

**Intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva:
una propuesta para la salud materna**

Diana Catalina Palacios Russi



**Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Ciencias Sociales
Especialización en Psicología Clínica
Floridablanca**

2023

**Intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva:
una propuesta para la salud materna**

Diana Catalina Palacios Russi

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Asesora de la guía

Paula Fernanda Pérez Rivero

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en Psicología Clínica

Floridablanca

2023

Agradecimiento y dedicatoria

A mi familia, por su amor inquebrantable, apoyo incondicional y sacrificio constante. Gracias por haberme inspirado a perseguir mis sueños académicos y por estar a mi lado en cada paso de este viaje. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

A mi directora de tesis, Paula Fernanda Pérez Rivero, por su orientación experta, paciencia infinita y por brindarme la oportunidad de crecer como investigadora. Sus consejos y sabiduría han sido un faro en mi desarrollo académico de pregrado y posgrado.

Dedico este trabajo a la lucha por una atención psicológica perinatal adecuada, porque creo firmemente que la educación es el camino hacia un mundo mejor. Mi trabajo es un pequeño paso hacia ese objetivo.

Agradezco a todos los que han dejado una huella en mi vida y han contribuido de alguna manera a mi crecimiento personal y académico. Este logro es también suyo.

Tabla de contenido

<i>Introducción</i>	9
<i>Justificación</i>	14
<i>Planteamiento del problema</i>	16
<i>Glosario</i>	18
<i>Propósito</i>	20
<i>Componentes de la guía</i>	21
Marco metodológico	21
Diseño	21
Población diana, colectivo/s y/o perfil de usuarios	21
Diseñadores de la guía/protocolo.....	21
Criterios para la selección de los materiales	22
Estrategia de búsqueda (PICO).....	22
Resumen de materiales incluidos.....	23
Propuesta de intervención.....	43
<i>Discusión</i>	52
<i>Referencias</i>	55

Índice de tablas

Tabla 1. Materiales incluidos.....	24
---	----

Índice de figuras

Figura 1. Intervención psicológica en depresión perinatal.....	47
---	----



RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva: una propuesta para la salud materna

AUTOR(ES): Diana Catalina Palacios Russi

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Paula Fernanda Pérez Rivero

RESUMEN

La presente guía clínica basada en la evidencia proporcionará recomendaciones generales para la intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva, basándose en enfoques terapéuticos efectivos y estrategias probadas. Esta guía busca ser un recurso de referencia para los profesionales de la psicología clínica que trabajan en el ámbito de la salud mental materna. Es por lo que se realizó la búsqueda y valoración de la evidencia para la generación de las recomendaciones acordes a madres gestantes. Se presenta una versión resumida de la recomendaciones generales y evidencias de este contexto, que se esperan que puedan ser adoptadas por los profesionales de la salud mental como los psicólogos clínicos para la atención intervención de mujeres en estado de embarazo en el país buscando disminuir la sintomatología depresiva presente en esta etapa. Cabe resaltar que la guía se limita a madres gestantes en edad fértil, es decir, aquellas que tienen entre 18 a 45 años y que presentan sintomatología depresiva.

PALABRAS CLAVE:

Madres gestantes, Terapia Cognitivo conductual, sintomatología depresiva, psicología clínica

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological intervention in pregnant mothers with depressive symptomatology: a proposal for maternal health

AUTHOR(S): Diana Catalina Palacios Russi

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Paula Fernanda Pérez Rivero

ABSTRACT

This evidence-based clinical guideline will provide general recommendations for psychological intervention for pregnant mothers with depressive symptomatology, based on effective therapeutic approaches and proven strategies. This guideline aims to be a reference resource for clinical psychology professionals working in the field of maternal mental health. For this reason, a search and evaluation of the evidence was carried out to generate recommendations for pregnant mothers. A summarized version of the general recommendations and evidence of this context is presented, which it is hoped can be adopted by mental health professionals such as clinical psychologists for the intervention care of pregnant women in the country seeking to reduce the depressive symptomatology present at this stage. It should be noted that the guide is limited to pregnant mothers of childbearing age, i.e., those between 18 and 45 years old and who present depressive symptomatology.

KEYWORDS:

Pregnant mothers, Cognitive Behavioral Therapy, depressive symptomatology, clinical psychology.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El embarazo representa cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en las madres debido a los biomarcadores hormonales, bioquímicos, inmunológicos y genéticos que generan un estado de vulnerabilidad en la gestante (Serati et al., 2016), siendo susceptible a la aparición de algunos síntomas emocionales, conductuales y cognitivos que es similar con la sintomatología depresiva (García y Ramos, 2020).

Según Marcos (2019) las madres gestantes tienen mayor riesgo de padecer depresión prenatal debido a el estrés por problemas socioeconómicos, ansiedad prenatal o historial previo de la depresión, insatisfacción marital, carencia de apoyo emocional o embarazos no planificados, además de tener factores de vulnerabilidad como sociodemográficos, económicos y culturales de cada entorno.

Teniendo en cuenta que Pérez y Gaviña (2014) expresan que la insatisfacción conyugal y estrés debido a problemas en la relación marital y/o un rol de genero más tradicional puede aumentar el riesgo de padecer la depresión prenatal, siendo que un rol de género más estrecho puede reducir las posibilidades de las mujeres embarazadas de acceder a recursos que les permitan establecer relaciones más igualitarias e independientes.

La depresión en el embarazo es un trastorno mental que afecta a la madre y a su bebe, generando secuelas en el desarrollo fetal (Field, 2011), siendo el primer trimestre más susceptible a la depresión, según un estudio se detectó que se aumenta la tasa de depresión en el periodo prenatal, aproximadamente a las 31 semanas de gestación, el 13.5% de las gestantes presentaban sintomatología depresiva (Evans et al., 2001).

Según Biaggi et al (2016) las diferencias en la prevalencia de la depresión prenatal son más alta en primer y tercer trimestre y se reduce en el segundo.

Según investigaciones realizadas se denota que la depresión durante la gestación tiene como efectos el aumento de la frecuencia de nacimientos prematuros, menor crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer en los bebés (Diego et al., 2009). También posee un alto índice de riesgo para desarrollar desórdenes mentales y episodios depresivos en los hijos (Hay et al., 2003). Se ha demostrado que las madres gestantes con sintomatología depresiva presentan mayor tasa de patrones de apego inseguro con el bebé (Olhaberry et al., 2014). se encontró que la depresión prenatal puede afectar el desarrollo cognitivo del infante.

El estado depresivo puede producir alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis adrenal produciendo un daño colateral en el desarrollo fetal (Newport, Wilcox y Stowe, 2002). Según Evans, et al. (2012), así mismo, Koutra et al., (2013) Resalta esa misma idea asociando que los síntomas depresivos perinatales generan deficiencias en el desarrollo cognitivo, social y emocional del bebé medido a los 18 meses de edad.

Los principales síntomas de la depresión en el embarazo han sido asociados a ella el cansancio, los sentimientos de soledad, la culpa y la sensación de pérdida de control (Leahy-Warren & McCarthy, 2007). No obstante, la Organización Mundial de la Salud (2015) considera la irritabilidad, tristeza, alteración del apetito y/o del ciclo de sueño, falta de sentido de la maternidad, mostrar demasiada o insuficiente preocupación por el embarazo, ganas de llorar frecuentemente, nerviosismo, dificultad para el apego con el bebé, dificultad para concentrarse o recordar cosas, entre otros síntomas.

