Experiencias de psicólogas en la implementación de Terapia Cognitivo-Conductual para tratar la depresión posparto en mujeres de mediana edad

Estudiante: Ludmila Fátima Candia

Trabajo de Integración Final para optar al título de Licenciada en Psicología

Carrera: Lic. en Psicología

2025

Índice

Agradecimientos 3

Resumen 4

Introducción 5

Planteo del Problema 5

Antecedentes 7

Marco Teórico-Conceptual 14

La Depresión Posparto 14

Terapia Cognitivo-Conductual 20

Objetivos 23

Objetivo General 23

Objetivos Específicos 23

Metodología 25

Tipo y Diseño de Investigación 25

Muestra 26

Instrumentos 26

Procedimiento 27

Consideraciones Éticas 28

Resultados 29

Discusión y Conclusiones 37

Referencias Bibliográficas 42

Anexos 56

Guión de Entrevista 56

Consentimiento informado 58

Agradecimientos

Hoy no puedo dejar de agradecer a las personas que estuvieron a mi lado en este camino. Llegar hasta acá no fue fácil, pero nunca estuve sola, y eso hizo toda la diferencia.

Primero, a mis papas. Gracias por enseñarme con el ejemplo lo que es el esfuerzo, el compromiso y la honestidad. Los valores que me inculcaron desde chica son los que hoy me sostienen y me impulsan a seguir creciendo.

A Eric, mi compañero de vida, mi apoyo incondicional. Gracias por estar siempre ahí, en cada decisión, en cada desafío. Gracias por confiar en mí, incluso cuando yo dudaba, por darme calma cuando lo necesitaba y por festejar conmigo cada pequeño logro. Tenerte al lado hace todo más fácil y mucho más lindo.

A mis hermanos, a mis sobrinas y a mis amigas. Gracias por escucharme, alentarme y brindarme su cariño.

Y por último, a vos, mi bebito, que creces adentro mío y me llenas el corazón de amor todos los días. Llegaste en el momento más hermoso para acompañarme en este proceso y darle aún más sentido a todo lo que estoy viviendo. Sos mi mayor motor, mi inspiración y la razón por la que cada esfuerzo vale la pena. Estoy deseando que llegue el momento de conocerte, pero mientras tanto, te siento conmigo en cada decisión que tomo.

A todos ustedes, los amo profundamente.

Gracias por estar siempre.

Resumen

El estudio se centra en explorar las experiencias de psicólogas en la implementación de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para prevenir y tratar la depresión posparto en mujeres de mediana edad. A través de entrevistas semiestructuradas, se busca comprender cómo las psicólogas han abordado esta condición, incluyendo estrategias utilizadas, objetivos terapéuticos y desafíos enfrentados. El estudio adopta un diseño fenomenológico con enfoque cualitativo, que incluyó la realización de entrevistas semiestructuradas a tres psicólogas que se desempeñan en el ámbito clínico. Se observa que el objetivo primordial de la TCC en el abordaje de la depresión posparto es lograr la reestructuración cognitiva de las distorsiones arraigadas en las pacientes, especialmente en relación a la tríada cognitiva: visión negativa del mundo, de sí misma, y del futuro. Para ello, las estrategias implementadas incluyen el registro en un diario personal, técnicas de respiración profunda y relajación muscular, planificación de actividades placenteras, y fortalecimiento de las redes de apoyo en el entorno social. Los principales desafíos encontrados por las profesionales se vinculan a la presión social sobre la función materna, y a la excesiva rigidez de los pensamientos nucleares negativos en las pacientes. Los resultados de este estudio proporcionan una visión profunda de la práctica clínica en este contexto, identificando estrategias exitosas, obstáculos comunes y consideraciones importantes para adaptar la terapia a las necesidades específicas de las mujeres con depresión posparto. Este conocimiento puede ayudar a mejorar la atención y el tratamiento de la depresión posparto, así como a informar futuras investigaciones y prácticas clínicas en el campo de la salud mental materna.

Palabras clave: depresión posparto, mujeres, terapia cognitivo-conductual, psicólogas, experiencias.

Introducción

Planteo del Problema

El puerperio o posparto es el período que ocurre inmediatamente después del parto, y generalmente se considera que dura hasta seis semanas posteriores al nacimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Durante este tiempo, se produce una transición de los cambios fisiológicos que ocurrieron durante el embarazo hacia el estado fisiológico previo. Se trata de un período en que la mujer experimenta varios procesos de adaptación a nivel social, emocional y hormonal, los cuales tienen un impacto directo en su estado psíquico (Solís Solano et al., 2019).

De acuerdo a lo que sostiene la OMS (2012), el período posparto es uno de los momentos de mayor riesgo para desarrollar trastornos del estado de ánimo, ya que aproximadamente el 85% de las mujeres experimentan algún tipo de alteración durante este período. Mientras que en algunos casos se trata de síntomas leves y temporales, entre el 8% y el 25% presentan algún tipo de trastorno persistente y/o incapacitante. Además, en este último grupo, el 50% de los casos no llega a un diagnóstico certero (OMS, 2012).

Entre este tipo de alteraciones se encuentra la depresión posparto, que consiste en un trastorno del estado de ánimo que ocurre dentro de los primeros 12 meses después del parto y presenta síntomas durante al menos dos semanas (Escobar et al., 2009). Algunos investigadores también sugieren que puede durar hasta catorce meses, ya que la duración depende de la gravedad de los síntomas. Se cree que esta alteración se desarrolla durante el período posparto como resultado de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales (González et al., 2017).

En el ámbito de la intervención psicológica resulta relevante detectar a tiempo los posibles factores de riesgo de depresión posparto, realizar un diagnóstico temprano, y gestionar y tratar adecuadamente esta condición, con el fin de evitar complicaciones

futuras que puedan afectar la salud mental de la madre, la lactancia, la vinculación entre la madre y el bebé, y el desarrollo futuro del niño.

Entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos se encuentra la Terapia Cognitivo-Conductual, la cual se considera una opción con numerosas ventajas en el manejo de la depresión posparto, debido a su capacidad para lograr cambios significativos en un corto período de tiempo. Esta terapia puede ayudar a reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y cuidado del bebé (Solis Solano et al., 2019). Se basa en cambiar la premisa que tiene la paciente sobre la distorsión de la realidad, causada por lo que se conoce como la tríada cognitiva, que incluye una visión negativa e irrealista de la realidad (visión negativa del mundo), pérdida de esperanza respecto al futuro (visión negativa del futuro) y baja autoestima con pensamientos autodestructivos (visión negativa de sí misma) (Arranz Lara et al., 2008).

Ahora bien, mientras los estudios cuantitativos han abordado la depresión posparto y la eficacia de las TCC desde una perspectiva numérica, el presente estudio reconoce que las experiencias subjetivas de las mujeres y la dinámica terapéutica son difíciles de capturar completamente con métodos cuantitativos. Adoptar un enfoque cualitativo permite una exploración más profunda y significativa de la temática, destacando aspectos que podrían pasarse por alto con métodos cuantitativos. La recolección de experiencias de psicólogas es especialmente valiosa, ya que proporciona una visión detallada y especializada sobre aspectos relevantes de la temática. Esto incluye comprender cómo se adaptan las estrategias terapéuticas a las necesidades específicas de las mujeres con depresión posparto, considerando tanto sus experiencias individuales como el contexto sociocultural en el que se encuentran. Este enfoque cualitativo enriquece la comprensión del fenómeno y puede informar la práctica clínica de manera más precisa y efectiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la siguiente pregunta como guía de la presente investigación: ¿Qué experiencias refieren las psicólogas en la implementación de estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje de la depresión posparto en mujeres de mediana edad?

Antecedentes

A continuación se puntualizan algunos estudios realizados en los últimos años vinculados a la problemática de la depresión posparto y la implementación de estrategias de TCC para su prevención y tratamiento. Como criterio de inclusión se considera el idioma español, por lo cual se seleccionan investigaciones llevadas a cabo en España y Latinoamérica.

La búsqueda se centró en palabras clave relevantes como "depresión postparto", "terapia cognitivo-conductual", "prevención de depresión postparto", "tratamiento de depresión postparto" y "estrategias de TCC en depresión postparto". También se utilizaron sinónimos y variantes de estos términos, tales como "trastorno afectivo postparto", "intervenciones psicoterapéuticas", "estrategias terapéuticas", "psicoterapia cognitivo-conductual" y "manejo de la depresión postnatal". Las combinaciones de palabras clave buscadas incluyeron frases como "Depresión postparto" AND "Terapia Cognitivo-Conductual", "Trastorno afectivo postparto" AND "prevención", "Tratamiento" AND "depresión postparto" AND "TCC", "Estrategias de TCC" AND "depresión postparto" AND "Latinoamérica", y "Intervenciones en depresión postparto" AND "España".

Se consultaron plataformas Redalyc y SciELO, que agrupan publicaciones científicas en contextos latinoamericanos y en idioma español, facilitando la búsqueda de estudios relevantes en estos idiomas. Dialnet también fue utilizada, ya que incluyó

documentos académicos en español con un enfoque particular en la producción científica de España y América Latina.

En coincidencia con las variables de estudio del presente trabajo, Nardi et al. (2012) llevaron a cabo una revisión bibliográfica con el propósito de evaluar la efectividad de la TCC en la prevención de la depresión posparto en mujeres embarazadas consideradas en riesgo de padecerla. Basados en la literatura analizada, los resultados muestran que la depresión durante el embarazo requiere de un manejo eficiente tanto para tratar los síntomas de la depresión antes del parto como para prevenir la depresión posparto. Los autores observan que varios estudios han demostrado la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión posparto, pero no así en su eficacia desde la prevención de este trastorno. Por esta razón, se insta a llevar a cabo estudios clínicos adicionales para confirmar la eficacia de esta estrategia de prevención psicoterapéutica en mujeres en riesgo de padecer depresión posparto.

