados puede ser debido a la intervención psicoeducativa aplicada en esta investigación. Ya que existió muy poco tiempo entre valoraciones (pre y postest) para pretender pensar que puede existir otro factor que haya influido en los resultados. Cabe recalcar que no se puede afirmar la significancia absoluta de la intervención sobre el grupo debido a que no se aplicó para esta investigación un grupo de comparación, como grupo de control. Además, no se pudo comprobar que todas las madres de la muestra de la población de estudio aplicaron la intervención de manera adecuada y continua durante estos días.

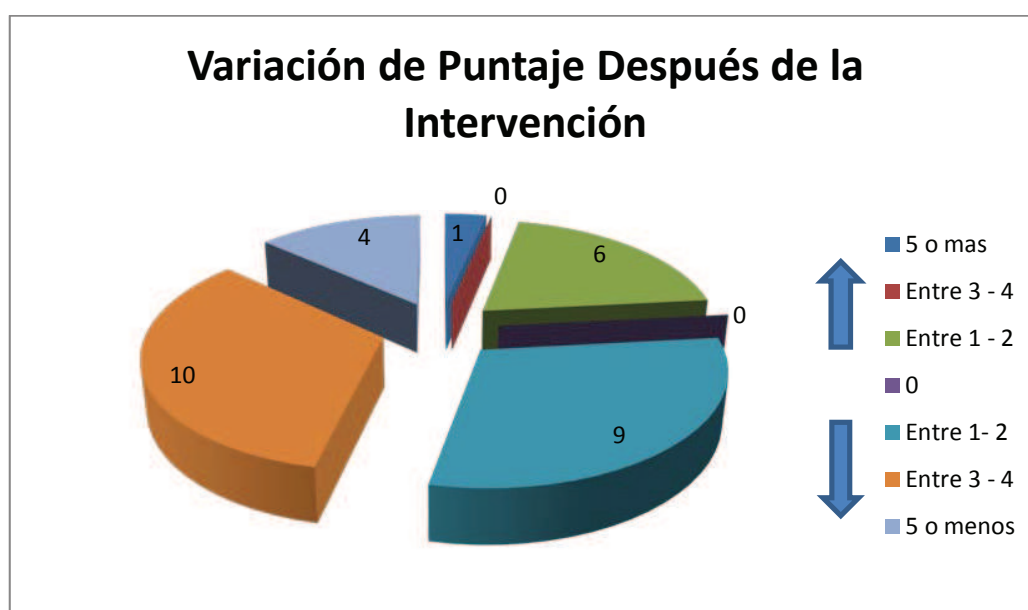


Figura 4. Resultados Posttest, variación de puntaje después de la intervención.