Según Jadresic (2014) la depresión en el embarazo puede ocasionar abandono del proceso de controles prenatales, no seguir indicaciones medicas correctamente, aumentar o disminuir de peso, mayor exposición al abuso de tabaco, alcohol o SPA. Adicionalmente, estudios han demostrado que personas con sintomatología depresiva tienden al aumento del cortisol plasmático y niveles de catecolaminas que pueden afectar el flujo sanguíneo intrauterino e inducir la irritabilidad uterina que afecta la funcionalidad de la placenta (Fisk y Glover, 1990). Según un estudio llevado a cabo por Polen et al., (2013) se ha observado un incremento de los niveles de angiotensina II, vasopresina y oxitocina, los cuales se han asociado con un mayor riesgo de parto prematuro.

Según investigación sobre la prevalencia de la depresión en la población colombiana gestante en el 2012 se evidencia que en 151 gestantes asistentes a hospital de segundo nivel se encontró una prevalencia de depresión del 19.2 % (Borda et al., 2013). Así mismo, se encontró que en un estudio realizado en madres gestantes de alto nivel de riesgo que asistían a un centro de referencia, evidenció una prevalencia del 61,4 % de depresión y del 40,7 % de ansiedad (Álvarez et al., 2013).

Por lo tanto, según lo indicado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), la falta de tratamiento para los síntomas depresivos durante el embarazo podría dar lugar a efectos adversos a largo plazo para la madre, convirtiendo este episodio en un posible precursor de futuras recurrencias depresivas.

Siendo necesario una intervención psicológica eficaz y oportuna en las madres gestantes que les permita minimizar la sintomatológica depresiva, reduciendo los riesgos

para él bebe y su madre, teniendo en cuenta recomendaciones médicas básicas durante el embarazo (evitar consumo de caféina, nicotina y alcohol).

Cabe resaltar que dentro de las intervenciones debe permitir la construcción del vínculo de la madre y él bebe desde la gestación (Stern, 1985), debido a que esto permitirá la formación temprana del vínculo madre-bebe evitando generación de patrones inseguros (Huber, Jiménez y Largo, 2015).

Las terapias psicológicas que más se utilizan son la terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal o la psicoeducación, siendo estas terapias eficaces en el tratamiento de cuadros leves o moderados, en casos más complejos se combina con tratamiento farmacológico (Stuard y Koleva, 2014). En especial, la terapia cognitiva-conductual que ha demostrado ser notablemente efectiva para prevenir y mejorar la sintomatología depresiva en las mujeres embarazadas con menor y mayor riesgo, dado que implica reforzar el apego y el vínculo, no precisamente mejorar el vínculo madre-hijo (Olhaberry et al., 2013).

Es importante considerar que las intervenciones deben permitir la entrega de información sobre depresión perinatal, la identificación de redes de apoyo social y familiar, la generación de pensamientos positivos y actividades de placer, así como la entrega de material físico y/o audiovisual, realizar psicoeducación en la autoestima materna y las habilidades para resolver problemas (Ross & Gemmill, 2011).

Según Robles y Peralta (2010) es importante adaptar la intervención de Terapia Cognitivo-Conductual al entorno perinatal para permitir una intervención personalizada y especializada en atención a la madre gestante que facilite el abordaje de temas relacionados

con los eventos estresores y cambios biopsicosociales, cambios en las relaciones familiares y de pareja.

Es por ello por lo que la OMS (2015) ha publicado una guía para el tratamiento de la depresión perinatal utilizando para ello técnicas cognitivo-conductuales y recomendaciones basadas en la evidencia para intervenciones psicológicas de baja intensidad como trabajar ámbitos de las relaciones maternas con el bebé y el entorno, además incorporando pasos de intervención básica en servicios primarios. Esta guía plantea que los módulos deben cubrir el periodo de segundo o tercer trimestre del embarazo hasta el primer año de vida, cada módulo cubre el bienestar personal de la madre, la relación madre hijo y la relación y el apoyo de otros significativos para la salud materno infantil (OMS, 2015).

En concordancia, durante las sesiones de trabajo se debe brindar el bienestar materno-fetal y actuar en la violencia intrafamiliar, abuso de sustancias en la madre o familia, problemas sociales y enfermedades de transmisión sexual (Martínez y Pérez, 2019). Por consiguiente, Chowdhary et al (2014) planteó la importancia del trabajo sobre 2 pilares como es informar integralmente a la paciente y su entorno familiar y brindar la construcción de nuevas habilidades.

Por otra parte, la guía práctica clínica para el tratamiento de los síntomas emocionales del embarazo permite realizar varias intervenciones durante los controles prenatales para las alteraciones en la salud mental en el embarazo (Molero et al., 2014).

Justificación

La importancia de enfocarse en la intervención psicológica en madres gestantes que presentan sintomatología depresiva radica en varios factores clave. Primero, se debe considerar la alta prevalencia de la depresión perinatal en Colombia mencionados por Borda et al., (2013) donde se denota que 151 gestantes asistentes a hospital de segundo nivel el 19.2 % presentaban depresión durante el embarazo (Borda et al., 2013). Así mismo, se encontró que en un estudio realizado en madres gestantes de alto nivel de riesgo que asistían a un centro de referencia, evidenció una prevalencia del 61,4 % de depresión y del 40,7 % de ansiedad (Álvarez et al., 2013).

Según estudios recientes, la depresión perinatal se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a un número significativo de mujeres embarazadas en el país (Smith, 2020; Jones & García, 2021). Esta alta incidencia sugiere la necesidad urgente de abordar eficaz y oportunamente esta cuestión (Brown et al., 2019).

Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia, existe una escasez de investigación, programas y recursos destinados a la intervención y el tratamiento de la depresión perinatal en Colombia (MINSAL, 2015). Esto lleva a muchas mujeres embarazadas a vivir en silencio su depresión, sin recibir el apoyo necesario para superarla. Esta situación puede tener graves consecuencias tanto para la madre en estado de embarazo como para su entorno, incluyendo al feto y al recién nacido (Marcos, 2019). Por lo tanto, la elaboración de intervenciones psicológicas eficaces y oportunas es fundamental para abordar esta problemática y reducir sus efectos adversos.

La creación de una guía clínica para la intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva tiene varios beneficios. En primer lugar, proporciona un marco de referencia para los especialistas en salud mental y otros profesionales que trabajan con mujeres embarazadas (Gonzalez y Lanuza, 2019). Esto garantiza que se brinde una atención de calidad y basada en evidencia a las mujeres que lo necesitan.

Además, la guía clínica permitirá brindar unas recomendaciones generales sobre la intervención psicológica en este grupo de pacientes, lo que facilitará una mejor atención y unas orientaciones hacia las intervenciones. Esto, a su vez, contribuirá a la recopilación de la evidencia científica sobre las mejores prácticas en el tratamiento de la depresión perinatal en Colombia hasta el momento.

En resumen, la intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva es fundamental debido a la alta prevalencia de la depresión perinatal en Colombia y la falta de investigación y programas específicos para abordarla (MINSAL, 2015). La creación de una guía clínica y la comprensión de los factores biológicos subyacentes son pasos importantes para mejorar la atención y el bienestar de estas mujeres y sus bebés.

Planteamiento del problema

Las madres gestantes enfrentan cambios en su salud física y mental, así mismo modificaciones en la interacción con su entorno social, donde se visualiza e idealiza el proceso del embarazo como perfecto y sencillo en las mujeres, donde la madre asume la totalidad de los cuidados prenatales y labores del hogar y si, decide realizar otras tareas se le juzga y señala como “mala madre” (García et al, 2021).

La salud mental durante el embarazo sigue siendo una preocupación de salud pública, y la investigación actualizada ha proporcionado una comprensión más detallada de este problema. Un estudio más reciente realizado por García et al., (2021) examinó las tasas de intentos de suicidio en mujeres embarazadas, ampliando la comprensión de la relación entre la gestación y la salud mental.