De manera similar a lo observado por Nardi et al. (2012), Sancha (2015) también destaca la importancia de la prevención de la depresión postparto, aunque su enfoque se centra más en la intervención del personal de salud. En la Universidad de Valladolid, España, Sancha (2015) desarrolló una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la depresión postparto, con el propósito de brindar conocimiento sobre esta enfermedad a los profesionales de la salud, especialmente a enfermeras y matronas. El autor considera que dichos profesionales tienen la oportunidad de promover la educación para la salud y reducir la incidencia de la depresión postparto a través de la implementación de estrategias de prevención con las pacientes. La depresión postparto está asociada con diversos síntomas que pueden desencadenar sentimientos de autodesprecio, comportamientos obsesivos relacionados con el daño al bebé y tentativas de suicidio. La prevalencia de esta enfermedad puede reducirse mediante una detección temprana y un tratamiento efectivo que involucre a la mujer y a su familia. Se concluye que los

profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de brindar información basada en evidencia científica tanto a las mujeres embarazadas como a las mujeres en el período posparto, y deben involucrarse en la orientación y planificación familiar con el objetivo de mejorar la salud materno-infantil.

Tras abordar la importancia de la prevención en mujeres con riesgo, es pertinente considerar el enfoque de Meléndez et al. (2017), quienes se centran en la incidencia de la depresión postparto en una población hospitalaria concreta. Así, con el objetivo de analizar la incidencia de la depresión postparto y su relación con los factores de riesgo más comunes en las pacientes puérperas del Hospital Materno-Infantil Dr. José María Vargas, en Venezuela, Meléndez et al. (2017) plantearon un estudio prospectivo y correlacional utilizando el Test de Edimburgo y una encuesta ad hoc. La muestra consistió en 592 pacientes que fueron hospitalizadas en dicha institución. Los resultados evidencian una incidencia de depresión postparto del 34.46% (204 pacientes), siendo el 16.89% de las adolescentes y el 17.57% de las adultas. Además, el 22.13% de las mujeres multíparas y el 12.33% de las primíparas presentaron depresión postparto. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el desempleo, las complicaciones obstétricas, el estrato social y el embarazo no deseado. Aunque el 75% de las 204 pacientes presentaron factores de riesgo, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre estos factores y el desarrollo de la depresión postparto. Los autores concluyen, entonces, que la depresión postparto es frecuente en adolescentes y mujeres multíparas, y está asociada con el desempleo, las complicaciones obstétricas, el estrato social y el embarazo no deseado. Sin embargo, no se encontró una relación directa entre estos factores y el desarrollo de la enfermedad.

Dado que los factores de riesgo parecen desempeñar un papel crucial en el desarrollo de la depresión posparto, como evidencian Meléndez et al. (2017), es necesario prestar atención a las conclusiones de Toranzo Pérez (2019), quien sugiere la

implementación de programas prenatales preventivos. El aporte de Toranzo Pérez (2019) se enfocó en analizar los resultados de un programa preventivo prenatal para la depresión posparto, basado en la Terapia Racional Emotiva. La muestra consistió en 104 mujeres embarazadas primíparas asignadas al azar a un grupo control y un grupo experimental. Los efectos del programa fueron evaluados utilizando el Inventario de Depresión de Beck. En el quinto mes de embarazo, se implementó un programa preventivo de la depresión posparto en el grupo experimental, mientras que el grupo control recibió un programa placebo. Los resultados indican que el grupo experimental presentó significativamente menos depresión en comparación con el grupo control. La autora destaca que se recomienda realizar estudios multicéntricos con el objetivo de desarrollar programas preventivos a nivel nacional en Perú.

A diferencia de los estudios que enfatizan el tratamiento farmacológico, como el de Víquez Quesada y Valverde Chinchilla (2022), Acuña Alvarado et al. (2021) sugieren que la detección temprana y las intervenciones no farmacológicas pueden tener un impacto igualmente significativo. Así, en Costa Rica, Acuña Alvarado et al. (2021) presentaron un artículo basado en una revisión bibliográfica sobre la depresión postparto, con el objetivo de comprender mejor esta condición y promover una evaluación y abordaje más tempranos para estas pacientes. En su estudio observan que la depresión postparto es un trastorno emocional que puede afectar a aproximadamente el 25% de las mujeres después de dar a luz. Los cambios físicos, psicológicos y sociales, como el cambio de rol en la familia, el vínculo con el bebé, la nueva responsabilidad asumida y los cambios en el cuerpo, son los principales detonantes que pueden afectar el estado de ánimo y dar lugar a la depresión posparto. Las autoras concluyen en la importancia de abordar y detectar este trastorno de manera inmediata para evitar que se agrave, ya que puede tener repercusiones tanto en la madre como en el bebé.

Al igual que en el estudio de Nardi et al.(2012), otros autores como Pérez-Miranda et al. (2021) señalan la relevancia de las intervenciones no farmacológicas en mujeres con factores de riesgo. En su estudio, Pérez-Miranda et al. (2021) se plantearon como objetivo comparar la eficacia de intervenciones no farmacológicas para la prevención de la depresión posparto en mujeres embarazadas con factores de riesgo, en comparación con mujeres embarazadas de la población general. Los autores sostienen que adoptar un enfoque preventivo puede ser muy efectivo para reducir su incidencia. Además, evaluar la eficacia de las intervenciones dirigidas a diferentes grupos de población puede ayudar a determinar tratamientos específicos y a reducir los costos en salud. Para dar cuenta de estos objetivos, se realizó una búsqueda sistemática en varias bases de datos, identificando un total de 13 ensayos clínicos controlados que incluyeron a 5905 pacientes. Los resultados mostraron que las mujeres embarazadas con factores de riesgo tuvieron un impacto favorable en la reducción de los síntomas y de los puntajes de las escalas de medición a lo largo del tiempo. Estos hallazgos confirman la eficacia de las intervenciones preventivas no farmacológicas cuando se abordan en mujeres embarazadas con factores de riesgo durante el periodo del posparto.

Al año siguiente, una investigación desarrollada por Herrera Dutan et al. (2022) se propuso analizar los factores de riesgo más impactantes y relevantes en la depresión postparto en Ecuador. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa de la literatura científica que aborda los factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. De esta manera, los autores llegaron a la conclusión de que la depresión en el período posparto ha aumentado en los últimos años, al igual que los factores de riesgo más prevalentes, como el estado civil, el nivel socioeconómico y los antecedentes de depresión previa. Estos hallazgos resaltan la magnitud del problema de la depresión postparto y la importancia de continuar investigando en esta área, así como formular y proponer

estrategias preventivas para abordar los principales factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

Por su parte, Víquez Quesada y Valverde Chinchilla (2022) se propusieron identificar de manera temprana y proporcionar un tratamiento integral oportuno tanto físico como mental para las mujeres que experimentan depresión posparto. De igual manera, indagaron sobre los factores involucrados en el desarrollo de esta depresión, como el estrés y los antecedentes psicosociales de la madre. Si bien la etiología de la depresión postparto es desconocida y multifactorial, las autoras observan diversos factores de riesgo, como antecedentes familiares y personales de depresión, edades extremas, abortos previos, baja autoestima, trastornos de la personalidad, bajo nivel económico, falta de apoyo social, violencia familiar, bajo nivel educativo, falta de apoyo emocional de los padres, acceso limitado a servicios de salud, consumo de alcohol, tabaco o drogas, y situaciones de estrés durante el embarazo y el parto. Los síntomas pueden incluir tristeza, fatiga, trastornos del sueño, somatización, ansiedad, estrés, pérdida de interés o placer, falta de apetito, insomnio o hipersomnia, disminución de la actividad mental, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, pensamientos de muerte o suicidio. Las principales complicaciones pueden ser el suicidio y el infanticidio. Para el diagnóstico y la detección temprana, se suele utilizar la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. El tratamiento se basa en la psicoterapia y, en algunos casos, se puede considerar el tratamiento farmacológico como segunda opción.

Mientras que estudios previos se han enfocado en la eficacia de intervenciones preventivas, Álvarez Estévez (2022) profundiza en las herramientas de detección y tratamiento más utilizadas, como la Escala de Edimburgo. Por ello, desarrolló una investigación siguiendo una metodología de revisión bibliográfica sistemática, con el propósito de determinar las medidas de detección, analizar los factores de riesgo más prevalentes y conocer las principales medidas de prevención y abordaje de la depresión

posparto. La búsqueda se llevó a cabo en varias bases de datos y páginas web de organismos de salud, y se seleccionaron 18 artículos para el estudio. Se encontró que la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es el instrumento de cribado y diagnóstico más utilizado. Los factores de riesgo más destacados incluyen antecedentes de depresión o ansiedad, factores socioeconómicos y falta de apoyo social y familiar. La psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, se identificó como el tratamiento de elección. Además, se observó que la actividad física, el apoyo a la lactancia, las terapias familiares y el apoyo en los cuidados muestran resultados positivos. En conclusión, la detección temprana y la identificación de los factores de riesgo son fundamentales para la prevención y el abordaje adecuado de la depresión posparto.

Más recientemente, y relacionado con los hallazgos previos, Paolantonio et al. (2023) proponen el desarrollo de perfiles psicosociales que puedan ser utilizados en las primeras consultas obstétricas para prevenir la depresión. En la ciudad de Córdoba, Paolantonio et al. (2023) se propusieron como objetivo investigar la frecuencia de la depresión posparto en un hospital público argentino, identificando los factores de riesgo asociados. Se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y se realizó una entrevista semiestructurada a las madres para recopilar información sociodemográfica y sobre los factores de riesgo. La prevalencia de la depresión en la muestra recolectada fue del 42%, con una mayor presencia de problemáticas sociales y familiares como factores de riesgo. La identificación de estos factores de riesgo asociados a la depresión posparto permitiría desarrollar un perfil psicosocial que, si se utiliza desde las primeras consultas obstétricas, podría resultar útil para prevenir la incidencia de esta psicopatología. Se destaca la importancia de abordar la salud materno-infantil en el período posparto como un tema relevante para la salud pública.