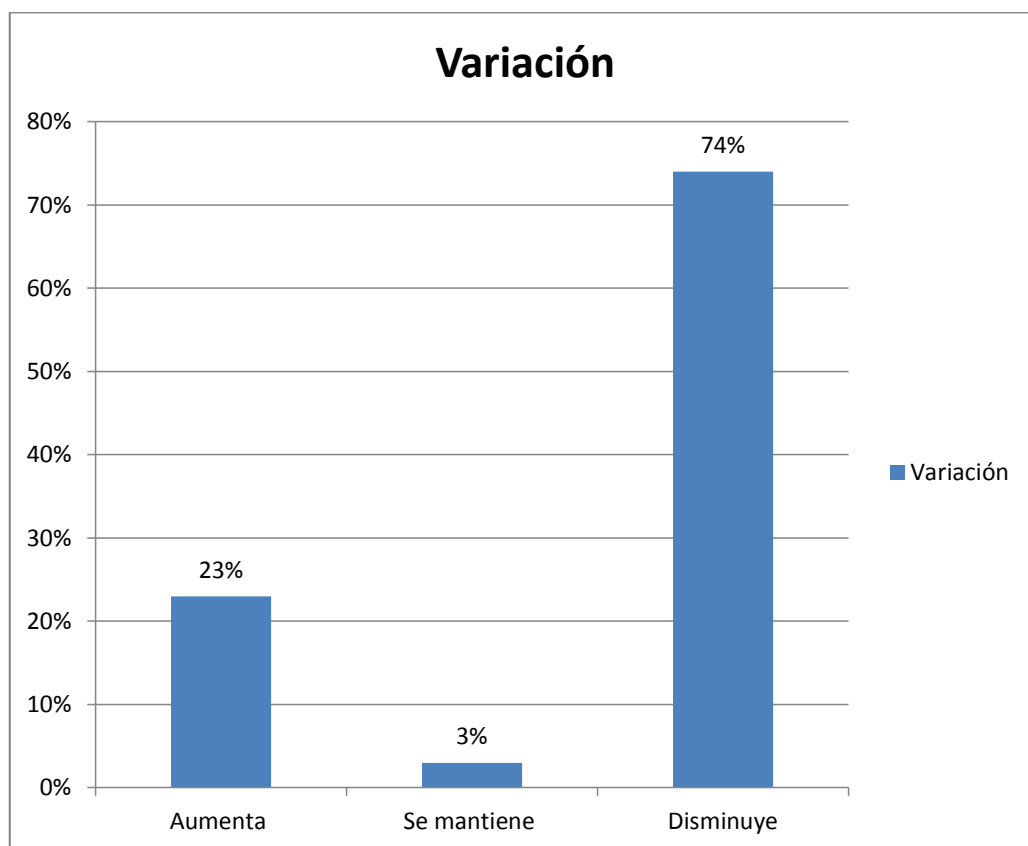


Figura 5. Resultados Posttest, variación de puntaje después de la intervención.

Se observa (ver figura 5) que después de la intervención más del 74% de la muestra disminuye los síntomas depresivos; el 3% se mantiene; y el 23% aumenta sus puntajes de depresión. Para este estudio, al parecer la intervención psicoeducativa planteada por la investigadora, ha tenido efecto sobre la muestra de estudio disminuyendo la sintomatología depresiva y para demostrar esto a continuación se realizará una de significancia estadística, en este caso se aplicará la prueba T. La prueba T evalúa si las medias de dos grupos son estadísticamente diferentes unos de otros, analiza y comprueba las medias de dos grupos, es muy utilizado en estudios de experimentación sencillos y se especializa por el análisis entre dos tiempos, pre y posttest en un grupo o entre dos grupos (Castañeda, Cabrera, Navarro & Vries, 2010).

Análisis de posttest por niveles de depresión.

En la figura 6, se indican los niveles de depresión en el grupo, después de la intervención, donde se dividió el análisis de igual manera en cuatro categorías antes descritas (ver figura 3).

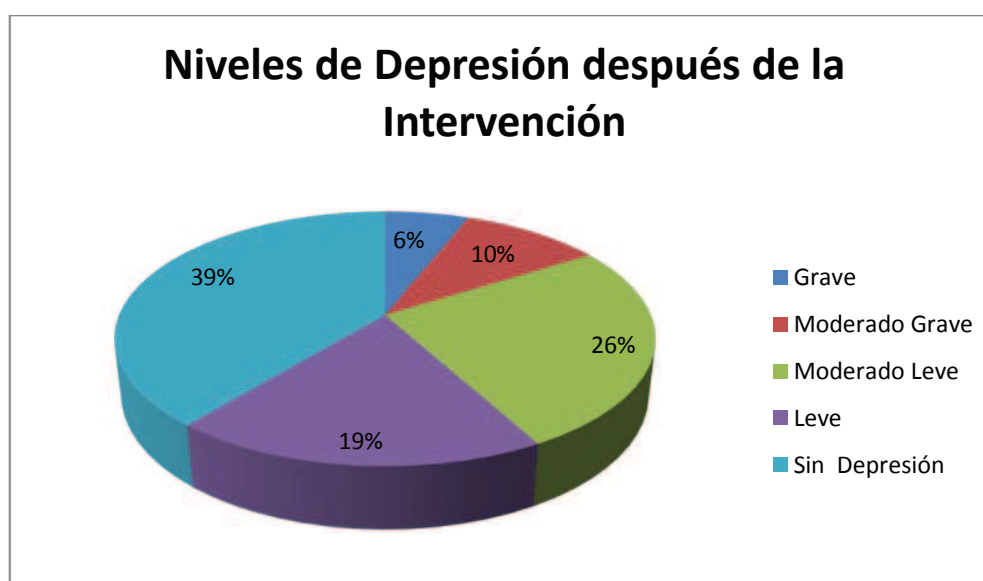


Figura 6. Resultados Posttest, niveles de depresión después de la intervención.

A diferencia de los resultados arrojados en el análisis de los niveles de depresión pretest, se observa que, el 39% de las madres estudiadas ya no presentan sintomatología depresiva ya que su puntuación es de menor a 12 puntos en el total del test. Además, nos indica que el 19% presenta un nivel leve, el 26% un nivel moderado leve, un 10% presenta síntomas moderados graves y solo el 6% tiene sintomatología de nivel grave. Se nota que, el 65% en total de la muestra presenta niveles bajos de sintomatología y, tan solo el 16% presentan síntomas moderados graves.

Ahora bien, los resultados definitivos del estudio, están expuestos a continuación resumidos, en esta tabla 4, donde se puede apreciar los puntajes del antes y después de la