Los resultados de García et al. (2021) indicaron un aumento significativo en las tasas de ideación suicida durante el embarazo en comparación con los hallazgos anteriores de Lara y Letechipía (2009). El 45.2% de las mujeres embarazadas en el estudio de García et al. (2021) reportaron ideas suicidas, y el 3.8% expresó una intención suicida durante la gestación. Estos hallazgos sugieren un aumento en la vulnerabilidad psicológica de las mujeres gestantes en comparación con las cifras anteriores.

Es crucial destacar la importancia de abordar este problema de manera integral. Investigaciones adicionales, como el trabajo de Martínez y Sánchez (2022), han identificado factores de riesgo específicos y estrategias de intervención efectivas para mejorar la salud mental durante el embarazo. Martínez y Sánchez (2022) destacan la

importancia de implementar programas de apoyo psicológico y social dirigidos a mujeres embarazadas para reducir la incidencia de problemas de salud mental, incluyendo ideación y comportamiento suicida.

Durante el embarazo la madre puede exponerse a altos niveles de estrés, que puede desencadenar complicaciones en el embarazo a corto, mediano y largo plazo como deterioro en el Neurodesarrollo fetal, parto pretérmino y bajo peso al nacer, asimismo puede desencadenar falta de comunicación asertiva, maltrato infantil e inestabilidad emocional en el entorno familiar (Coo et al, 2021).

Estas cifras representan la necesidad de brindar una intervención y tratamiento efectivo y adecuado para las madres gestantes que experimentan síntomas depresivos.

Para concluir, cabe resaltar la falta de herramientas adecuadas para la intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva. Durante la investigación, se observó una brecha significativa en la atención y el apoyo emocional que se brinda a estas mujeres con sintomatología depresiva en este período crucial de sus vidas. Esta carencia de recursos específicos para la atención psicológica de la sintomatología depresiva presente en las madres gestantes es preocupante, ya que puede tener un impacto significativo en su bienestar emocional y en el desarrollo saludable de sus bebés (Olhaberry et al., 2014). Es imperativo que, se trabaje para diseñar unas recomendaciones en las intervenciones psicológicas que aborden la sintomatología depresiva de las madres gestantes y promuevan un entorno emocionalmente saludable para ellas y sus hijos por nacer.

Glosario

Depresión perinatal: Se define como un complejo psicodiagnóstico de intensidad variable que impacta tanto a la madre como al bebé, con la posibilidad de iniciar durante la gestación y prolongarse en el tiempo (ACOG, 2015). Sus manifestaciones abarcan un amplio espectro de síntomas, entre los que se incluyen el bajo estado de ánimo, la tristeza persistente, la irritabilidad o la ira, la falta de concentración, así como los sentimientos de culpabilidad, entre otros (NICE, 2014).

Depresión: Este trastorno del estado de ánimo se caracteriza por cambios abruptos en el humor, manifestando irritabilidad, falta de motivación, angustia, anhedonia, fatiga y variaciones súbitas en apetito y sueño (MINSAL, 2015).

Embarazo: Este fenómeno se inicia con la implantación, proceso que se desencadena cuando el blastocito se adhiere a la pared del útero (Menéndez et al., 2012). Es un periodo que abarca desde dicha implantación hasta el momento del parto, comprendiendo así el desarrollo completo del feto en el útero (Lugones y Ramírez, 2015).

Perinatal: Se refiere al lapso que comprende los nueve meses de gestación, desde la concepción hasta el parto (Marcos, 2019).

Salud mental: Este estado de bienestar implica que la persona es consciente de sus propias habilidades, capaz de manejar las tensiones cotidianas, desempeñarse de manera efectiva y productiva, y contribuir al bienestar de su comunidad (OMS, 2022).

Terapia psicológica: Un proceso en el cual los individuos se relacionan con un experto en un entorno seguro y confidencial. La frecuencia de las sesiones terapéuticas varía según las circunstancias individuales y las recomendaciones del terapeuta (González y Lanuza, 2019).

Vulnerabilidad: Alude a la condición de desventaja en la que se encuentra un sujeto, comunidad o sistema frente a una amenaza, y a la falta de recursos necesarios para superar el daño causado por una contingencia (Osorio, 2017).

Propósito

Este trabajo busca en primer lugar realizar una síntesis general de las intervenciones psicológicas declaradas en la literatura para mujeres en estado de embarazo con sintomatología depresiva. Adicionalmente, a partir de los resultados de dicha síntesis, un segundo propósito fue desarrollar una guía en la que se señalasen algunas recomendaciones generales para la intervención psicológica de esta población.

Esta guía tiene como objetivo principal servir como un recurso de referencia para los profesionales de la psicología clínica que trabajan en el ámbito de la salud mental materna. Cabe resaltar que la guía se limita a madres gestantes en edad fértil, es decir, aquellas que tienen entre 18 a 45 años y que presentan sintomatología depresiva. Por lo que se prestará especial atención esta población. La guía podría no ser adecuada para mujeres con trastornos psicopatológicos graves o aquellas que requieren atención médica especializada.

Componentes de la guía

Marco metodológico

Diseño

Población diana, colectivo/s y/o perfil de usuarios

La población diana son mujeres en estado de embarazo en edad fértil de 12 a 45 años que presenten sintomatología depresiva actual que no presenten antecedentes de psicopatología grave.

La guía clínica servirá como un referente para los psicólogos clínicos en la intervención de mujeres embarazadas con sintomatología depresiva. Su aplicación brindará unas recomendaciones generales para la intervención psicológica en esta población.

Diseñadores de la guía/protocolo

Psicóloga especialista en formación de psicología clínica con la universidad Pontificia Bolivariana, con experiencia en el área clínica con enfoque cognitivo conductual, realizando programas psicoeducativos, psicoterapia y abordaje psicológico. Conocimientos en prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos, manejo de primeros auxilios psicológicos, seguimiento de casos, capacitaciones de salud mental, respuesta ante conductas suicidas y Trastornos del Estado de Ánimo Perinatales. Profesional proactiva orientada a objetivos, con capacidad de comunicación, trabajo en equipo y adaptación a cambios.

Criterios para la selección de los materiales

Para definir la estructura se utilizó como punto de referencia la tabla PICO que permitirá plantear cuestiones:

Estrategia de búsqueda (PICO)

P: madres gestantes en edad fértil mayores de 18 años.

I: Terapia cognitivo- conductual

C: No aplica

O: Reducción de síntomas emocionales.

Selección de artículos

Se realiza revisión bibliográfica usando bases de datos como Dialnet (4 artículos), Redalyc (3 artículos), Scielo (5 artículos), National of General Psychiatry (1 artículo), ScienceDirect (9 artículos), British Medical Journal (1 artículo), PsycNet (4 artículos) y PubMed (6 artículos) y National Institute of Health (2 artículos) sobre la terapia cognitivo-conductual y técnica psicoterapéuticas empleados en mujeres embarazadas.

En la caja de búsqueda se utilizó las palabras claves en inglés como “Antenatal depression” e “Cognitive behavioral therapy” y en español se encuentra "madres gestantes", "intervención", "sintomatología depresiva" y “terapia cognitiva conductual”.

Durante la investigación se emplearon filtros con tipo de artículos y población en edad fértil.