Marco Teórico-Conceptual

La Depresión Posparto

La depresión es una condición clínica que genera gran preocupación, no solo por los síntomas que presenta, sino también por su alta prevalencia. El suicidio es una de las consecuencias más extremas, pero también se observa un deterioro significativo en el ámbito social, laboral y el cuidado personal. Cuando esta condición clínica se presenta en el período de posparto, la situación se vuelve aún más compleja, ya que afecta también al recién nacido. Este período comienza desde la expulsión de la placenta hasta las seis semanas posteriores al parto (Toranzo Pérez, 2019).

Prevalencia. Según datos estadísticos relevados por Ampudia (2020), entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentan el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. Es importante destacar que el 50% de los episodios de depresión mayor que se consideran "posparto" en realidad comienzan antes del parto. Por lo tanto, se utiliza el término "episodios del periparto" para referirse a estos episodios en conjunto. Algunos estudios prospectivos han demostrado que los síntomas de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal, aumentan el riesgo de experimentar un episodio de depresión mayor después del parto (Marín et al., 2008).

Diagnóstico Diferencial. Los trastornos que pueden ocurrir en el periodo peri y posnatal son frecuentes y pueden afectar la salud física y emocional de la familia. Estos trastornos incluyen la tristeza posparto, depresión posparto y psicosis posparto. Según plantea Ampudia (2020), es importante diferenciar entre ellos ya que cada uno tiene características y duraciones diferentes.

- La tristeza posparto, también conocida como *baby blues*, es una alteración del estado de ánimo que ocurre principalmente debido a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Suele aparecer entre los dos y cuatro días después del parto y generalmente dura alrededor de dos a tres semanas. Se estima que afecta entre el 50% y 80% de las mujeres que han dado a luz (Ampudia, 2020).

- La depresión posparto es una condición seria que afecta a alrededor del 10% al 15% de las mujeres durante los primeros seis meses después del parto. A diferencia de la tristeza postparto, la depresión no es autolimitada y puede durar más tiempo. Además, tiene un mayor impacto en la familia. Cabe señalar que en la clasificación de trastornos mentales DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1995) se incluía un especificador de inicio denominado "postparto" para la depresión. Sin embargo, en el DSM-5 (APA, 2014), se reemplazó por "periparto", lo que significa que se aplica a cualquier episodio depresivo que comienza durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto.

- Psicosis posparto: en el manual mencionado no se clasifica como una entidad separada, sino que se utiliza para definir otro grupo de trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, la depresión psicótica y el trastorno esquizoafectivo. Si la psicosis posparto ocurre dentro de estas patologías, se debe especificar "aparición posparto", siempre y cuando aparezca en las primeras cuatro semanas después del parto. De acuerdo a lo que plantea Ampudia (2020), el riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente alto en mujeres con antecedentes de trastornos del estado de ánimo posparto anteriores, pero también es elevado en pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Causas y Factores de Riesgo. A pesar de que se han identificado varios factores asociados, no hay una única causa que explique la aparición de la depresión posparto. A

diferencia de otros trastornos psiquiátricos en el embarazo y posparto que tienen una relación fuerte en términos biológicos, la depresión posparto sigue siendo de origen multifactorial, y se encuentra estrechamente relacionada con factores psicosociales. Así, Marín et al. (2008) encontraron una mayor asociación de depresión posparto en mujeres con antecedentes de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión y depresión posparto previas, dificultades en las relaciones maritales, falta de redes de apoyo adecuadas, antecedentes de eventos estresantes y, en particular, síntomas ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo.

Lancaster et al. (2010) identifican como principales factores de riesgo durante el período prenatal:

1. Ansiedad materna: La ansiedad está fuertemente relacionada con los síntomas de depresión durante el embarazo.

2. Eventos vitales estresantes: Eventos como el divorcio, la muerte de un familiar o la pérdida de empleo tienen una relación significativa con la presencia de depresión prenatal.

3. Historia previa de depresión: Tener antecedentes de depresión es un predictor de depresión prenatal.

4. Falta de apoyo social.

5. Violencia doméstica.

6. Interés por concebir: Existe una relación moderada entre el deseo de concebir y la aparición de depresión prenatal.

7. Tipo de relación de pareja: El tipo de relación de pareja tiene una relación pequeña con la depresión prenatal.

8. Tipo de cobertura médica: Una cobertura médica ineficiente revela un mayor riesgo de depresión postparto.

9. Estatus socioeconómico.

En relación a los factores socioculturales, el embarazo en adolescentes es un factor de riesgo adicional para el desarrollo de la depresión posparto. Clemmens (2002) realizó un estudio con una muestra de 20 madres adolescentes de entre 16 y 18 años de diferentes escuelas en el noreste de Estados Unidos. Se exploraron sus pensamientos, sensaciones y opiniones sobre la depresión después del nacimiento de sus bebés. Fue común que hicieran referencia a haber sido golpeadas por una tormenta. Estas creencias se organizaron en seis grupos temáticos: la maternidad repentina, la experiencia de enfrentar dos realidades, el deseo constante de explicar lo inexplicable, el sentimiento de abandono por parte de personas significativas, la sensación de que todo se derrumba y el deseo de cambiar las creencias para ver el futuro de manera diferente.

Por su parte, Evans et al. (2003) indican que las madres primerizas son las más susceptibles de presentar este trastorno del estado de ánimo posparto, es decir, tienen un mayor riesgo. Austin et al. (2005) llevaron a cabo un estudio en el cual aplicaron el Cuestionario de Riesgo de Embarazo (PRQ) y la Escala de Depresión de Edimburgo (EDS) a las 32 semanas de gestación, y la EDS entre los dos y cuatro meses posparto. Los resultados mostraron que las mujeres primíparas tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión posparto.

Respecto a la etiología en términos orgánicos, Montes (2008) menciona las teorías actuales que sugieren que la disminución de serotonina a nivel central está relacionada con el cuadro depresivo. Otro sistema comprometido sería el sistema inmunológico, el cual, además de la disminución cuantitativa, podría presentar defectos en el reconocimiento y protección contra un antígeno específico. Bloch et al. (2000) investigaron el papel de los esteroides gonadales en la producción de depresión posparto, concluyendo que los estrógenos y la progesterona podrían participar en el desarrollo de la depresión posparto.

Síntomas. La sintomatología de la depresión posparto es similar a la que se presenta en cualquier trastorno depresivo. Se caracteriza principalmente por sentimientos de tristeza, pérdida de interés y disfrute en las cosas, disminución de la energía que conduce a una reducción en el nivel de actividad y una sensación excesiva de cansancio, incluso después de un esfuerzo mínimo. También se observa una disminución en la atención y concentración, pérdida de confianza en uno mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, una visión pesimista del futuro, tendencia al suicidio, así como pérdida de apetito y alteraciones en el sueño (Toranzo Pérez, 2019). Para el diagnóstico, además de los síntomas mencionados anteriormente, el cuadro clínico debe tener una duración de al menos dos semanas o presentarse de forma muy grave.

La depresión posparto también repercute en el desarrollo del bebé. En este sentido, Murray y Cooper (1996) informan que hay evidencia que relaciona la depresión posparto con indicadores de compromiso emocional y cognitivo, incluso más allá de la primera infancia. El estudio de Righetti-Veltema et al. (2003), que duró 18 meses, observó el desarrollo de los niños y encontró que aquellos con madres deprimidas tenían dificultades en su desarrollo en general. Además, O'Brien et al. (2004) encontraron asociaciones entre la depresión posparto en madres y problemas en el desarrollo de sus hijos durante los primeros dos años de vida.

Los hijos de madres que han experimentado depresión posparto no tratada tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales, alimentarios y de comportamiento (Ampudia, 2020). El infanticidio se asocia en la mayoría de los casos a episodios psicóticos posparto, los cuales se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído. Sin embargo, los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin la presencia de estos delirios o alucinaciones específicas.

Prevención. En términos de las medidas de prevención, es de gran importancia realizar un historial clínico completo que incluya preguntas sobre síntomas depresivos, al menos al ingreso de la paciente y después del parto, entre las cuatro a seis semanas y los tres a cuatro meses posteriores al parto. Esto permitirá iniciar un enfoque personalizado (Ampudia, 2020).

El uso de antidepresivos durante el embarazo para prevenir la depresión posparto está contraindicado, debido a la posibilidad de efectos adversos tanto para la madre como para el feto en desarrollo (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC, 2014).

Dentro de las estrategias preventivas de la depresión posparto, Zinga et al. (2005) realizaron una revisión de la literatura sobre estrategias psicosociales de enfoque educativo y terapéutico, tanto interpersonal como cognitivo-conductual, encontrando influencias positivas. Chabrol et al. (2002) llevaron a cabo un estudio en tres clínicas obstétricas de Francia, donde asignaron aleatoriamente a mujeres embarazadas a dos grupos: intervención y control. Ambos grupos permanecieron hospitalizados durante tres a cinco días. El grupo de intervención recibió sesiones de TCC, mostrando mayores niveles de recuperación y una reducción significativa en la aparición de depresión. También Hyun, Jung y Jeong (2008) realizaron un estudio con 927 mujeres embarazadas a través del Inventario de Depresión de Beck, para evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de la depresión posparto, y concluyeron que la intervención prenatal puede ser un medio eficaz de prevención.

Tratamiento. Con respecto al tratamiento de la depresión posparto, Foreman y Henschaw (2002) indican que el objetivo del tratamiento no solo es mejorar los síntomas

clínicos, sino también reducir las consecuencias negativas en la relación entre la madre y su bebé. Aunque se ha demostrado la efectividad de los antidepresivos en la mayoría de los casos de trastornos de esta índole, Ayuso y Gutiérrez (2005) señalan que la decisión de iniciar un tratamiento farmacológico durante este período requiere un análisis cuidadoso, evaluando adecuadamente el costo/beneficio, ya que existe un riesgo tanto para la madre como para el recién nacido. Winans (2001) recomienda que, si una mujer elige amamantar durante el tratamiento con antidepresivos, el bebé debe ser monitoreado cuidadosamente en busca de síntomas gastrointestinales, sedación, agitación e irritabilidad. Por lo tanto, en la medida de lo posible, se recomienda evitar el uso de antidepresivos y psicofármacos durante el período posparto, especialmente cuando la madre está amamantando.

La psicoterapia es otro recurso de tratamiento para la depresión en general y la depresión posparto en particular. De acuerdo con un estudio comparativo realizado por DeRubeis (2005), la psicoterapia puede ser tan útil como los antidepresivos, especialmente para casos de depresión moderada. Los estudios realizados por Pinquart et al. (2003) respaldan estos hallazgos. Dentro de los enfoques terapéuticos, uno que ha demostrado efectividad es el modelo cognitivo y la Terapia Racional Emotiva de Ellis. Por su parte, Rupke et al. (2006) realizaron una revisión de las intervenciones basadas en el modelo cognitivo, y señalaron que la terapia cognitiva es un proceso de tratamiento que permite a los pacientes corregir sus creencias erróneas que pueden resultar en un estado de ánimo y comportamiento negativos.

Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico utilizado en el abordaje de diversos trastornos mentales. Su objetivo es ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por

otras más adaptativas para abordar sus problemas, incluyendo la depresión. Este enfoque se basa en la integración de dos grandes teorías de la psicología: el conductismo y la teoría cognitiva (Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011). La TCC se compone de un conjunto de intervenciones que se aplican después de una evaluación exhaustiva de las características biopsicosociales del paciente. Para llevar a cabo este tipo de terapia, es necesario contar con la colaboración y el compromiso del paciente y su entorno vincular cercano.

Técnicas de TCC. Este enfoque de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. La duración del tratamiento habitualmente es de 10 a 20 sesiones, y los pacientes suelen experimentar una reducción considerable de los síntomas después de 4 a 6 semanas de tratamiento (Llardi y Craighead, 2004).

En primer lugar, se guía a los sujetos para que monitoreen y reconozcan sus pensamientos automáticos negativos, y se les ayuda a comprender cómo estos pensamientos conducen a comportamientos y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas. A continuación, se les enseña a los pacientes cómo examinar la precisión y utilidad de estos pensamientos, a ponerlos a prueba de manera empírica, a arriesgarse a encontrar un nuevo tipo de refuerzo y a generar cogniciones más equilibradas y adaptativas (Gortner et al., 2007). Además de aprender a modificar estas cogniciones distorsionadas, se anima a los pacientes a identificar y modificar las creencias centrales e intermedias que son la base de estos pensamientos automáticos.

TCC en el Tratamiento de la Depresión. Los principales objetivos de la TCC en el tratamiento de la depresión, según Puerta Polo y Padilla Díaz (2011) se basan en cuatro aspectos fundamentales:

1. La reducción del pensamiento disfuncional: El modelo cognitivo de la depresión, propuesto por Beck, consta de tres elementos fundamentales:

a) Triadas cognitivas: Patrones de pensamientos y actitudes negativas hacia uno mismo, el mundo y el futuro.

b) Esquemas negativos: Patrones de pensamiento estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona sobre experiencias pasadas y que influyen en la forma en que juzga el presente y el futuro.

c) Distorsiones cognitivas: Incluyen inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación/minimización, personalización y pensamiento dicotómico. En resumen, las personas propensas a sufrir el trastorno depresivo, así como aquellas que ya lo padecen, tienden a responder de manera rígida y negativa a su entorno, interpretando de forma inexacta las experiencias pasadas y nuevas (Segal et al., 2006).

Asimismo, la teoría de la desesperanza sugiere que los pacientes con depresión tienen una expectativa generalizada negativa de que todo saldrá mal. Al sentirse frustrados y sin energía, pueden creer que no pueden cambiar su situación y se resignan a ella. Esto actúa como un factor predictor suficiente para la depresión.

2. El incremento de las habilidades de autocontrol: La concepción de la depresión se basa en su origen en un modelo de autocontrol general, el cual enfatiza la importancia de la capacidad de un individuo para alcanzar metas a través de tres procesos secuenciales: auto monitoreo, autoevaluación y auto refuerzo. En este sentido, al estudiar el auto monitoreo en pacientes psiquiátricos deprimidos y no deprimidos, se observa que cuando se les permite elegir el tipo de retroalimentación, los pacientes deprimidos prefieren más frecuentemente la retroalimentación negativa, mientras que los no deprimidos eligen en mayor medida la retroalimentación positiva (Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011).

3. La optimización de la capacidad de resolución de problemas: Autores como Meyer (2006) sugieren que las dificultades en la capacidad de resolución de problemas

de los pacientes para enfrentar los eventos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad. Estos individuos tienden a tener una orientación negativa hacia los problemas, viéndolos como amenazas, esperando que sean irresolubles, dudando de su propia capacidad para resolverlos, y sintiendo frustración y malestar al enfrentarlos.

4. Mejorar las tasas de refuerzo positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales: La falta de habilidades sociales adecuadas resulta en una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del entorno social. Al principio, las quejas de estos pacientes atraen atención de su círculo social, pero con el tiempo estas se vuelven molestas, lo que lleva a una reducción en el refuerzo y apoyo social, así como a una confirmación del autoconcepto negativo (Thase y Callan, 2016).

Por su parte, Puerta Polo y Padilla Díaz (2011) mencionan otros objetivos adicionales que persigue la TCC en el tratamiento de cuadros depresivos, como la reducción de la ideación suicida, mejorar la relación marital, disminución de recaídas, y mejorar la salud física general.

Objetivos

Objetivo General

Explorar las experiencias de terapeutas en la implementación de estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje de la depresión posparto en mujeres de mediana edad.

Objetivos Específicos

Caracterizar las experiencias de las terapeutas en relación de la depresión posparto, que le han resonado/identificado durante las sesiones/tratamiento con las pacientes.

Indagar sobre las experiencias de las terapeutas en la prevención y la implementación de estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual para la mejora del bienestar emocional, la reducción de síntomas depresivos y el fortalecimiento de los vínculos madre-hijo en mujeres de mediana edad con depresión posparto.

Describir las experiencias de las terapeutas en relación con los desafíos y dificultades encontrados al implementar la Terapia Cognitivo-Conductual en mujeres de mediana edad con depresión posparto.

Metodología

Tipo y Diseño de Investigación

Dada la temática elegida, el Trabajo Final Integrador está enmarcado en un diseño metodológico de tipo cualitativo, ya que, por su flexibilidad y características, es el que mejor se adapta a los objetivos planteados, al ambiente y a los participantes del estudio. El diseño cualitativo se enfoca en comprender y explorar la complejidad de las experiencias humanas, las percepciones, significados y contextos sociales. Esta flexibilidad del diseño permite lograr el principal objetivo de toda investigación cualitativa: la comprensión de los aportes y las perspectivas propias de cada unidad de análisis que conforma la muestra (Hernández Sampieri et al, 2018).

Este estudio busca comprender a fondo las experiencias de profesionales de la psicología en la implementación de estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual utilizadas en el tratamiento de mujeres de mediana edad con depresión posparto. En este sentido, se trata de un estudio exploratorio (Montero y León, 2002), ya que no se cuentan con trabajos previos que indaguen sobre la experiencia de los psicoterapeutas en este campo de intervención.

En cuanto al control de las variables, se configura como una investigación no experimental, porque no se realiza ninguna manipulación de las variables de estudio, sino que se observan tal y como suceden, y luego se extraen conclusiones a partir del análisis y vinculación de las mismas (Hernández Sampieri et al, 2018).

En lo que se refiere a la temporalidad, es transversal, ya que se recolecta información en un momento único. Los estudios transversales son aquellos en los que se recolectan datos en un sólo momento, y su propósito se centra en describir variables y analizar su comportamiento en ese recorte temporal específico (Pita Fernández y Pértegas Díaz, 2002).

Y, en función del número de observaciones, se trata de un estudio fenomenológico. Este enfoque permite explorar cómo los individuos experimentan y perciben la realidad, enfocándose en la esencia de sus vivencias y en cómo estas se manifiestan en su conciencia. La fenomenología busca desentrañar los significados subyacentes de las experiencias personales y cómo estas influencian la percepción del mundo, proporcionando una visión más profunda y matizada de la realidad subjetiva del ser (Jaramillo-Echeverri et. al, 2012).

Muestra

La muestra está conformada por tres psicólogas que trabajan en consultorio Interdisciplinario en San Antonio de Padua, en la zona oeste del Gran Buenos Aires.

Las características de la muestra incluyen psicólogas con:

- Título de Licenciatura en Psicología.
- Experiencia de 2 años o más en el tratamiento de mujeres de mediana edad con depresión posparto.
- Certificación o formación en Terapia Cognitivo-Conductual.

No hay criterios de exclusión.

En cuanto al tipo de muestreo, se utiliza un enfoque no probabilístico, ya que su designación no estuvo librada a la probabilidad. Con esta técnica, las unidades de análisis se seleccionan de manera intencional (Hernández Sampieri et al, 2018). Este método se elige para asegurar que las participantes cumplan con los requisitos específicos de conocimientos y experiencia relevantes para la investigación.

Instrumentos

Como técnica de recolección de datos se utiliza la entrevista semiestructurada. Esta técnica se considera adecuada en función de los objetivos del trabajo, ya que permite

generar espacios fundamentalmente desestructurados, a fin de propiciar mayores niveles de expresión y respuestas abiertas en determinadas ocasiones y más acotadas cuando la situación lo requiera. Se pretende, además, no inducir las respuestas y dar la libertad para responder según sus propios intereses, situaciones y contextos a los que están sujetos los participantes (Hernández Sampieri et al, 2018).