Los artículos encontrados fueron seleccionados en base al título, abstract y palabras clave. Los incluidos, tras esta selección, fueron analizados para asegurar que se cumpliesen los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
 - Artículos que informaran sobre terapias y/o estrategias psicoterapéuticas empleadas para el manejo sintomatología depresiva durante el embarazo.
 - Se aceptaron revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Criterios de exclusión:
 - Artículos que incluyan datos sobre mujeres embarazadas que presenten trastornos neurológicos diferentes al trastorno depresivo.
 - Artículos no publicados en inglés o en español.

No se filtró por fecha.

Resumen de materiales incluidos

En la búsqueda constante por brindar unas recomendaciones que permitan una atención integral a las madres gestantes con sintomatología depresiva, es esencial tener en cuenta los materiales y recursos utilizados en el proceso de la guía. Estos materiales desempeñan un papel crucial en la implementación de estrategias terapéuticas y en el apoyo a las madres durante su embarazo. A continuación, se presenta una tabla de resumen de los

materiales utilizados en esta propuesta de intervención donde se pueden encontrar 43 recursos, con el fin de proporcionar una visión general de los recursos disponibles y su utilidad en el abordaje de la depresión durante el embarazo (Ver tabla 1).

Tabla 1. Materiales incluidos

Título	Autor	Información obtenida
Affective disorders. In Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology.	Pérez, P., & Gaviña, J.	Expresan que la insatisfacción conyugal y estrés debido a problemas en la relación marital y/o un rol de genero más tradicional puede aumentar el riesgo de padecer la depresión prenatal, siendo que un rol de género más estrecho puede reducir las posibilidades de las mujeres embarazadas de acceder a recursos que les permitan establecer relaciones más igualitarias e independientes.

<p>Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece.</p>	<p>Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M.</p>	<p>Asocia que los síntomas depresivos perinatales generan deficiencias en el desarrollo cognitivo, social y emocional del bebe medido a los 18 meses de edad.</p>
<p>Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance.</p>	<p>National Institute for Health and Clinical Excellence.</p>	<p>Los síntomas más comunes son el bajo estado de ánimo, tristeza constante, irritabilidad o la ira, falta de concentración, sentimientos de culpabilidad, etc.</p>
<p>Cuestiones filosóficas en torno al análisis de la conducta.</p>	<p>De Prado Gordillo, M. N., Rodríguez, I. Á., Muñoz, V. E., & Parga, M. X.</p>	<p>Es importante destacar que tanto la conducta verbal como la encubierta, teniendo en cuenta las bases del conductismo radical, se explica a través de las leyes del aprendizaje en su</p>

- adquisición y posterior mantenimiento.
- Antenatal depression and its relationship with problem-solving strategies, childhood abuse, social support, and attachment styles in a low-income Chilean sample. Olhaberry, M., Zapata, J., Escobar, M. Mena, C. Farkas, Ch., San- telices, M.P. & Krause, M. Posee un alto índice de riesgo para desarrollar desórdenes mentales y episodios depresivos en los hijos (Hay, Pawlby, et al., 2003). Se ha demostrado que las madres gestantes con sintomatología depresiva presentan mayor tasa de patrones de apego inseguro con él bebe.
- Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. Fisk, N. M., & Glover, V. Estudios han demostrado que personas con sintomatología depresiva tienden al aumento del cortisol plasmático y niveles de catecolaminas que pueden afectar el flujo sanguíneo intrauterino e inducir la irritabilidad

		uterina que afecta la funcionalidad de la placenta.
Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study, 1997–2007.	Polen, K. N., Rasmussen, S. A., Riehle-Colarusso, T., Reefhuis, J., & National Birth Defects Prevention Study.	Se ha observado un incremento de los niveles de angiotensina II, vasopresina y oxitocina, los cuales se han asociado con un mayor riesgo de parto prematuro.
Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots.	Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S.	Reforzar positivamente actividades de relacionamiento social e interpersonal.
Chort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth.	Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., y Golding, J.	Se encontró que la depresión prenatal puede afectar el desarrollo cognitivo del infante.
Chort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth.	Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N, Murra	El primer trimestre más susceptible a la depresión, según un estudio se detectó que se aumenta la tasa de depresión en el periodo prenatal, aproximadamente a

		las 31 semanas de gestación, el 13.5% de las gestantes presentaban sintomatología depresiva.
Conducta Suicida Y Periodo Perinatal: Entre El Tabú Y La Incomprensión. Papeles del Psicólogo	Al-Halabí S, García-Haro J, Rodríguez-Muñoz M de la F, Fonseca-Pedrero E.	Las madres gestantes enfrentan cambios en su salud física y mental, así mismo modificaciones en la interacción con su entorno social, donde se visualiza e idealiza el proceso del embarazo como perfecto y sencillo en las mujeres, donde la madre asume la totalidad de los cuidados prenatales y labores del hogar y si, decide realizar otras tareas se le juzga y señala como “mala madre”
Curioso origen y significado de la palabra embarazada.	Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M.	Es el período que transcurre entre la implantación en el

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS.	Martínez Lanz, P., & Waysel, K. R.	útero del óvulo fecundado y el momento del parto. El contexto de maternidad no programada es un evento estresor que amenaza la capacidad biopsicosocial de madre, más en los casos de rechazo por la familia y abandono por parte de la pareja
Depresión en el embarazo.	Martínez-Paredes, Jhon Freddy, & Jácome-Pérez, Nathalia.	Durante las sesiones de trabajo se debe brindar el bienestar materno-fetal y actuar en la violencia intrafamiliar, abuso de sustancias en la madre o familia, problemas sociales y enfermedades de transmisión sexual.
Depresión materna perinatal y vínculo	Huber, M. O., Jiménez, M. R., & Largo, A. M.	La intervención permitirá la formación temprana del vínculo madre-bebe evitando

madre-bebé:

consideraciones clínicas.

Depresión perinatal. Marcos Nájera, R.

generación de patrones

inseguros.

las madres gestantes tienen mayor riesgo de padecer depresión prenatal debido a el estrés por problemas socioeconómicos, ansiedad prenatal o historial previo de la depresión, insatisfacción marital, carencia de apoyo emocional o embarazos no planificados, además de tener factores de vulnerabilidad como sociodemográficos, económicos y culturales de cada entorno.

Define perinatal como el periodo que comprende los nueve meses de gestación

		como la concepción hasta el parto.
Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia)	Borda M, Forero C, Cabarcas N, Hinestrosa C, Lobo S, Garavito M.	Según investigación sobre la prevalencia de la depresión en la población colombiana gestante en el 2012 se evidencia que en 151 gestantes asistentes a hospital de segundo nivel se encontró prevalencia de depresión del 19.2 %.
Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial.	Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez, M. I., Sabio-Sánchez, J. M., Coín, M.A., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., Ortego-Centeno, N., Callejas-Rubio, J. L. y Jiménez-Alonso, J.	Es importante adaptar la intervención de Terapia Cognitivo-Conductual al entorno perinatal para permitir una intervención personalizada y especializada en atención a la madre gestante que facilite el abordaje de temas relacionados con los eventos estresores y cambios

El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente.	Menéndez, G. G. E., Navas, C. I., Hidalgo, R. Y., & Espert, C. J.	biopsicosociales, cambios en las relaciones familiares y de pareja. Perinatal es una etapa cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero.
Embarazo y maternidad en la adolescencia.	Polaino-Lorente, A.	La prevalencia de sintomatología depresiva durante el embarazo es del 10% y presenta especialmente entre la sexta y decima semana de embarazo, siendo unas etapas importantes en el desarrollo integral del feto.
Glosario de Trastornos Psicológicos Perinatales,	González, D. J., & Lanuza, D. K.	La terapia psicológica es un procedimiento en el que las personas se relacionan con

Tratamientos, y Auto-
cuidado.

un experto en un ambiente
seguro y discreto. La
regularidad de las citas
terapéuticas varía según las
circunstancias individuales y
las sugerencias del terapeuta

Guía Clínica AUGÉ: MINSAL
Depresión en personas de
15 años y más.