Para la implementación de la entrevista, se realizan preguntas precisas redactadas previamente, y de acuerdo a un orden previsto. No obstante, se trata de una guía flexible que puede adaptarse de acuerdo a las necesidades, y que permite espacios de repregunta por parte del entrevistador, y de aclaración de dudas por parte del entrevistado.

En cuanto a las preguntas efectuadas, se articularon siguiendo los ejes de análisis que se detallan a continuación:

- Generalidades de experiencias
- Experiencias en la implementación de estrategias de TCC
- Experiencias de desafíos y dificultades

Procedimiento

Se estableció contacto con las profesionales, invitándolas a participar voluntariamente de la investigación. Se les comentaron los objetivos del trabajo. Todas las participantes firmaron un consentimiento. Las entrevistas fueron individuales y presenciales, grabadas, y posteriormente, se transcribió el contenido de manera completa para facilitar al análisis de los datos.

Se llevó a cabo un análisis de contenido de las transcripciones, identificando patrones emergentes y temáticas relevantes (Montero y León, 2002), relacionadas con las experiencias de las psicoterapeutas en la implementación de estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual.

A pesar de que ATLAS.ti es una herramienta muy útil para el análisis cualitativo, en esta investigación no se utilizó porque la cantidad de entrevistas realizadas y el enfoque

específico del estudio no requerían el uso de software especializado, ya que el análisis de contenido fue manejable manualmente. El uso de ATLAS.ti está especialmente recomendado cuando se maneja una gran cantidad de datos de diversa índole o cuando se busca realizar un análisis más complejo que involucre múltiples codificaciones simultáneas. En este caso, el análisis se centró en un número reducido de entrevistas (3) con un objetivo bien definido: explorar las experiencias de las psicoterapeutas en la implementación de estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual. Este enfoque acotado permitió que el análisis manual fuera suficientemente detallado y eficiente para extraer las temáticas principales.

Los resultados fueron validados a través de una revisión de bibliografía y la triangulación de datos, contrastando las percepciones de las psicólogas con la evidencia existente.

Consideraciones Éticas

La administración de la entrevista fue precedida de una presentación de los objetivos de la investigación y de una explicación detallada de la misma. Luego, se les entregó a los participantes un formulario de consentimiento informado para dejar asentada por escrito su voluntad de participación. Este documento hace hincapié en la confidencialidad de los datos personales y de la información brindada, y en que la difusión de los aportes de los participantes persigue estrictamente fines académicos.

Resultados

Las profesionales entrevistadas cuentan con título de licenciadas en Psicología; una de ellas estudió en la Universidad de Morón, y las otras dos en la Universidad de Buenos Aires. Además, realizaron especializaciones en TCC; ansiedad, ataques de pánico y depresión; neuropsicología, psicofarmacología y psicología de la discapacidad; y terapias contextuales. Una de ellas se formó como acompañante terapéutico, pasando por el ámbito educativo y el ámbito clínico.

El primer eje de análisis se centró en las experiencias generales de las entrevistadas haciendo énfasis en el primer contacto con sus pacientes. La caracterización general de las experiencias de las terapeutas revela una profunda dedicación a la TCC, con una formación académica y experiencia profesional que se traducen en enfoques variados pero complementarios para el tratamiento de la depresión posparto. Cada terapeuta aporta un conjunto único de habilidades y enfoques, enriqueciendo el campo de la TCC y ofreciendo múltiples perspectivas para abordar esta compleja problemática.

Hablando de las experiencias particulares, cada una de las terapeutas presenta un enfoque distintivo en la evaluación inicial, reflejando sus formaciones y experiencias particulares.

La psicóloga A aborda la evaluación inicial con un enfoque profundo y holístico. La terapeuta se centra en comprender el proceso personal que llevó a la paciente a buscar ayuda, considerando la experiencia subjetiva del diagnóstico. La importancia de entender el contexto individual de la paciente se expresa en su declaración: “Cuando una paciente llega a sesión, lo primero que hago es intentar comprender qué le está sucediendo... es crucial indagar en el proceso que llevó a ese diagnóstico, porque, como en cualquier situación, uno debe entender que está relacionado con su propia experiencia.” Este

enfoque enfatiza la personalización del tratamiento y la adaptación a las necesidades específicas de cada paciente.

Por su parte, la psicóloga B combina una evaluación exhaustiva con un énfasis en la psicoeducación. La terapeuta realiza entrevistas profundas para identificar pensamientos desesperanzadores y emociones negativas, y considera factores adicionales como el parto, la lactancia y los cambios físicos. Este enfoque integral es fundamental para comprender completamente la situación de la paciente. Ella subraya la importancia de la psicoeducación para empoderar a la paciente, afirmando: "La psicoeducación es fundamental para que la paciente comprenda lo que le está sucediendo y pueda colaborar en su tratamiento." Este enfoque destaca la necesidad de proporcionar a la paciente información clave para facilitar su participación activa en el proceso terapéutico.

Por último, la psicóloga C utiliza herramientas estandarizadas como el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario SCL-90-R, complementadas por una entrevista semi-dirigida. Este enfoque metodológico proporciona una evaluación estructurada y basada en datos objetivos. La utilización de estos instrumentos permite una evaluación cuantitativa precisa de los síntomas, lo cual es esencial para desarrollar un plan de tratamiento basado en evidencia.

El segundo eje de análisis se centró en las experiencias de las entrevistadas en la implementación de estrategias de TCC para abordar la prevención y tratamiento de depresión posparto en mujeres de mediana edad. Las psicólogas afirman que, para llegar al diagnóstico de depresión, es fundamental considerar los aportes de otros profesionales que hayan atendido a la paciente previamente, y también detectar las señales de alarma. En este sentido, es relevante considerar el momento vital en el que la paciente inicia la terapia. Así lo manifiesta una de las profesionales:

> Siempre hay que dividir en lo que son pacientes que vienen hace un tiempo y quedan embarazadas, en esos casos una ya puede saber un poco si ya había una

> predisposición tanto genética como personal como de diferentes pensamientos que pueden llegar a aparecer. Siempre depende del caso. He tenido pacientes que han venido y se les ha detectado la depresión posparto y otras pacientes que venían hace tiempo... Eso depende del caso (Psicóloga B).

En términos generales, las herramientas utilizadas están orientadas a detectar pensamientos y creencias nucleares. Se aplican: la anamnesis, la historia clínica, la entrevista semidirigida, el Inventario de Depresión de Beck, y el Inventario SCL-90-R. En relación a la prevención, una de las entrevistadas menciona la importancia de la psicoeducación, con el fin de brindarle herramientas a la paciente para que pueda reconocer y registrar sus emociones y pensamientos nucleares negativos, y poder abordarlos con anticipación al desarrollo de la depresión. Las señales de alarma son detalladas por una de las participantes de la siguiente manera:

> Generalmente la evaluación es a partir de lo que uno observa, también es esta identificación de los pensamientos. Generalmente son pensamientos que son muy desesperanzadores, muy de insuficiencia, del no poder, de miedo, de falta de ayuda, de cambios en el trabajo… Hay muchos casos en los que el cambio físico del cuerpo es un tema importantísimo a tener en cuenta, cómo me veo, cómo voy a quedar, cada uno de esos pensamientos si tiene un pensamiento automático, una creencia nuclear bien arraigada, bueno, eso puede ayudar muchísimo a que se desencadene una depresión posparto (Psicóloga B).

El objetivo primordial de las estrategias de TCC implementadas en el abordaje de la depresión posparto es lograr la reestructuración cognitiva de los pensamientos centrales negativos. Así lo manifiesta una de las entrevistadas:

> La reestructuración cognitiva implica identificar los pensamientos, cuestionarlos y hacer que la persona vea las situaciones de manera diferente para poder cambiarlos. Es importante comenzar a cuestionar si un pensamiento es demasiado

> catastrófico, si realmente vale la pena preocuparse tanto, y explorar otras perspectivas (Psicóloga B).

Por su parte, otra profesional agrega que, dentro de los objetivos que persigue la TCC, se busca brindar información a la paciente sobre la sintomatología, el curso de la depresión y la posibilidad de tratamiento; generar herramientas para identificar y cuestionar pensamientos intrusivos y distorsiones cognitivas que contribuyen a su sintomatología; fortalecer la autoestima; planificar actividades agradables y exponerse gradualmente a situaciones ansiógenas nuevamente; modificar conductas desadaptativas; desarrollar estrategias de afrontamiento para el manejo de las emociones. Una de las entrevistadas aporta:

> Los principales objetivos terapéuticos al implementar estas estrategias son: la flexibilización cognitiva, la búsqueda de patrones rígidos, la promoción de actividades, la generación de actividades de autocuidado, técnicas de respiración y relajación, visualización y la creación de una red de apoyo, no solo médica, sino también familiar (Psicóloga A).

En la consecución de estos objetivos, las participantes enumeran herramientas puntuales, como las grillas, mapas conceptuales, el registro en un diario personal, y las redes de apoyo de amigos y familiares. También mencionan técnicas como la relajación muscular progresiva, la respiración profunda y la resolución de problemas.

La aplicación de estas estrategias en el tratamiento de pacientes con depresión posparto responde a un cierto orden, que la Psicóloga C detalla de la siguiente manera:

a. Educación sobre la depresión posparto. Lo cual posibilita normalizar los síntomas y reducir el estigma asociado con la depresión posparto, facilitando el reporte terapéutico y la implicancia de la consultante en la posibilidad de que un tratamiento le ayude a sentirse mejor.

b. Es fundamental identificar y lograr el cuestionamiento de pensamientos automáticos negativos. En general se suele trabajar las distorsiones cognitivas como la catastrofización o la autoexigencia irrealista
c. Una vez identificados los pensamientos negativos que contribuyen a la sintomatología depresiva, se busca poder reemplazar estos pensamientos por otros más realistas y adaptativos. En este caso las técnicas utilizadas tienen que ver con el cuestionamiento socrático y la búsqueda de evidencia para poder refutar dichos pensamientos.
d. Entendiendo que la situación de un posparto implica diferentes situaciones de estrés o ansiedad asociada a la depresión posparto, se busca enseñar habilidades de afrontamiento eficientes, como las técnicas *mindfulness*.
e. La depresión posparto, al igual que la depresión en términos generales, suele venir acompañada de una restricción de recompensas positivas. Se busca en este caso construir junto con la consultante un programa de actividades placenteras y gratificantes para aumentar la satisfacción en la vida diaria. La posibilidad de incluir actividades sociales recreativas pueden ayudar a reducir los síntomas depresivos.
f. Se busca construir junto con la paciente una red de apoyo social, construida por amigos, familia, parejas y otras personas que atraviesan situaciones similares.
g. Prevención de recaídas, buscando identificar señales de advertencia temprana de recaída. Confección un plan de acción.

De acuerdo a lo planteado por las profesionales entrevistadas, a partir de la aplicación de estas estrategias de TCC las pacientes con depresión posparto muestran mejorías importantes. Logran anteponer el pensamiento crítico a la emoción negativa que las invadía, comienzan a racionalizar y reflexionar sobre sus conductas y a emplear

estrategias de afrontamiento. Una de las participantes describe los efectos de la TCC en las pacientes mencionando: “Una merma en los síntomas depresivos (sentimiento de tristeza, desesperanza, fatiga y dificultades en el sueño y la alimentación), aumento de la autoconfianza y autoestima, incremento de actividades placenteras, y mejoras en las relaciones interpersonales” (Psicóloga C).

Al consultar a las psicólogas participantes de la investigación sobre los pensamientos disruptivos más frecuentes que afectan el bienestar emocional de las pacientes con depresión posparto, se observa que las distorsiones más recurrentes están vinculadas a sentirse una mala madre, a los cambios corporales, y al retorno al ámbito laboral. Según sostienen las entrevistadas, el cansancio, el estrés y los cambios hormonales que sufre la mujer en la etapa del posparto tienen incidencia en el desarrollo del cuadro depresivo.

La reestructuración cognitiva es la base de la terapia para la depresión posparto. Las estrategias de afrontamiento específicas que transmiten las terapeutas incluyen: identificación y expresión de pensamientos y emociones, desarrollo de la autocompasión, técnicas de resolución de problemas, técnicas de afrontamiento activas, técnicas de relajación, respiración profunda, *mindfulness*, desarrollo de apoyos sociales, establecimiento de límites y posibilidades de delegar tareas. Estos recursos, según las profesionales, contribuyen a fortalecer la comunicación y el vínculo madre-hijo.

Desde un enfoque preventivo del trastorno depresivo, las intervenciones psicoterapéuticas consisten en delinear un plan de acción que promueva actividades agradables y placenteras para la paciente. De esta manera se busca cuidar su bienestar psicoemocional. Según mencionan las entrevistadas, se implementan intervenciones cognitivas como pensamiento socrático o reestructuración cognitiva, para trabajar sobre las distorsiones cognitivas como la autoexigencia sobre el futuro rol o el rol actual de

maternar. Otra de las participantes señala la importancia de flexibilizar el pensamiento, y aporta:

> Es esencial escuchar a la paciente y detectar momentos en los que su pensamiento muestra rigidez. En estos casos, es necesario ayudarla a flexibilizar su pensamiento y a identificar las distorsiones cognitivas que está experimentando. Por ejemplo, si tiende a enfocarse en lo que no puede hacer y no logra ver sus logros. Una vez identificadas estas llamadas distorsiones cognitivas, se busca modificarlas a través de un trabajo más centrado en lo cognitivo (Psicóloga A).

El tercer eje de análisis se centró en las experiencias de desafíos y dificultades encontradas en la implementación de estrategias de TCC para abordar la depresión posparto en mujeres de mediana edad. Respecto a este punto, las entrevistadas reconocen que las distorsiones cognitivas, en ocasiones, se encuentran muy arraigadas en las pacientes, especialmente las relacionadas con la visión sobre sí mismas y sobre su futuro. También señalan la incidencia que tiene sobre estas distorsiones la presión que ejerce el entorno sobre las expectativas depositadas en la función materna. Una de las profesionales lo verbaliza de la siguiente manera:

> Imagino que la presión social, aunque hoy se hable de la maternidad y se busque equiparar las responsabilidades, sigue siendo una carga fuerte para la mujer. Por lo tanto, esta presión social, que hoy se intenta desarmar pero que sigue estando presente, siempre cuestiona si una madre está haciendo las cosas bien o mal. Creo que este componente social y la falta de entornos más cuidados influyen mucho (Psicóloga A).

Por otro lado, uno de los desafíos que mencionan las terapeutas es la dificultad de las pacientes para dedicarse un tiempo para sí mismas, haciéndole espacio a su terapia y a las actividades que le resultan placenteras. Otra de las profesionales señala que las dificultades más frecuentes se relacionan con la cronificación de los síntomas al momento

de la consulta, la rigidez de las creencias nucleares sobre la maternidad que se sustenta en factores culturales, y la pérdida de apoyos por parte del entorno social de la paciente.

Las tres entrevistadas afirman que han tenido que realizar modificaciones en la implementación de TCC de acuerdo a los resultados de su experiencia profesional. En este sentido, destacan la importancia de considerar el momento vital de la paciente, y también la instancia del tratamiento en que se encuentra. Así se expresa una de las profesionales:

> Es importante cómo utilizás las herramientas, en qué momento las das, cómo está la paciente psicoeducada, cómo está registrando sus pensamientos, la responsabilidad con el tratamiento, cuánta ayuda tiene o cuánta contención tiene… (…) quizás hacer sesiones vinculares también donde se pueda trabajar con algún otro miembro de la familia. Lo más importante es que el terapeuta tiene que estar atento a cómo va aceptando o registrando las herramientas, (…) si están funcionando o no, más en la práctica de cada uno, ir observando cómo las herramientas se van internalizando (Psicóloga B).

Discusión y Conclusiones

El objetivo general de la presente investigación consistió en explorar las experiencias de terapeutas en la implementación de estrategias de TCC para el abordaje de la depresión posparto en mujeres de mediana edad. Se considera que el período de posparto es uno de los momentos de mayor riesgo para desarrollar trastornos del estado de ánimo (OMS, 2012). Puntualmente la depresión posparto consiste en un trastorno que ocurre dentro de los primeros 12 o 14 meses después del parto y presenta síntomas durante al menos dos semanas (Escobar et al., 2009), y este cuadro responde a cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que se producen en la vida de la mujer luego del nacimiento de su hijo/a (González et al., 2017).

A partir de las entrevistas realizadas a tres profesionales que se desempeñan en el ámbito clínico, se observa que las intervenciones desde este enfoque terapéutico logran cambios importantes en las pacientes, por lo cual es posible concluir que la TCC resulta una terapia efectiva en el tratamiento de la depresión posparto en mujeres de mediana edad. Estos cambios se vinculan con que las pacientes logran anteponer el pensamiento crítico a las emociones negativas, reflexionan sobre sus conductas, y emplean estrategias de afrontamiento. El estudio de Álvarez Estévez (2022) también coincide en destacar la psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, como el tratamiento más efectivo en estos trastornos, señalando que la detección temprana y la identificación de los factores de riesgo son fundamentales para la prevención y el abordaje adecuado de la depresión posparto.

El primer objetivo específico se planteó caracterizar las experiencias de las terapeutas en relación de la depresión posparto, que le han resonado/identificado durante las sesiones/tratamiento con las pacientes. Tal como hemos dado cuenta cada terapeuta aporta un enfoque valioso a la evaluación inicial y a la terapia de la depresión posparto.

La combinación de un enfoque personalizado, la integración de psicoeducación, y el uso de herramientas estandarizadas ofrece una visión completa y multifacética para abordar esta compleja condición. En coincidencia con Paolantonio et al. (2023), se destaca la importancia de abordar la salud materno-infantil en el período posparto como un tema relevante para la salud pública, donde se privilegia un enfoque práctico y adaptado a las necesidades de cada paciente.

En relación al segundo objetivo específico, esta investigación se propuso indagar sobre las experiencias de las terapeutas en la prevención y la implementación de estrategias de TCC para la mejora del bienestar emocional, la reducción de síntomas depresivos y el fortalecimiento de los vínculos madre-hijo en mujeres de mediana edad con depresión posparto. De acuerdo a lo que plantean Arranz Lara et al. (2008), la TCC se basa en una reestructuración cognitiva de las distorsiones que presenta la paciente sobre la realidad, causadas por la tríada cognitiva (visión negativa del mundo, del futuro y de sí misma).

Las participantes sostienen que la prevención de la depresión debe focalizarse en la detección de las señales de alarma, como las creencias nucleares alrededor de pensamientos de insuficiencia, miedo y desesperanza. Para Nardi et al. (2012), se ha demostrado la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión posparto, pero no suficientemente su eficacia desde la prevención.

Los principales factores de riesgo, según detalla la investigación de Acuña Alvarado et al. (2021), incluyen cambios físicos, psicológicos y sociales, como el cambio de rol en la familia, el vínculo con el bebé, la nueva responsabilidad asumida y los cambios en el cuerpo. Las profesionales entrevistadas afirman que la psicoeducación juega un papel importante para brindarle a la paciente recursos que la ayuden a reconocer y registrar sus pensamientos nucleares negativos. Por otro lado, las herramientas específicas utilizadas para reconocer estas creencias suelen ser: la anamnesis, la historia

clínica, la entrevista semidirigida, el Inventario de Depresión de Beck, y el Inventario SCL-90-R.

En cuanto al tratamiento propiamente dicho, el objetivo fundamental que señalan las participantes es lograr la reestructuración de las distorsiones cognitivas. Según plantean Segal et al. (2006), las distorsiones cognitivas incluyen inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación/minimización, personalización y pensamiento dicotómico. Además, las personas con tendencias depresivas tienden a responder de manera rígida y negativa a su entorno, interpretando de forma inexacta las experiencias pasadas y nuevas, reforzando así los pensamientos y creencias nucleares negativas.