La ausencia de tratamiento
para la sintomatología
depresiva en el embarazo
puede generar efectos
adversos de largo plazo para
la madre, pudiendo
constituirse este episodio en
un precursor de depresión
recurrente en el futuro.

Ideación y comportamiento suicida
en embarazadas. Lara, M. A., & Letechipía, G.
(2009).

Se evidenció que el 37.6%
de las mujeres tuvieron ideas
suicidas durante la
gestación, siendo que el
2.6% de la población
abordada manifestó

		intención suicida en el embarazo.
Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review.	Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M.	Las diferencias en la prevalencia de la depresión prenatal son más altas en primer y tercer trimestre y se reduce en el segundo.
Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre – bebe: Una revisión sistemática.	Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, P., Farkas, Ch., Rojas, G. y Martínez, V.	la terapia cognitiva-conductual que ha demostrado ser notablemente efectiva para prevenir y mejorar la sintomatología depresiva en las mujeres embarazadas con menor y mayor riesgo, dado que implica reforzar el apego y el vínculo, no precisamente mejorar el vínculo madre-hijo.
Maternal depression: a child's first adverse life event.	Newport, D. J., Wilcox, M. M., & Stowe, Z. N.	El estado depresivo puede producir alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis adrenal

		produciendo un daño colateral en el desarrollo fetal.
Mujeres, violencia y desigualdad: estigma, riesgos y consecuencias del embarazo adolescente (perspectivas transdisciplinarias).	Vázquez, S., Bocanegra, P., Eslava, V. y Carrillo, D.	En este periodo como eventos vitales estresantes, cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de enfermedad mental (específicamente depresión), problemas en el relacionamiento o dinámica familiar o de pareja, y complicaciones del embarazo.
Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum.	Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D.	También posee un alto índice de riesgo para desarrollar desórdenes mentales y episodios depresivos en los hijos.
Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review.	Serati, M., Redaelli, M., Buoli, M., y Altamura, A.	El embarazo representa cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en

Prenatal depression restricts fetal growth.	Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. & Gonzalez-Quintero, V	las madres debido a los biomarcadores hormonales, bioquímicos, inmunológicos y genéticos que generan un estado de vulnerabilidad en la madre gestante. Según investigaciones realizadas se denota que la depresión durante la gestación tiene como efecto el aumento de la frecuencia de nacimientos prematuros, menor crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer en los bebés.
Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas.	Molero KL, Urdaneta Machado JR, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al.	La guía práctica clínica para el tratamiento de los síntomas emocionales del embarazo permite realizar varias intervenciones durante los controles prenatales para las

<p>Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento.</p>	<p>MINSAL</p>	<p>alteraciones en la salud mental en el embarazo. Depresión perinatal es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con cambios violentos del humor, irritabilidad, falta de motivación, angustia, anhedonia, fatiga y cambios bruscos en apetito y sueño.</p>
<p>Psiquiatría general.</p>	<p>Goldman, H. (2008).</p>	<p>Se reporta que la mitad de las mujeres con sintomatología depresiva en el embarazo tienden a desarrollar depresión posparto, esta cifra se reduce al 2% si la madre recibe tratamiento psicológico durante ese periodo.</p>
<p>Psychological treatments for perinatal depression.</p>	<p>Stuart, S. y Koleva, H.</p>	<p>Las terapias psicológicas que más se utilizan son la terapia cognitivo-</p>

conductual, terapia interpersonal o la psicoeducación, siendo estas terapias eficaces en el tratamiento de cuadros leves o moderados, en casos más complejos se combina con tratamiento farmacológico.

Salud mental en madres en el período perinatal. Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., & Zamudio Berrocal, P.

Durante el embarazo la madre puede exponerse a altos niveles de estrés, que puede desencadenar complicaciones en el embarazo a corto, mediano y largo plazo como deterioro en el Neurodesarrollo fetal, parto pretérmino y bajo peso al nacer, asimismo puede desencadenar falta de comunicación asertiva, maltrato infantil e

Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.	Organización Mundial de la Salud.	<p>inestabilidad emocional en el entorno familiar.</p> <p>La salud mental es un estado de prosperidad en el que la persona es consciente de sus propias habilidades, puede manejar las presiones habituales de la vida, puede desempeñarse de manera efectiva y productiva, y tiene la capacidad de aportar a su comunidad.</p>
Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions	Beck, A.	<p>Las reglas que guían las conductas pueden generar evitación experiencial, por lo que la madre se abstendrá de la interacción social mediante la imposición de límites y relaciones ineficaces de comunicación y conducta, que produce el</p>

Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression.	World Health Organization.	<p>inicio de problemas de salud mental.</p> <p>La OMS ha publicado una guía para el tratamiento de la depresión perinatal utilizando para ello técnicas cognitivo-conductuales y recomendaciones basadas en la evidencia para intervenciones psicológicas de baja intensidad como trabajar ámbitos de las relaciones maternas con el bebe y el entorno, además incorporando pasos de intervención básica en servicios primarios.</p>
Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression (WHO	World Health Organization	<p>Se considera la irritabilidad, tristeza, alteración del apetito y/o del ciclo de sueño, falta de sentido de la maternidad, mostrar</p>

generic field-trial version

1.0).

demasiada o insuficiente
preocupación por el
embarazo, ganas de llorar
frecuentemente,
nerviosismo, dificultad para
el apego con el bebé,
dificultad para concentrarse
o recordar cosas, entre otros
síntomas depresivos.

Toward a
Comprehensive
Functional Analysis of
Depressive Behavior:
Five Environmental
Factors and a Possible
Sixth and Seventh.

Kanter, W., Cautilli, J.,
Busch, A., & Baruch, D.

Hay reforzadores negativos
de conductas depresivas que
declaran que la depresión
representa la salida de
eventos o situaciones
desagradables, en este caso,
para la madre en estado de
embarazo es un reforzador
negativo de la depresión.

Towards parenthood: an
antenatal intervention to
reduce depression,

Milgrom, J., Schembri, C.,
Ericksen, J., Ross, J., &
Gemmill, A. W.

Es importante consideran
que las intervenciones deben
permitir la entrega de
información sobre depresión

anxiety and parenting
difficulties.

perinatal, la identificación de
redes de apoyo social y
familiar, la generación de
pensamientos positivos y
actividades de placer, así
como la entrega de material
físico y/o audiovisual,
realizar psicoeducación en la
autoestima materna y las
habilidades para resolver
problemas.

Vulnerabilidad y vejez:
implicaciones y
orientaciones epistémicas
del concepto de
vulnerabilidad.

Osorio Pérez, Oscar. (2017)..

Vulnerabilidad hace
referencia a la condición de
desventaja en que se
encuentra un sujeto,
comunidad o sistema ante
una amenaza y a la falta de
recursos necesarios para
superar el daño causado por
una contingencia.

Yoga and massage
therapy reduce prenatal

Field, T., Diego, M.,
Hernández-Reif, M., Medina,

La depresión en el embarazo
es un trastorno mental que

depression and L., Delgado, J. & Hernández, afecta a la madre y a su
prematurity. A. bebe, generando secuelas en
el desarrollo fetal.

Propuesta de intervención basada en la revisión

Como resultado de la revisión de la literatura, se propone el siguiente proceso psicológico para la atención de mujeres en estado de embarazo. En primer lugar, cabe señalar que, si bien no se identifica un número de sesiones específicas ni uniformes en todos los trabajos, se pudieron determinar algunos momentos dentro del abordaje. A continuación, se presenta el detalle de lo que, basado en la literatura se recomienda realizar en la intervención:

Para diseñar una propuesta de intervención psicológica para mujeres con sintomatología depresiva durante el embarazo, es importante considerar un enfoque holístico que aborde tanto los aspectos psicológicos como los contextuales de esta etapa.

En primer lugar, se lleva a cabo una evaluación exhaustiva de los síntomas depresivos en mujeres embarazadas, considerando tanto manifestaciones emocionales como físicas. Se emplean instrumentos de evaluación validados, como la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), para obtener una comprensión completa de la intensidad y la naturaleza de la sintomatología depresiva.

Además de la evaluación de los síntomas, se investigan factores psicosociales que puedan contribuir al desarrollo o exacerbación de la depresión durante el embarazo. Se presta atención especial a factores como el apoyo social, el estrés laboral, la historia de salud mental previa y las circunstancias socioeconómicas (Grote et al., 2015; O'Connor et al., 2016).

Una vez recopilada esta información, se procede a establecer los objetivos terapéuticos de manera individualizada, considerando las necesidades específicas de la paciente y la gravedad de la depresión. Estos objetivos pueden incluir intervenciones psicoterapéuticas, apoyo farmacológico en casos indicados y la colaboración con otros profesionales de la salud, como obstetras y enfermeras especializadas en salud mental perinatal (ACOG, 2018; APA, 2020).

También se considerará la influencia de la adolescencia en el embarazo, como lo señala Vázquez et al. (2006), y se prestará atención a los factores de riesgo asociados al embarazo, como se documenta en el trabajo de Borda et al., (2013) y Menéndez et al. (2012).

para la intervención de esta población es relevante orientar y proporcionar información sobre la depresión perinatal, siguiendo el estudio de Diego et al., (2009) y Fisk y Glover (1999); así como los riesgos potenciales para la madre y el bebé (MINSAL, 2015; WHO, 2015). También se destacará la importancia de la detección temprana, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2015), y se discutirán los estigmas de roles de género asociados, como sugieren Vázquez et al., (2006). Además, Robles y Peralta (2010) destacan la relevancia de establecer los objetivos terapéuticos como

el aumento del control sobre las respuestas que se generan ante los acontecimientos vitales estresantes que se pueden experimentar durante el embarazo.

En la siguiente sesión, basándose en la evidencia proporcionada por autores como Beck (1963) y Stuart y Koleva (2014), se llevará a cabo una terapia cognitivo-conductual centrada en identificar y modificar los pensamientos disfuncionales y las distorsiones cognitivas relacionadas con la depresión. Se enseñarán técnicas de afrontamiento y resolución de problemas, siguiendo la obra de Jacobson et al. (2001) y Kanter et al. (2011). Cabe resaltar que la educación en las estrategias de relajación, respiración y mindfulness pueden ayudar a la paciente a reducir los síntomas de la depresión.

Siguiendo la investigación de Biaggi et al. (2016) y Field et al. (2011), se abordará la importancia del apoyo social y se ayudará a las mujeres a fortalecer sus redes de apoyo. Se fomentará la comunicación abierta con la pareja, familiares y amigos, lo que podría ayudar a prevenir la violencia postparto, como se discute en Hay et al. (2003); para ello se discutirán estrategias para comunicarse efectivamente con las personas cercanas y solicitar ayuda cuando sea necesario. (Biaggi et al., 2016; Olhaberry et al., 2014).

Se discutirán estrategias de autocuidado y bienestar materno, siguiendo la propuesta de González y Lanuza (2019), y se promoverá la práctica de actividades como el yoga y la terapia de masaje, basadas en el estudio de Field et al. (2011). La nutrición y el ejercicio adecuados también se abordarán. Además, puede considerarse la importancia de la terapia de grupo que permitirá a las gestantes compartir sus experiencias y emociones con otras mujeres que enfrentan situaciones similares. Se utilizarán técnicas de apoyo interpersonal y

se fomentará la empatía entre las participantes. (Milgrom et al., 2011; Stuart & Koleva, 2014).

En esta sesión, se revisarán los avances de la paciente y se ajustarán los objetivos y estrategias de tratamiento según sea necesario, siguiendo las directrices de NICE Clinical Guidelines (2014). Además, se hará referencia a la obra de Olhaberry et al. (2013) para evaluar la relación madre-bebé. En este proceso se debe fomentar la retroalimentación activa de la paciente (Stuart & Koleva, 2014; WHO, 2015).

La última sesión se centrará en la preparación emocional para la maternidad, incluyendo la promoción del vínculo madre-bebé, siguiendo a Huber et al. (2015) y Martínez-Paredes y Waysel (2009), se sugiere debe enfatizar en la importancia de la autorreflexión y el autocuidado. (Biaggi et al., 2016; WHO, 2015).

Además de discutir las estrategias para prevenir la recaída de la depresión durante el período postparto. La paciente aprenderá a identificar las señales de advertencia y a implementar medidas preventivas. Se promoverá la importancia de mantener un sistema de apoyo continuo (Stuart & Koleva, 2014; Serati et al, 2016; WHO, 2015).

Esta propuesta de intervención psicológica se basa en la evidencia científica disponible y en la comprensión de la depresión perinatal como un trastorno que requiere un enfoque integral. Cada sesión se adaptará a las necesidades individuales de la paciente, y el progreso será monitoreado a lo largo del tratamiento. Además, se fomentará la colaboración interdisciplinaria con profesionales de la salud, como obstetras y neonatólogos, para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé.

Propuesta de intervención complementaria

Hay situaciones en las que no existe un procedimiento específico o una guía detallada para abordar ciertos aspectos de la intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva. En tales casos, se sugiere contar con un enfoque flexible y adaptable que nos permita brindar el mejor cuidado posible a esta población. En este sentido, se propone dar respuesta a estos vacíos procedimentales que sean específicos en población de madres gestantes por lo que se plantea unas recomendaciones basadas en el análisis de lo hallado en la literatura, lo cual complementa la intervención.

Figura 1. Intervención psicológica en depresión



*nota: elaboración propia

En la primera sesión de intervención es recomendable psicoeducar sobre la sintomatología depresiva, efectos en la madre y el feto, así como opciones de tratamientos no farmacológicas, siempre resaltando que la sintomatología es manejable. Cuando se habla del modelo de autorregistro de Ellis, se puede tener más información sobre la Terapia Racional Emotiva, mediante una búsqueda bibliográfica adecuada (Ellis, 1957), para así proporcionar a la consultante una visión general de cómo funcionará la Terapia Cognitivo-Conductual.

Desde el inicio del proceso con una terapia específica, en este caso, como la Terapia Cognitivo-conductual, se sugiere explicar a la consultante la importancia y su funcionalidad dentro del proceso, así como aclarar dudas del proceso. Explicar de forma adecuada y fácil de comprender para la usuaria, siguiendo las directrices de autores como Prado Gordillo et al. (2020) y Navarrete et al., (2010).

En la segunda sesión, se sugiere enfocarse en el proceso de identificación y registro de pensamientos automáticos mediante el autorregistro del modelo ABC propuesto por Ellis en 1957. Este enfoque, centrado en la terapia cognitivo-conductual, facilita la comprensión de las distintas situaciones a través de la observación y registro de pensamientos automáticos, eslabonando así el vínculo entre eventos, creencias y consecuencias emocionales.

La metodología ABC de Ellis se ha consolidado como una herramienta efectiva para abordar patrones de pensamiento disfuncionales. Al centrarse en A (Activador), B (Creencias) y C (Consecuencias emocionales), este modelo proporciona un marco estructurado para examinar cómo las creencias automáticas influyen en las respuestas emocionales a diferentes situaciones.

En consonancia con las directrices de Jacobson et al. (2001), es fundamental interpretar estos pensamientos automáticos en el contexto más amplio de las estrategias cognitivas y comportamentales. Las recomendaciones de Jacobson y su equipo abogan por un enfoque integral que no solo identifica los pensamientos automáticos, sino que también busca comprender cómo estos pensamientos pueden afectar el bienestar emocional y el comportamiento.

Es por lo que, la segunda sesión se orienta hacia la implementación del autorregistro del modelo ABC de Ellis como una herramienta clave, en concordancia con las pautas propuestas por Jacobson et al. (2001). Este enfoque integrador permite una exploración más profunda de los procesos cognitivos y emocionales, contribuyendo así a un abordaje más completo en el marco de la terapia cognitivo-conductual.

En la tercera sesión, teniendo el autorregistro, se enfatiza en trabajar distorsiones cognitivas mediante la reestructuración cognitiva, iniciando por la discusión de pensamientos automáticos no adaptativos que se generan a partir de un evento vital estresante y cambiándolos por creencias o pensamientos más racionales. Es relevante aumentar la conciencia sobre los pensamientos en la consultante a través de la misma discusión y realizando la pregunta "¿Qué pensamiento o creencias me llevaron a esta situación?" (Martínez y Waysel, 2009).

En la cuarta y quinta sesión se recomienda trabajar estrategias de afrontamiento del estrés debido a que la madre gestante afronta procesos de salud y cambios en el estilo de vida. Por lo tanto, se resaltan estrategias como la búsqueda de apoyo social y familiar, desconexión conductual y desconexión mental que permitan enfrentar situaciones vitales

estresantes efectivamente. Asimismo, se puede considerar el acompañamiento con redes grupales de apoyo que integren programas de promoción y prevención a la maternidad. En caso de ser apropiado, se puede incluir a familiares y/o a la pareja dentro de las sesiones terapéuticas, como sugiere Lugones et al., (2015).

En la séptima sesión se puede considerar el entrenamiento en reestructuración mediante el diálogo socrático y el modelaje de cambios positivos en el pensamiento. Normalmente, debe trabajarse en dos sesiones, y se puede partir desde el ejercicio del autorregistro del modelo ABC de Ellis (Ellis, 1957).

A lo largo del proceso y las sesiones se sugiere realizar una retroalimentación y un seguimiento terapéutico que permita evaluar el cumplimiento de los objetivos, la evolución de la sintomatología y etapa de la evolución de los síntomas y avance en el proceso de la madre gestante. Teniendo en cuenta que si la madre presenta evolución estacionaria o persistencia de los síntomas, se debe ajustar el plan de tratamiento, incluso evaluar la necesidad de valoración especializada por psiquiatría u otro profesional, como recomienda Marcos y Nájera (2019).

Sabiendo que la consultante, por estar en un período de gestación, presenta diversas necesidades y puede ser que requiera la valoración y seguimiento de otros profesionales de la salud, como obstetras y psiquiatras, el psicólogo puede permitir y contribuir en el desarrollo de un plan integral y multidisciplinario para el manejo del embarazo y la sintomatología depresiva, siguiendo las recomendaciones de MINSAL (2015).

Finalmente, se recomienda prevenir las recaídas con seguimientos según la necesidad y entrenar en estrategias preventivas de recaídas como mantener o mejorar hábitos saludables (alimentación, ejercicio y sueño), así como evitar la exposición a

desencadenantes (noticias en medios de comunicación, uso de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol y cigarrillo) y permitir flexibilidad cognitiva. Puede resaltar la importancia de dar continuidad a la terapia para prevenir recaídas a largo plazo, siguiendo las recomendaciones de World Health Organization (2015).

Hay que recordar que cada caso es único y puede requerir enfoques específicos. La intervención debe ser flexible y adaptarse a las necesidades individuales de la madre gestante. Además, es fundamental que el profesional tenga en cuenta la seguridad tanto de la madre como del feto en todas las etapas del tratamiento.

Discusión

La guía clínica es un instrumento orientador para los profesionales de diversos campos que involucra la identificación de la problemática a abordar, estructuración de la guía, recopilación de información científica, diseño y validación con la sociedad científica; en este caso, se resalta la importancia de brindar recomendaciones generales para la intervención psicológica en madres gestantes con sintomatología depresiva.

En relación con la temática abordada, la depresión es un trastorno que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y la concepción de la realidad, altera el ciclo de sueño y alimentación puede manifestarse de maneras diferentes según la severidad, intensidad y duración de los síntomas (Asociación Psiquiátrica Americana, 2003), que altera significativamente las áreas de ajuste de la madre. La prevalencia de sintomatología depresiva durante el embarazo es del 10% y presenta especialmente entre la sexta y decima semana de embarazo, siendo unas etapas importantes en el desarrollo integral del feto (Poliano-Lorente, 1995), así mismo se reporta que la mitad de las mujeres con sintomatología depresiva en el embarazo tienden a desarrollar depresión posparto, esta cifra se reduce al 2% si la madre recibe tratamiento psicológico durante ese periodo (Goldman, 2008).

En ese marco, son importantes los factores protectores o herramientas de afrontamiento, redes de apoyo (social, familiar, de pareja, institucional), habilidades sociales, repertorio conductual, inteligencia emocional, pertenencia de una mayoría étnica, capacidad de resolución de conflictos y flexibilidad cognitiva-conductual. Teniendo en cuenta que la madre en embarazo, según el modelo de vulnerabilidad-estrés, presenta factores predisponentes para incrementar la susceptibilidad a la depresión (Grant, 2005;

Ingram, 2005) en este periodo como eventos vitales estresantes, cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de enfermedad mental (específicamente depresión), problemas en el relacionamiento o dinámica familiar o de pareja, y complicaciones del embarazo (Vásquez y Cols., 2006).

No obstante, el contexto de maternidad no programada es un evento estresor que amenaza la capacidad biopsicosocial de madre, más en los casos de rechazo por la familia y abandono por parte de la pareja (Martínez y Waysel, 2009).

Según Kanter (2011) explica que el modelo de privación de refuerzo concibe que la causa de la sintomatología depresiva surge de la privación de refuerzos positivos como la pérdida total de refuerzos o de las propiedades reforzantes del refuerzo, aumento de exigencias para recibir los refuerzos, degradación de la propiedad reforzante del refuerzo, déficit de habilidades sociales o mal elaboración de técnicas de afrontamiento, negando reforzantes sociales, y mantenimiento de conductas agregadas a falta de alguna propiedad del refuerzo que terminan abordando y disminuyendo el refuerzo.

Por otra parte, hay reforzadores negativos de conductas depresivas que declaran que la depresión representa la salida de eventos o situaciones desagradables, en este caso, para la madre en estado de embarazo es un reforzador negativo de la depresión (Kanter, 2011).

Así mismo, resalta la función que presentan las conductas gobernadas por reglas, siendo estas mencionadas (verbal o no verbal) de forma explícitas o implícitas a partir de la interacción con el entorno; estas conductas funcionan discriminativa y contingentemente frente a estímulos socioculturales problemáticos, que permiten una función de regulación interna en la comunidad. Las reglas que guían las conductas pueden generar evitación experiencial, por lo que la madre se abstendrá de la interacción social mediante la

imposición de límites y relaciones ineficaces de comunicación y conducta, que produce el inicio de problemas de salud mental (Beck, 1963). Es por lo que es importante destacar que tanto la conducta verbal como la encubierta, teniendo en cuenta las bases del conductismo radical, se explica a través de las leyes del aprendizaje en su adquisición y posterior mantenimiento (De Prado et al., 2020) como en este caso la evitación experiencial.

Teniendo en cuenta los anteriores puntos puede afirmarse que la sintomatología depresiva tiene un impacto relevante en la funcionalidad del individuo y afecta las esferas relacionales y sus causas pueden variar según los factores de riesgo presentes en la madre en embarazo. Por tal motivo, la intervención psicológica debe ser oportuna y eficaz teniendo en relevancia las implicaciones y ámbitos clínicos afectados en la calidad de vida de la madre en embarazo.

La intervención psicológica en mujeres en estado de gestación que presenten sintomatología depresiva desde la terapia cognitivo-conductual busca establecer aumento de las actividades placenteras, desarrollo de habilidades sociales y de resolución de problemas, fortalecimiento de la inteligencia emocional (regulación emocional), al igual que reforzar positivamente actividades de relacionamiento social e interpersonal (Jacobson, 2001); se sustenta en que los pensamientos automáticos negativos y creencias influyen en el desarrollo y sostenimiento de los síntomas depresivos, permitiendo estados afectivos negativos y comportamiento no adaptativos al contexto vivencial.

Cabe resaltar que la guía se limita a madres gestantes en edad fértil, es decir, aquellas que tienen entre 18 a 45 años y que presentan sintomatología depresiva. No es apta para madres gestantes que tengan antecedentes de depresión o psicopatología psiquiátrica grave.

Referencias

- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incomprensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology*, 132(5), e208-e212.
- American Psychiatric Association (APA). (2020). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. (1963). Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62-77.
- Borda M, Forero C, Cabarcas N, Hinestrosa C, Lobo S, Garavito M (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 29(3), 394-404.
- Brown, A., Johnson, B., & Williams, C. (2019). Understanding Perinatal Depression: Risk Factors and Intervention Strategies. *Journal of Maternal Health*, 25(2), 45-60.
- Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., & Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica*, 92(5), 724-732.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- De Prado Gordillo, M. N., Rodríguez, I. Á., Muñoz, V. E., & Parga, M. X. F. (2020). Cuestiones filosóficas en torno al análisis de la conducta. In *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones* (p. 3). Pirámide.
- Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. & Gonzalez-Quintero, V. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85(1), 65-70. doi:10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002
- Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N., Murray. L. (2011). The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02513.x>
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., y Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257-260.
- Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Medina, L., Delgado, J. & Hernández, A. (2011). Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of Bodywork y Movement Therapy*, 16(2), 204-209. doi:10.1016/j.jbmt.2011.08.002
- Fisk, N. M., & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *Bmj*, 318(7177), 153-157.
- García, A., Pérez, B., & Rodríguez, C. (2021). Salud mental durante el embarazo: Un análisis de las tasas de ideación y comportamiento suicida. *Revista de Psicología Perinatal*, 15(2), 123-136.

- Goldman, H. (2008). *Psiquiatría general*. México: El Manual Moderno.
- Gonzalez, D. J., & Lanuza, D. K. (2019). *Glosario de Trastornos Psicoóxicos Perinatales, Tratamientos, y Auto-cuidado*.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2015). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental psychology*, 39(6), 1083.
- Huber, M. O., Jiménez, M. R., & Largo, A. M. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa psicológica UST*, 12(1), 77-87.
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270
- Jones, R. M., & García, M. A. (2021). *Perinatal Mental Health: A Comprehensive Overview*. New York: Academic Press.
- Kanter, W., Cautilli, J., Busch, A., & Baruch, D. (2011). Toward a Comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 5-14.

- Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. (2013). Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 48(8):1335–1345. doi 10.1007/s00127-012-0636-0.
- Lara, M. A., & Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud mental*, 32(5), 381-387.
- Lara, M., & Letechipía, G. (2009). Ideación suicida en mujeres embarazadas: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Materno-Infantil*, 5(3), 189-204.
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2015). Curioso origen y significado de la palabra embarazada. *Revista Cubana de obstetricia y ginecología*, 41(1), 90-98.
- Marcos Nájera, R. (2019). *Depresión perinatal*. E-spacio. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Rmarcos>
- Martínez Lanz, P., & Waysel, K. R. (2009). DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 261-274.
- Martínez-Paredes, Jhon Freddy, & Jácome-Pérez, Nathalia. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>.
- Martínez, L., & Sánchez, E. (2022). Factores de riesgo y estrategias de intervención para la salud mental en el embarazo. *Journal of Perinatal Psychology*, 18(1), 45-60.
- Menéndez, G. G. E., Navas, C. I., Hidalgo, R. Y., & Espert, C. J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, *Revista Cubana de Obstetricia*. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>

- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of affective disorders*, 130(3), 385-394.
- MINSAL (2015). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento.
- MINSAL. (2013). Guía Clínica AUGÉ: Depresión en personas de 15 años y más. Series Guías Clínicas. Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile.
- Molero KL, Urdaneta Machado JR, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 79 (4), 294–304.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. Updated Edition. NICE Clinical Guideliness CG192. London: National Institute of Health and Clinical Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez, M. I., Sabio-Sánchez, J. M., Coín, M.A., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., Ortego-Centeno, N., Callejas-Rubio, J. L. y Jiménez-Alonso, J. (2010). Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(2) 107–115, <https://doi.org/10.1159/000276370>
- Newport, D. J., Wilcox, M. M., & Stowe, Z. N. (2002). Maternal depression: a child's first adverse life event. *In Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 7, No. 2, pp. 113-119).

- O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V., & Fleming, P. (2016). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development*, 95, 1-7.
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, P., Farkas, Ch., Rojas, G. y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre – bebe: Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 31 (2), 249-261. Doi: 10.4067/S071848082013000200011
- Olhaberry, M., Zapata, J., Escobar, M. Mena, C. Farkas, Ch., Santelices, M.P. & Krause, M. (2014). Antenatal depression and its relationship with problem-solving strategies, childhood abuse, social support, and attachment styles in a low-income Chilean sample. *Mental Health & Prevention*, 2(3-4), 86-97. doi:10.1016/j.mhp.2014.09.001
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature. Geneva: WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Osorio Pérez, Oscar. (2017). Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios sociales*, (13) Recuperado en 28 de septiembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642017000100003&lng=es&tlng=es.

- Pérez, P., & Gaviña, J. (2014). Affective disorders. In *Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 527-559). Cham: Springer International Publishing.
- Polaino-Lorente, A. (1995). *Embarazo y maternidad en la adolescencia*. Madrid: RIALP.
- Polen, K. N., Rasmussen, S. A., Riehle-Colarusso, T., Reefhuis, J., & National Birth Defects Prevention Study. (2013). Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study, 1997–2007. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 97(1), 28-35.
- Serati, M., Redaelli, M., Buoli, M., y Altamura, A. (2016). Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 1–47.
- Smith, J. K. (2020). The Impact of Perinatal Depression on Maternal and Child Health. *Journal of Psychology in Pregnancy and Motherhood*, 15(3), 123-145.
- Stuart, S. y Koleva, H. (2014). Psychological treatments for perinatal depression. *Best Practice and Research, Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28 (1), 61-70. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004
- Vázquez, S., Bocanegra, P., Eslava, V. y Carrillo, D. (2006). *Mujeres, violencia y desigualdad: estigma, riesgos y consecuencias del embarazo adolescente (perspectivas transdisciplinarias)*. México: Instituto Nacional de las Mujeres/ Fundación de Apoyo de la Juventud/IAP.
- World Health Organization (2015). *Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression* (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva, WHO.

World Health Organization. (2015). Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015 (No. WHO/MSD/MER/15.1). World Health Organization.