Las intervenciones de TCC se basan en brindan herramientas a las pacientes para identificar y cuestionar pensamientos centrales negativos, fortalecer la autoestima, planificar actividades agradables, desarrollar estrategias de afrontamiento para el manejo de las emociones, y modificar conductas desadaptativas. Algunas de las estrategias concretas utilizadas para la consecución de estos objetivos incluyen el diario personal, técnicas de respiración profunda, resolución de problemas, y la construcción de redes de apoyo de amigos y familiares.

El tercer objetivo específico de la investigación se propuso describir las experiencias de las terapeutas en relación con los desafíos y dificultades encontrados al implementar la TCC en mujeres de mediana edad con depresión posparto. En este sentido, las entrevistadas reconocen como un desafío el trabajo con pacientes que tienen distorsiones cognitivas muy arraigadas, especialmente las relacionadas con la visión sobre sí mismas y sobre su futuro. También destacan como un desafío la fuerte impronta del entorno social sobre estas distorsiones, ya que la presión que ejerce el contexto sobre las expectativas depositadas en la función materna contribuye al desarrollo de creencias

nucleares negativas. A su vez, las pacientes suelen tener dificultades para priorizarse y dedicar tiempo a sí mismas y a su terapia.

A pesar de los hallazgos valiosos obtenidos en esta investigación, existen varias limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el estudio se basó en un número reducido de participantes, lo que limita la generalización de los resultados. Las experiencias y enfoques de tres terapeutas, aunque profundos y detallados, no pueden ser representativos de toda la diversidad de prácticas y contextos en los que se implementa la TCC para la depresión posparto. Esto sugiere la necesidad de ampliar la muestra en futuras investigaciones, incorporando a terapeutas de diferentes contextos geográficos y con distintas formaciones teóricas.

Otra limitación se refiere al enfoque metodológico basado en entrevistas. Si bien este método permitió explorar en profundidad las experiencias subjetivas de las terapeutas, se podría complementar con otras técnicas de recolección de datos, como observaciones clínicas, análisis de casos o la implementación de instrumentos cuantitativos que permitan medir de manera más objetiva los resultados de las intervenciones. Esto ayudaría a validar los hallazgos obtenidos y proporcionar un panorama más completo del impacto de la TCC en la depresión posparto.

Además, la investigación se centró exclusivamente en mujeres de mediana edad, lo que excluye la consideración de cómo la TCC podría afectar a mujeres de otras edades o con diferentes características sociodemográficas. Es crucial investigar si las estrategias de TCC son igualmente efectivas en mujeres más jóvenes o mayores, y cómo factores como el nivel socioeconómico, el estado civil, o la presencia de redes de apoyo influyen en la eficacia del tratamiento.

En cuanto a las futuras vías de investigación, se podrían desarrollar estudios longitudinales que evalúen la implementación de intervenciones preventivas de TCC en mujeres embarazadas o en el período inmediato al parto, para determinar si estas

intervenciones pueden reducir la incidencia de la depresión posparto. Asimismo, sería relevante investigar cómo se pueden adaptar las intervenciones de TCC para abordar mejor las distorsiones cognitivas más arraigadas y las influencias del entorno social. Esto podría incluir la integración de enfoques terapéuticos complementarios (como el psicoanálisis) que podrían ayudar a las pacientes a lidiar con las expectativas sociales y las creencias nucleares negativas que contribuyen al desarrollo de la depresión posparto.

Referencias Bibliográficas

Acuña Alvarado, A., Ramírez Zumbado, E. y Azofeifa Zumbado, M. F. (2021). Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia, 6*(09), e712.

Álvarez Estévez, E. (2022). *Abordaje de la depresión postparto: factores de riesgo y detección. Una revisión sistemática* [Tesis de grado]. Universidad de Santiago de Compostela.

Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, *5*(2), e355.

Arranz Lara, L., Aguirre Rivera, W., Gaviño Ambriz, S., Cervantes Chávez, J., Carsi Bocanegra, E., Camacho Díaz, M., y Ochoa Madrigal, M. (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecología y Obstetricia de México*, *76*(6).

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Médica Panamericana.

Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Saint, K. y Parker, G. (2005). Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*, *112*, 310–317.

Ayuso-Gutiérrez, J. (2005). Depressive subtypes and efficacy of antidepressive pharmacotherapy. *The World Journal of Biological Psychiatry, 6*(2), 31-37.

Bloch, M., Danaceau, M., Nieman, L., Murphy, J., Peter, J., Rubinow, D. y Schmidt, P. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am, J Psychiatry*, *157,* 924-930.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2014). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención.* http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Deprepostparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

Chabrol, H., Michaud, C., Roge, B., Saint-Jean, M., Sistac, C., Teissedre, F. y Teisseyre, N. (2002). *Prevention and treatment of postpartum depression: A Controlled randomized study on women at risk.* Centro de Estudios e Investigación en Psicopatología, Universidad de Toulouse, Francia.

Clemmens, D. (2002). Adolescent mothers' depression after the birth of their babies: weathering the storm. *Psychology and Behavioral Sciences Collection, 37,* 147.

DeRubeis, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry, 62,* 409-416.

Escobar, J., Pacora, P., Custodio, N., y Villar, W. (2009). Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *Anales de la Facultad de Medicina, 70*(2), 115-118.

Evans, G., Marín, R. y Vicuña, M. (2003). Depresión posparto: realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 68*(6), 491-494.

Foreman, D. M. y Henshaw, C. (2002). Objectivity and subjectivity in postnatally depressed mothers' perceptions of their infants. *Child Psychiatry and Human Development, 32*(4) 233-237.

Giralda Sancha, J. (2015). *Abordaje de la depresión postparto* [Tesis de grado]. Universidad de Valladolid.

González, R. A., Tello, V. L., Salán, M. M., Fernández, P. F., del Rivero, V. D. C. A., y Díaz, M. N. F. (2017). Actualización en depresión posparto. *Tiempos de Enfermería y Salud, 1*(3), 18-22.

Gortner, E., Gollan, J., Dobson, K. y Jacobson, N. (2007). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *J Consult Clin Psychol, 66,* 80-84.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Torres P., L. (2018). *Metodología de la Investigación.* McGraw Hill.

Herrera Dutan, E. V., Carriel Alvarez, M. G. y García Pacheco, A. V. (2022). Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Vive Revista de Salud, 5*(15), 679-687.

Hyun, C., Jung, K., y Jeong, L. (2008). Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei Medical Journal, 49*(4), 553-562.

Jaramillo-Echeverri, L. G., Jaramillo-Echeverri, J. C. y Guillermo, L. (2012). Aportes del Método Fenomenológico a la Investigación Educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* (Colombia), 8(2), 51-74.

Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. y Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(1), 5-14.

Llardi, S. y Craighead, W. (2004). The role of nonspecific factor in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1,* 38-55.

Marín, D., Bullones, A., Carmona, F., Carretero, M. I., Moreno, M. A. y Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación, 37.*

Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus, 21*(3), 7-12.

Meyer, L. (2006). Psychologist and psychotropic medication. *Monitor on psychology, 37,* 46-51.

Montero, I. y León, O. G. (2002). *Métodos de investigación en Psicología y Educación.* McGraw Hill.

Montes, C. (2008). *La depresión y su etiología: una patología compleja.* Artículos de Psiquiatría.

Murray, L. y Cooper, P. (1996). Impacto de la depresión posparto en el desarrollo infantil. *Internacional Review of Psichiatry, 8*, 1.

Nardi, B., Bellantuono, C., y Moltedo-Perfetti, A. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *77*(6), 434-443.

O'brien, L., Gardner, E., Hanna, M., Lee, J. y Watts, P. (2004). Postnatal depression and faltering growth: a community study. *Pediatrics, 113*, 1242-1247.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Depresión*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Organización Mundial de la Salud. (2022). *La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto.* https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth

Paolantonio, M. P., Manoiloff, M. L. V., y Faas, A. E. (2023). Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista de Psicología*, *22*(2), 80–99.

Pérez-Miranda, G., Ortiz-Pinilla, D., Niño-Mancera, D. A., Gómez-Salcedo, L. H., y Bayona-Granados, K. V. (2021). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Medicas UIS*, *34*(1), 73-90.

Pinquart, M., Duberstein, P. y Lyness, J. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 493-501.

Pita Fernández, S. y Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cuadernos de Atención Primaria*, *9*(1), 76-78.

Puerta Polo, J. V. y Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, *8*(2), 251-257.

Righetti-Veltema, M., Bousquet, A. y Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12,* 75–83.

Rupke, S., Blecke, D., y Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *Am Fam Physician, 73*(6), 83-93.

Segal, Z., Kenedy, S. y Germar, M. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry*, *63*, 749-755.

Solís Solano, M., Pineda Mejía, A. L., y Chacón Madrigal, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, *4*(6), 90-99.

Strauss, A. y Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquía.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Thase, M. y Callan, J. (2016). The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *J Psychoterapy integration, 16,* 162-167.

Toranzo Pérez, G. I. (2019). Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas. *Cultura,* 101-118.

Víquez Quesada, M. y Valverde Chinchilla, K. (2022). Detección temprana de la depresión posparto. *Revista Ciencia y Salud- Integrando Conocimientos, 6*(5), 37-44.

Winans, E. (2001). Antidepressant use during lactation. *J Hum Lact, 17*(3), 256-261.

Zinga, D., Born, L. y Phillips, S. (2005). Postpartum depression: we know the risk, can it be prevented? *Revista Brasilera de Psiquiatría, 27,* 2-21.

Anexo

Matriz de Datos

Eje de Análisis	Categoría de Análisis	Frases de la Psicóloga (E1; E2;E3)
Generalidades	Experiencia y formación	E1: “Psicóloga recibida en la Universidad de Morón en 2011. Especialización de posgrado en terapia cognitiva conductual y especialización en Ansiedad, ataques de pánico y depresión." E2: “Me formé en la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, donde me gradué hace 10 años. Mi interés siempre estuvo en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), optando por materias y prácticas relacionadas con esta orientación, como neuropsicología, psicología de la discapacidad y psicofarmacología. A pesar de que la UBA tiene una fuerte inclinación hacia el psicoanálisis, me enfoqué en abrirme camino en TCC. Después de mi graduación, trabajé en centros de día y asumí roles como orientadora de sala y psicóloga, aplicando herramientas de TCC, especialmente en el ámbito de la discapacidad.

		Actualmente, me dedico al ámbito clínico en consultorio, con un enfoque cognitivo-conductual.” E3: “Soy Lic en psicología, cursé materias en UBA orientadas en teoría y técnicas cognitivas conductuales (…)"Realicé diversos cursos en instituciones académicas para comprender y unificar de forma más integral el enfoque terapéutico cognitivo conductual.""
	Evaluación inicial	E1: “Cuando una paciente llega a sesión, lo primero que hago es intentar comprender qué le está sucediendo... es crucial indagar en el proceso que llevó a ese diagnóstico, porque, como en cualquier situación, uno debe entender que está relacionado con su propia experiencia." E2: “La evaluación incluye entrevistas profundas para identificar pensamientos desesperanzadores y emociones negativas. Factores como el parto, la lactancia, y cambios físicos también se consideran. La psicoeducación es fundamental para que la paciente comprenda lo que le está sucediendo y pueda colaborar en su tratamiento.”

		E3: "Utilizo una entrevista semi-dirigida, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario SCL-90-R."
Implementación de Estrategias de TCC	Aplicación de estrategias	E1: "Mi trabajo, como en cualquier tratamiento cognitivo-conductual, es conceptualizar el caso, entender qué le está pasando a la persona... Siempre trabajamos en la normalización de los síntomas, que es en parte validar lo que el paciente está experimentando." E2: “Utilizo la reestructuración cognitiva para identificar y cuestionar pensamientos catastróficos, buscando que la paciente adopte perspectivas más racionales. Empleo herramientas como grillas, mapas conceptuales, diarios personales, y una red de apoyo. También trabajo en abordar el miedo mediante la visualización de situaciones concretas y la implementación de estrategias para cambiar la percepción de la realidad.” E3: “"Psicoeducación sobre la depresión postparto, su curso, sus síntomas y tratamientos (…)Monitoreo de pensamientos y emociones, reestructuración cognitiva (…)Activación conductual, entrenamiento en resolución de problemas."

	Observación de cambios	E1: "Es crucial poder identificar cómo estas señales de alerta, que son parte de un proceso normal de embarazo, maternidad y los primeros días con el bebé, comienzan a generar mayor preocupación... se puede considerar una depresión en esta etapa." E2: “La implementación de estrategias de TCC lleva a un pensamiento más crítico y racional, ayudando a las pacientes a emplear herramientas de afrontamiento, como delegar responsabilidades y desconectar emocionalmente. Esto reduce la distorsión cognitiva y mejora la calidad de vida de las pacientes.” E3: “Merma en los síntomas depresivos (tristeza, desesperanza, fatiga, dificultades en el sueño y alimentación) (…) Aumento de la autoconfianza y autoestima, incremento de actividades placenteras.” "Mejoras en las relaciones interpersonales”
		E1: "Los principales objetivos terapéuticos al implementar estas estrategias son: la flexibilización cognitiva, la búsqueda de patrones rígidos, la promoción de actividades, la generación

	Habilidades de afrontamiento	de actividades de autocuidado, técnicas de respiración y relajación, visualización y la creación de una red de apoyo." E2: "Enseño habilidades como la reestructuración cognitiva para modificar pensamientos negativos sobre la maternidad. También trabajo en la planificación gradual y en la vinculación con el bebé a través del contacto físico y emocional, utilizando prácticas como el colecho y el uso de fulares, lo cual genera oxitocina y fortalece el vínculo madre-hijo." E3: "Identificación de pensamientos, identificación y expresión de emociones (…)Desarrollo de la autocompasión, técnicas de resolución de problemas, técnicas de afrontamiento activas (…)"Técnicas de relajación, respiración profunda, mindfulness, desarrollo de apoyos sociales, establecimiento de límites y delegar"
		E1: "Considero importante identificar, desde un punto de vista cognitivo, técnicas específicas que promuevan la flexibilidad cognitiva... Desde un enfoque conductual, es importante que la paciente se conecte con actividades que le generen placer."

	Intervenciones preventivas	E2: “Identificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva y psicoeducación son esenciales para la prevención de la depresión postparto (..)Trabajo en la identificación y manejo de pensamientos automáticos y miedos durante el embarazo. Además, fomento la creación de una red de apoyo antes del parto para prevenir situaciones estresantes que puedan desencadenar una depresión postparto.” E3: "Construcción de un plan de acción con actividades agradables y placenteras (…)Intervenciones cognitivas, como el cuestionamiento socrático o reestructuración cognitiva.
Desafíos o dificultades en la implementación de Estrategias de TCC	Desafios	E1: "Las creencias negativas sobre sí mismas y en relación a su futuro... Imagino que la presión social, aunque hoy se hable de la maternidad... sigue siendo una carga fuerte para la mujer." E2: “Uno de los desafíos más grandes es trabajar con pacientes que tienen creencias nucleares muy fuertes o una depresión preexistente. También, los factores ambientales y las creencias sociales pueden

		dificultar la implementación de las estrategias de TCC.” E3: "Factor cultural que influye en la rigidez de las creencias centrales sobre la maternidad y refuerza distorsiones cognitivas (..)Cronificación de los síntomas al momento de llegar a consulta (…)Aislamiento social o pérdida de apoyos sociales."
	Abordaje de desafíos	E1: "Los principales desafíos que he atravesado trabajando con depresión posparto son la falta de tiempo para ellas mismas y la dificultad para priorizarse... Creo que lo más importante es entender que son una prioridad." E2: “Trabajo en la psicoeducación y planificación para asegurar que las herramientas se integren de manera efectiva en su vida diaria.” E3: “Construcción de creencias adaptativas, búsqueda de espacios de apoyos sociales (…)"Uso de estrategias cognitivas y desarrollo de planes de acción con exposición progresiva."
		E1: "Cuando se presentan cuadros de ansiedad, la mirada sobre la incapacidad se intensifica. Es necesario hacer un

		mayor énfasis en todas las notas, dar indicaciones más directas frente al estrés y planificar con el ejecutar."
	Adaptaciones en el tratamiento	E2: “La clave está en cómo se utilizan las herramientas, cuándo se introducen y cómo se adapta la intervención a las circunstancias y contexto de cada paciente. Sesiones vinculares también pueden ser útiles para involucrar a otros miembros de la familia en el proceso terapéutico”. E3: “Modificación del encuadre de la terapia TCC, adaptación de estrategias de identificación de pensamientos negativos (…)Adaptación a la naturalización de modos de pensar en mujeres de mediana edad.”

Fuente: Elaboración propia

Anexos

Guión de Entrevista

Eje: Generalidades

1. ¿Podría compartir un poco sobre su experiencia y formación en la aplicación de Terapia Cognitivo-Conductual?

2. ¿Cómo realiza la evaluación inicial de una mujer de mediana edad que presenta síntomas de depresión postparto? ¿Existen herramientas específicas que utilice en este proceso?

Eje: Experiencias en la Implementación de Estrategias de TCC

3. ¿Aplica estrategias específicas de la Terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje de la depresión posparto? ¿Cuáles han sido los principales objetivos terapéuticos al implementar estas estrategias? ¿Podría describirlas?

4. ¿De qué manera implementa esas estrategias en el transcurso del tratamiento?

5. Según su experiencia, ¿qué cambios observa en las mujeres de mediana edad con depresión postparto a partir de la aplicación de estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual?

6. En su labor cotidiana, ¿qué pensamientos disruptivos observa en mujeres de mediana edad con depresión posparto que puedan afectar su bienestar emocional?

7. ¿Qué tipo de habilidades de afrontamiento específicas enseña a estas mujeres para mejorar su bienestar emocional durante el posparto? ¿Cómo estas habilidades contribuyen a fortalecer la comunicación y el vínculo entre las mujeres de mediana edad con depresión postparto y sus hijos?

8. ¿Qué estrategias de TCC considera efectivas para la prevención de la depresión posparto en mujeres de mediana edad?

9. En su labor cotidiana ¿qué intervenciones lleva a cabo desde un enfoque preventivo de la depresión posparto?

Eje: Experiencias en Desafíos o dificultades en implementación de TCC

10. ¿Cuáles han sido los principales desafíos o dificultades que ha enfrentado al trabajar con mujeres de mediana edad con depresión posparto y la implementación de la TCC?

11. ¿Cómo ha abordado estos desafíos en su práctica clínica?

12. ¿Hay algún aspecto particular de la depresión posparto en mujeres de mediana edad que haya presentado desafíos adicionales en el tratamiento con TCC?

13. Según su experiencia, ¿ha tenido que adaptar o modificar alguna estrategia de TCC debido a estos desafíos?

Consentimiento informado

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, lo invitamos a participar en un proyecto de investigación destinado a explorar las experiencias de psicoterapeutas en la implementación de estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje de la depresión posparto en mujeres de mediana edad.

Usted tiene derecho a abandonar en cualquier momento si no está de acuerdo con continuar y es libre de hacerlo sin problema. La utilización de la información será de modo general y no se identificará a los participantes.

Se les solicitara que responda algunas preguntas. La duración aproximada de la entrevista es de 60 minutos. Su participación es de gran importancia ya que sin su colaboración no se podría llevar a cabo los objetivos perseguidos y estará ayudando al avance de la psicología.

La información que usted provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Cualquierduda respecto a sus derechos como participante puede ser referida al área de investigación de psicología UAI.

He leído y comprendido el presente formulario.

Fecha:_____/_____/20___

Firma y aclaración del participante: