

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

**Manual de intervención dirigido a profesionales en psicología
para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos
en el postparto**

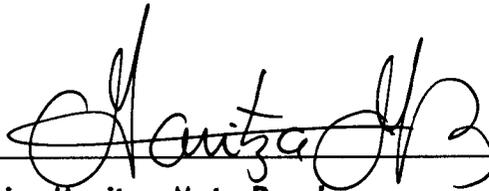
Postulante:
Fabiola Alfaro Vargas

Sede Rodrigo Facio
San José, Costa Rica, Febrero 2005

TRIBUNAL EXAMINADOR



Lic. Ángelo Arguello Castro
Presidente del Tribunal en representación del Director de la
Escuela de Psicología M.A. Manuel Martínez



Lic. Maritza Mata Barahona
Profesora Invitada



Ronald Ramírez Henderson Ph.D
Director del Comité Asesor



M.Sc. Edgar Salgado García
Lector del Comité Asesor



Dra. Patricia Montero Vega
Lectora del Comité Asesor

Dedicatoria

A las mujeres que ocuparon las 69 estancias
en el Hospital Nacional Psiquiátrico el año pasado por
trastornos afectivos en el postparto;
a las que lo hicieron el año anterior
... y todos los años antes.

A las mujeres que no pudieron hablar de sus sentimientos
encontrados cuando se convirtieron en madres
porque la sociedad y la vergüenza les tapo la boca
...y el corazón.

A todas las mujeres que creyeron dejar de existir como
mujeres después de la maternidad
y necesitan convencerse de que no es así.

A todas las personas que se identifiquen con este escrito y
que puedan encontrar en estas páginas
algún empujón para sentirse más orgullosas y felices de
quienes son.

Agradecimientos

Le agradezco a las personas que hicieron posible la elaboración de este documento, empezando por las mujeres que se permitieron hablar de este tema y quienes me mostraron la necesidad de abordarlo, ellas fueron mi inspiración.

Le agradezco Ronald Ramírez por su guía, apoyo y ejemplo, por transmitirme un poco de su sabiduría y por confiar en mi. Gracias por su dedicación, por enseñarme a nivel profesional mucho de lo que soy.

También agradezco a la psiquitra Patricia Montero y al psicólogo Edgar Salgado por su paciencia, dedicación y supervisión en este proyecto.

A Marcela Scott, Manuel Solano y el Dr. Luis Meza les agradezco haber compartido y enriquecido mis conocimientos por medio de su experiencia, por haberme inspirado a buscar alternativas de abordaje a partir de sus casos y posicionarme de un modo fascinante ante los posibles tratamientos de los trastornos afectivos en el postparto.

A Viviana Umaña, Natalia Salas y al Dr. Jose Luis Salas les agradezco por su tiempo en validar este documento y por sus excelentes propuestas de recomendaciones que enriquecen este instrumento.

A mi mamá por su ayuda, apoyo, sinceridad y compañía durante mi abordaje de este tema y elaboración de este documento. A Vero le agradezco su compañía y la inmensa ayuda que me brindó en las diferentes etapas de elaboración y presentación de este manual. A mi papá y hermanos su apoyo y cariño.

Extiendo mi agradecimiento a mis compañeros de la Universidad que me hicieron porras para seguir adelante y que me dieron empujones para terminar este proyecto, especialmente a Andrea Cuenca por su incansable motivación y compañía. También agradezco a mis amigos y personas queridas por su compañía, comprensión y cariño que permearon mi dedicación a este proyecto.

Alfaro, F. (2005). Manual de intervención para profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos en el postparto. Trabajo final para optar por el título en Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.

RESUMEN

Los trastornos afectivos en el postparto son actualmente una causa importante de motivo de consulta en la clínica, así como de internamiento en centros de salud mental. La maternidad propiamente y los cambios en la autovaloración de la feminidad en la mujer que manifiesta un trastorno de este tipo, es un campo de acción verdadero. En este sentido los psicólogos hoy en día pueden y deben hacer una valiosa diferencia.

Quizás el resultado a nivel macro no sea inmediato, porque el papel cultural y social que puede ir de la mano de estos trastornos requerirá de inversiones prolongadas y de muchas instituciones implicadas, hasta ahora, en el mantenimiento de la organización de nuestros patrones culturales.

El aporte social y de salud que tiene la psicología permite ofrecer este manual como instrumento que guíe el entrenamiento de las mujeres que experimentan estas afecciones. Seleccionadas del modelo cognitivo conductual emocional se han recolectado una serie de técnicas que se proponen en este documento como facilitadoras para el cambio de los principales problemas que experimentan las mujeres en esta situación.

Estas técnicas están documentadas y explicadas en el manual de acuerdo a una clasificación temática de los síntomas o problemas que se deseen resolver.

A continuación se describe de modo general el objetivo de cada uno de los módulos de los que esta compuesto el manual:

I MODULO: Es un módulo de diagnóstico en el cual se brindan al terapeuta herramientas de valoración para definir el diagnóstico de la consultante. El abordaje de esta propuesta se dirige a mujeres en las que los síntomas predominantes son la ansiedad y la depresión. En este primer momento se ofrecen instrumentos y bases teóricas para identificar trastornos en los que predominan los síntomas depresivos o trastornos en los que predominan los síntomas ansiógenos. Claro está, que comúnmente estos síntomas pueden ser comórbidos. Una vez hecho este diagnóstico el terapeuta decide si aplicar una o ambas opciones del Módulo II.

II MÓDULO: Para esta segunda etapa hay dos opciones de aplicación dependiendo del diagnóstico hecho anteriormente. En caso de que los síntomas del trastorno obedezcan a depresión y ansiedad se pueden aplicar ambas opciones de entrenamiento. Estas opciones son las siguientes:

- Entrenamiento en técnicas de relajación: en esta sección se explica a la participante los conceptos, respuestas y consecuencias del estrés. Asimismo se le entrena en técnicas de relajación progresiva y por imaginación.
- Conocimiento y tratamiento de la depresión: igual que en el apartado anterior se le brinda a la cliente una opción educativa con respecto a los síntomas depresivos. Asimismo, se lleva a cabo un entrenamiento en actividades que ayuden a superar la depresión. En este caso serán un complemento imprescindible los módulos siguientes.

III MÓDULO: Este apartado se dirige a un trabajo a nivel familiar en el que se pretende brindar una psicoeducación con respecto al trastorno que padece la cliente, así como brindar directrices acerca del modo en que estos miembros pueden facilitar el proceso de recuperación.

IV MÓDULO: Este cuarto módulo aborda los principios teóricos y prácticos relacionados a la Reestructuración Cognitiva. Basada en la propuesta de Albert Ellis y Aaron Beck se brindan a la mujer técnicas para reconocer la conexión entre sus pensamientos o ideas irracionales y el modo en que estos afectan su estado emocional y conductual.

Asimismo, se implementan herramientas que la mujer puede incorporar a su vida para poder identificar, controlar y cambiar estos patrones de pensamiento y así favorecer el autocontrol sobre su comportamiento y sentimientos.

IV MÓDULO: En complemento a los anteriores, este módulo busca facilitar en la mujer la apropiación de técnicas y herramientas que faciliten su desempeño personal y social. Los apartados en este módulo se subdividen de acuerdo a las siguientes habilidades: Manejo del tiempo, Comunicación asertiva, Manejo de límites, Resolución de problemas y algunas habilidades parentales.

VI MÓDULO: Este último módulo tiene que ver con las indicaciones generales relacionadas al proceso de seguimiento de los casos.

La descripción de los módulos se ve complementada por las características básicas de un trabajo de este tipo, en la que los objetivos, metodología y procedimientos se desarrollan en función del documento del manual.

Finalmente se describen los procedimientos de validación de este instrumento, las conclusiones y recomendaciones identificadas.

Palabras clave: manual de intervención, mujer, maternidad, postparto, trastornos afectivos, modelo cognitivo conductual emocional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I INTRODUCCIÓN	1
II MARCO TEÓRICO	3
A. Antecedentes	3
B. Modelo Cognitivo Conductual Emocional	5
1. Aspectos básicos	5
2. Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis	6
3. Terapia Cognitiva de Aaron Beck	8
C. La maternidad dentro de la Teoría de Género	9
D. Integración teórica en función de la elaboración del presente manual	10
E. Aspectos específicos	11
1. Prevalencia de cambios importantes durante el Embarazo y Parto	12
a) Cambios físicos y psicológicos evidentes durante el embarazo	12
b) Cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer durante el puerperio	12
2. Los trastornos afectivos en el postparto	12
a) Tristeza en el postparto (<i>Baby blues</i>)	13
b) Depresión Mayor en el Postparto	14
c) Depresión Mayor con Psicosis	14
d) Trastorno Bipolar	15
3. Factores sociales y psicológicos en la etiología de los trastornos afectivos en el postparto	16
4. Tratamiento médico y psicológico de la psicosis y depresión postparto	17
III PROBLEMA Y OBJETIVOS	19
A. Problema	19
B. Objetivo General	20
C. Objetivos Específicos	20
D. Objetivo Externo	20
IV METODOLOGIA	21
A. Tipo de estudio	21
B. Procedimiento	21
1. Primera fase: Revisión bibliográfica y documental	21

a) <i>Criterios de inclusión y exclusión para la selección bibliográfica</i>	22
2. Segunda fase: Entrevistas con profesionales que posean conocimientos en la temática	23
a) <i>Criterios de inclusión y exclusión para la elección de profesionales en la temática</i>	24
3. Tercera fase: Entrevista a mujeres que hayan padecido de algún trastorno emocional en el postparto	24
a) <i>Criterios de inclusión y exclusión para la selección de las mujeres y parejas entrevistadas</i>	25
4. Cuarta fase: Elaboración del manual	26
5. Quinta fase: Validación del manual	27
6. Sexta fase: Preparación del documento final	28
V RESULTADOS	29
A. Elaboración del Manual	29
1. Resultados de la fase preparatoria	29
a) Resultados de la Investigación bibliográfica	29
b) Resultados de entrevistas	29
b.1 Entrevistas a profesionales	29
b.2 Entrevistas a mujeres (parejas)	31
2. Manual	32
3. Validación del manual	207
a) Validez de contenido	207
a.1 Consistencia en criterios teóricos utilizados en la propuesta de intervención	207
a.2 Fortalezas de la propuesta	207
a.3 Debilidades de la propuesta	208
a.4 Recomendaciones para la mejor implementación del manual	208
b) Validez social	209
b.1 Utilidad práctica y contribución de la propuesta para el tratamiento de estos casos	210
b.2 Utilización clínica del manual por parte de los validadores	210
b.3 Recomendación del manual a otros profesionales	210
VI DISCUSIÓN	221

VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	216
VIII BIBLIOGRAFÍA	219
ANEXOS	223
Anexo #1 Consentimiento Informado de las mujeres entrevistadas	224
Anexo #2 Guía de preguntas para entrevistas de expertos	225
Anexo #3 Guía de preguntas para entrevistas de mujeres	226

I INTRODUCCIÓN

En el periodo del puerperio la mujer puede encontrarse en un estado de desgaste y vulnerabilidad físico, producto de los cambios y esfuerzos del cuerpo en las tareas de parto, alimentación y cuidado de la nueva criatura. Sin embargo, en este momento también hay un aumento en la vulnerabilidad a nivel de salud mental.

Las nuevas experiencias que conlleva este rol pueden ser causa de muchísima felicidad e ilusión, pero también de incertidumbre, desequilibrio, duda, frustración y tristeza. La suma de estas sensaciones puede desencadenar en niveles considerables de estrés, uno de los principales factores relacionados con la manifestación de trastornos mentales (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

El estrés asociado al periodo del postparto se ha correlacionado actualmente con la manifestación de trastornos afectivos principalmente, cuyos síntomas hasta pueden llegar a presentar cuadros psicóticos (Coderch, 1975). Estas experiencias desencadenan cambios neuroquímicos que a su vez se complementan con cambios físicos, tales como los hormonales, que pueden afectar el estado anímico de la mujer.

Actualmente el diagnóstico de este tipo de trastornos en el Hospital Nacional Psiquiátrico es cada vez más frecuente (Pantoja, 1995), de ahí la importancia de que se le brinde atención al tratamiento de este tipo de casos.

Durante el 2004 el Anuario Estadístico del Hospital Nacional Psiquiátrico reporta un total de 69 estancias a causa de trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio. De este total, 26 estancias corresponden a casos leves y 43 de ellas casos graves (CCSS, 2004). Estos números no contemplan los casos en los que las recaídas pueden darse en periodos externos al puerperio, tal como puede ser el caso de algunos trastornos bipolares que se desencadenan en el postparto y que a partir de esa etapa pueden generar nuevas crisis a lo largo de la vida de la persona.

Estos trastornos mentales y emocionales asociados con el embarazo representan un problema importante de salud pública. Los problemas psicológicos y particularmente psiquiátricos anteriores y posteriores al parto se asocian con un aumento en la morbilidad y mortalidad de las mujeres afectadas y también a un incremento en la morbilidad de sus hijos. A pesar de su prevalencia, a menudo no son reconocidos por los médicos y están infradiagnosticados e infratratados (Arrufat, 2000).

En la población de mujeres que ha presentado este tipo de trastornos, la recuperación puede variar y llegar a complicarse, no siendo extrañas las reincidencias. Según el DSM-IV TR la presencia de este tipo de trastornos pueden alcanzar hasta el 70% de las mujeres que se someten a labores de parto (APA, 2000).

El tratamiento que se brinda a estos casos puede dirigirse en primera instancia a una intervención de tipo farmacológico; el tratamiento psicológico puede que tenga una menor y más limitada implementación en el sistema de salud pública. El efecto de una intervención psicológica, en complemento de la medicación, para los casos que así lo necesitan, es una vía de solución y control para este tipo de trastornos que puede garantizar, no sólo la salud física en la mujer, sino su crecimiento personal y sensación de autovalía.

En vista de esta importante necesidad, se propone este trabajo, el cual está dirigido a la elaboración de un manual de intervención para profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres con trastornos afectivos en el postparto. La propuesta de este documento se hace desde la perspectiva del Modelo Cognitivo Conductual Emocional y busca el apredizaje, implementación y mantenimiento de habilidades que permitan, a la mujer que padece el trastorno afectivo, una mejor calidad de vida.

A lo largo de este documento se describen las pautas de investigación sobre este tema, así como la propuesta del manual dividido en cinco diferentes módulos que se relacionan con los campos de acción de la propuesta terapéutica cognitivo conductual emocional, según las posibles necesidades en los casos de afecciones en el postparto.

II MARCO TEÓRICO

Para lograr una correcta apropiación de los conceptos y teorías implicadas en la elaboración de este manual se describen a continuación una serie de aspectos que se consideran esenciales para contextualizar esta investigación.

En primer lugar, se exponen los antecedentes referentes a investigaciones internacionales como nacionales, las cuales permiten evidenciar el estado de la cuestión de la temática de los trastornos afectivos en el postparto. Seguidamente, se exponen los principios básicos del Modelo Cognitivo Conductual Emocional, ya que bajo este modelo es que se ha elaborado este manual de ayuda a los profesionales.

En la tercera parte de este marco teórico se lleva cabo una exposición de aspectos más específicos que se refieren a cuestiones como los cambios importantes durante el embarazo y puerperio, una categorización de los trastornos afectivos en el postparto y la descripción de posibles aspectos implicados en este tipo de padecimientos.

A. Antecedentes

Desde hace 2000 años Hipócrates destacó los cambios emocionales, conductuales y cognitivos que ocurren en algunas mujeres tras el alumbramiento. Aún así, no fue hasta la década de los setenta cuando se despertó el interés científico por el estudio de estos trastornos.

En 1926, Strecker y Ebaugh concluyeron que las alteraciones del postparto podían clasificarse en insanía maniacodepresiva, esquizofrenia o psicosis tóxica, pero que ninguna alteración existía como exclusiva de la maternidad. El término mismo de «psicosis puerperal» fue acuñado por Fürstner en 1875 (Novo-Gueimonde, 1999).

Con respecto a esta temática la mayoría de las investigaciones se han hecho a nivel internacional. Entre ellas se considera de importancia un estudio de clasificación de los tipos de psicosis postparto en 250 mujeres en el hospital Psiquiátrico Venray en colaboración de la Universidad Erasmus en Rotterdam, Netherlands (Klompshouwer, J.L. y van Hulst A.M., 1999).

Por su parte, Cooper (1988) observó en un estudio con 483 mujeres, que los desórdenes psiquiátricos se dan con mayor prevalencia en los seis meses siguientes al parto. Además respaldó la hipótesis de que la hipersensibilidad de los receptores de

dopamina puede ser inducida por el incremento de estrógenos en el postparto y facilitar de este modo la manifestación de trastornos como la psicosis puerperal.

Asimismo, Platz (1988) llevó a cabo un estudio en el cual 72 mujeres diagnosticadas con trastornos emocionales postparto, presentaron síntomas afectivos predominantes de la psicosis postparto. Se concluye que este trastorno es un desorden afectivo precipitado por el estrés y que es más común en mujeres que tienen predisposición constitucional y genética.

Serbase (1992, citado por Pantoja, 1995) realizó un estudio en el cual concluye que la psicosis postparto es una variable de un desorden afectivo bipolar. También sugiere que la psicosis postparto es un desorden afectivo que tras la privación del sueño puede presentar trastornos maníacos e hipomaniacos.

Por su parte, en Los Angeles, en la Universidad de California se llevó a cabo un estudio utilizando las escalas Hamilton Depression Rating Scale y la Escala de Edinburgh de Depresión Postnatal. Los resultados de esta investigación apuntan a que el uso de la fluoxetina y de la terapia cognitivo conductual fueron efectivos en los casos de depresión menor y mayor en las primeras ocho semanas del postparto (Suri, Burt, Altshuler, Zuckerbrow-Miller y Fairbanks, 2001).

O'Hara (2000), en la Universidad de Iowa llevó a cabo un estudio con mujeres que presentaban algún trastorno afectivo en el puerperio, especialmente depresión. Se aplicó para estos casos psicoterapia interpersonal como una alternativa a los medicamentos antidepresivos. Los resultados demostraron la eficacia del tratamiento reflejada en la recuperación de las mujeres participantes en la investigación.

Por otro lado, las investigaciones sobre este tema a nivel nacional son pocas. Existe una tesis de la Universidad de Costa Rica y del Hospital Nacional Psiquiátrico elaborada por Pantoja (1995). "Factores de riesgo en la psicosis postparto" es el nombre de este documento y en el mismo se hace una especificación sobre los factores de riesgo en la psicosis postparto a nivel físico como psicosocial.

Entre los principales aportes de Pantoja (1995) se menciona que la mayoría de los casos diagnosticados como psicosis postparto de 1988 a 1993, se presentaron en mujeres primerizas, entre los 15 y 30 años de edad, durante el mes de setiembre, mes que correspondía, en ese momento, al mes con mayor índice de natalidad en el país. Asimismo, concluyó que el estado de soltería y la inestabilidad de la pareja son factores que pueden influir de modo importante en la manifestación de alteraciones afectivas.

Por otro lado, existe una importante publicación por parte del Instituto de Investigaciones Psicológicas. Bajo el nombre de “Cuando la feminidad se trastoca en el espejo de la maternidad” es una investigación elaborada por las psicólogas e investigadoras Hidalgo y Chacón (1994). Este trabajo se caracteriza por ser un estudio de casos en el que se aborda la temática del infanticidio en mujeres costarricenses, desde una perspectiva de género en la que se evalúan los conceptos de maternidad y feminidad.

Dicho estudio retoma importancia para esta investigación ya que los casos se refieren a mujeres que experimentaron trastornos afectivos en el puerperio o que experimentaron trastornos afectivos o psicóticos a partir de la experiencia de la maternidad.

Entre sus principales conclusiones se aborda la importancia de las experiencias familiares y sociales de las participantes, el manejo de recursos económicos como ideológicos en función de los roles sociales y como posibles causantes de trastornos mentales importantes.

Asimismo, en 1994 Salgado llevó a cabo una investigación relacionada a los trastornos afectivos, específicamente depresivos, en las adolescentes embarazadas que asistían a la consulta del control prenatal del Hospital Maternidad Carit.

B. Modelo Cognitivo Conductual Emocional

1. Aspectos Básicos

Este es un modelo de intervención, que puede considerarse como un marco metodológico que ha ido aumentando su auge en los últimos años. Se ha visto favorecido por la búsqueda de alternativas de tratamientos de corta duración y por la flexibilidad de sus técnicas (Engler, 1996).

Este modelo cuenta con cuatro pilares teóricos básicos, el primero de ellos surge a finales del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo Ivan Pavlov, quien descubrió un proceso básico de aprendizaje que luego llamó Condicionamiento Clásico. En este proceso los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente (Minici, Dalo y Rivaneira, 2000).

Inspirado en estos descubrimientos John B. Watson aplica los principios del condicionamiento clásico para trabajar sobre la fobia de un niño, y de esta manera funda las bases del conductismo. El conductismo watsoniano representa actualmente una de las bases metodológicas del modelo que es un cuerpo teórico de principios

explicativos de los cuales se derivan técnicas de intervención (Minici, Dalo y Rivaneira, 2000).

Alrededor de 1930 F.B. Skinner plantea la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Instrumental u Operante, el cual es un proceso por medio del que se mantienen o extinguen comportamientos dependiendo de las consecuencias que le siguen (Minici, Dalo y Rivaneira, 2000) .

Durante la década de 1960, los trabajos de Albert Bandura conforman una serie de hipótesis que enfatizan la importancia del papel que la imitación juega en el aprendizaje. En este sentido, se mantiene que el aprendizaje no se produce únicamente por medio de la experiencia directa, sino, que en el caso de los seres humanos, la observación de otras personas, así como el recibir información por medio de símbolos verbales o visuales, constituyen variables críticas (Minici, Dalo y Rivaneira, 2000).

Durante la misma época se inicia el estudio de los inicialmente denominados “eventos privados”, por lo que se entiende pensamientos, diálogos, imágenes internas, creencias y supuestos que se pueden entender como “modelos cognoscitivos”. Dentro de esta línea se destacan Aaron Beck y Albert Ellis, cuyas teorías se exponen ampliamente más adelante. Ambos autores hacen referencia a la influencia que el pensamiento tiene sobre la emociones. De esta manera se expone que cada persona refleja su sistema de interpretación del mundo de acuerdo al conjunto de creencias y reglas, que no siempre son conocidas de manera total por el individuo (Carrasco, 1996; Ellis, 2000).

Los cuatro pilares de este modelo son entonces el aprendizaje clásico, el aprendizaje operante, el aprendizaje social y el aprendizaje cognitivo. A continuación se describen los postulados generales de la Terapia Racional Emotiva y de la Terapia Cognitiva, cuyos postulados son básicos en la elaboración del manual que aquí se propone.

2. Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis

La terapia racional emotiva es un modelo que tiene como meta principal examinar las creencias que se tienen sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general. Tiene sus raíces en la idea de que las emociones, como las conductas, son producto de las creencias que mantiene cada sujeto y, por consiguiente, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1981 y Corsini, 1989).

Este modelo terapéutico propone el esquema ABC con el fin de explicar los problemas emocionales como producto de las propias interpretaciones. En caso de que las creencias, ideas y pensamientos del sujeto son calificadas de "irracionales" por ser ilógicas y poco empíricas, no significa que el paciente no razone, sino que es posible que lo haga de un modo incorrecto que le lleva a conclusiones erróneas (Ellis, 1981; 2000).

El modelo ABC de la TREC tiene un funcionamiento que se explica a continuación:

El A o "acontecimiento activante" no produce de forma automática la C o "consecuencias" que pueden ser emocionales Ce y/o conductuales Cc. Si esto fuera así, que A produjera C, todas las personas reaccionarían del mismo modo a las mismas situaciones. Es decir, no existiría la interpretación subjetiva característica de cada quien.

Estas interpretaciones subjetivas o "creencias" equivalen a B. Si la B es funcional, empírica y lógica se entiende como "racional" (rB). Si por el contrario estas creencias dificultan el funcionamiento eficaz se entiende como "irracional" (iB).

En la TREC el modelo ABC busca reemplazar una creencia irracional (iB) por una creencia racional (rB). Esto se logra por medio de una "refutación" o "debate" (D). Este se entiende como una adaptación del método científico a la vida cotidiana del sujeto. Por medio de este método se cuestionan hipótesis y teorías del sujeto para determinar la validez de las mismas.

También se incluye en este modelo la E que sería el nuevo efecto, las nuevas formas de sentirse y de comportarse (la deseada), y F que es la acción siguiente a tomar por el cliente. La terapia ayuda al cliente a entrar en acción actuando contra esos pensamientos irracionales (Ellis, 1981).

Este modelo terapéutico señala que el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional y poco funcional que hace el sujeto de las situaciones que le acontecen y de la realidad que le rodea. Esta evaluación, por lo general, se conceptualiza por medio de exigencias absolutistas, por ejemplo, los "debo de" y los "tengo que", los cuales solo sirven para sabotear los propósitos y objetivos básicos del sujeto ya que generan emociones y conductas bloqueadoras de la obtención de los mismos (Ellis, 1981 y Corsini 1989).

En el módulo correspondiente a la reestructuración cognitiva se describen más a fondo los tipos de pensamientos irracionales más comunes.

3. Terapia Cognitiva de Aaron Beck

En este modelo se utiliza la metáfora del hombre como un sistema que procesa la información del medio ambiente. Entonces es el sujeto quien construye la realidad de una manera activa mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. Esta información viene a tener una influencia a nivel emocional y conductual en la persona (Carrasco, 1993).

Se habla de esquemas cognitivos, al referirse a “un conjunto de experiencias del individuo provenientes de su interacción con el medio y se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de uno mismo” (Carrasco, 1993. pp. 688).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) señalan que los trastornos emocionales son el producto de distorsiones en el procesamiento de la información, ya que la interpretación de los estímulos se ve afectada por los esquemas cognitivos que sirven como parámetros.

Asimismo, se refieren a los trastornos, tales como la depresión, como estados en los que:

... las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayores que mantiene una escasa relación lógica entre ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. (pp. 21)

En general, pero aún más evidente en la depresión, se puede hablar de que estos esquemas cognitivos giran en torno a tres factores: uno mismo, el mundo y el futuro. Este modelo pretende llevar a cabo una reestructuración con respecto al modo en que la información es procesada, básicamente un cambio en los esquemas cognitivos (Beck y otros, 1983; Engler, 1996).

C. La maternidad dentro de la Teoría de Género

La teoría de Género se interesa por dar una explicación a los comportamientos sociales basados en patrones económicos y políticos que han sido heredados. Asimismo, a partir de los movimientos socioculturales e históricos intenta llevar a cabo una explicación del comportamiento humano, su desarrollo y la subjetividad de cada uno de los géneros.

Dentro de esta teoría se puede identificar como un factor interesante la categorización y funcionamiento de los roles sexuales, a partir del compendio de normas, patrones y expectativas sociales relacionadas a lo que estos comportamientos se refieren. Este funcionamiento se define en forma condicionada a los intereses sociales de cada grupo cultural. En el caso de la sociedad occidental y específicamente de la costarricense, es claro identificar un modelo que es todavía imperante en este sentido: el modelo patriarcal (Poveda, 1997).

En función de este, se han creado una serie de demandas y creencias por parte del grupo dominante (el de los varones) para mantener un “equilibrio” y bienestar de los intereses de este grupo. Específicamente, la mujer dentro de este modelo, se caracteriza por conformar al grupo subordinado, el cual es el que ha tenido la capacidad por años, de mantener los intereses patriarcales. La mujer se ha ubicado por años en un lugar de sumisión, pero al mismo tiempo de idealización con respecto a algunas de sus funciones.

La construcción del rol masculino o femenino se refiere a una construcción que ha sido elaborada y heredada de generación en generación. Se produce la ideología en la constitución del psiquismo inconsciente, así se construyen los mitos que operan a nivel inconsciente (Valladares, 1998).

Originalmente, dentro del modelo patriarcal, la mujer es madre, y parece no existir una diferenciación en estas dos posiciones, ya que una, supuestamente, implica a la otra. Asimismo, la condición de ser madre, puede ser considerada socialmente como la máxima realización y función que pueda tener una mujer. La maternidad se caracteriza por ser una potencialidad que se conforma de ideas tales como: el amor de madre es incondicional y puro, la madre y los lazos de madre-hijo son irremplazables, hay un instinto materno que impera, la maternidad es el sueño y realización de toda mujer, entre otros (Badinter, 1991 y Valladares, 1998).

Fernández (1984 cit. por Valladares, 1998) se refiere a una serie de características subjetivas, que con el correr del tiempo, se consideran naturales y/o

incuestionables en la mujer. Estas características subjetivas son:

- Existe una concepción particular de la mujer en la que ella está centrada principalmente en un ser para los otros, en detrimento de percibirse como un ser para sí mismo. La gratificación de la madre estará fundamentada por los seres queridos por los cuales se posterga.
- Hay una particular organización de sus vínculos afectivos que se “explican” a través de expresiones como “intuición femenina”, “naturaleza femenina”, que le va a permitir a la mujer detectar ansiedades profundas de su hijo y calmarlo. Si bien es cierto estas características se presentan en muchos casos, sin embargo no están determinadas por su “naturaleza femenina” sino más bien por las prácticas sociales que históricamente las mujeres han desarrollado. Más que poseer el don de la intuición, la mujer ha logrado organizar y desarrollar sus vínculos afectivos facilitando estilos de comunicación preverbales.
- Existe una preponderancia de los vínculos dependientes. Hay cierta dificultad para que la mujer tome decisiones importantes y de poder en el ámbito público, de esta manera se va consolidando una dependencia en aspectos como el económico, psicológico, físico y otros.

Las características subjetivas de la mujer anteriormente descritas tienden o pueden convertirse en un tipo de creencias que se asocian con demandas de ser una “buena madre”, y con ello siempre amar a los hijos, siempre ser comprensiva, entre otras idealizaciones a este rol. Estas creencias cumplen funciones absolutistas y demandantes en la realidad de la mujer. Por esto, se pueden entender como creencias que pueden conllevar al mantenimiento de conductas desadaptativas en las que la mujer es desplazada a la función de maternidad, siendo su principal motivo de existir el hecho de ser madre (Valladares, 1998).

D. Integración teórica en función de la elaboración del presente manual

El modelo cognitivo conductual emocional tiene la ventaja de ser aplicable a una gran cantidad de situaciones y de casos de la condición humana sin necesidad de contradecir los principios de otros modelos psicológicos o culturales. Para la elaboración de este manual se pretende integrar el modelo cognitivo conductual emocional con algunos principios de la teoría de género que influyen y definen en gran parte la condición de la maternidad, concepto que retoma importancia en el padecimiento de trastornos afectivos en el puerperio.

Como se expuso anteriormente, existe una serie de principios que definen el concepto de mujer y de maternidad. Dichos principios en algunas ocasiones generan contradicciones respecto a los intereses de la mujer o con base en ser demandas que le pueden parecer excesivas. Tal es el caso de una demanda de atención y amor incondicional y constante. Este tipo de entrega se ve imposibilitada por la misma condición humana. A esta expectativa social se le suma el hecho de que se le pide a la mujer cumplir no solo con el rol de buena madre, sino también de buena esposa, buena amante, buena hija, entre otros.

En los casos en que el mantenimiento de ideas demandantes causen problemas en el estado afectivo, mental o de salud física de la mujer, es necesario procurar alguna modificación de este tipo de pensamientos. Esto responde a que estas categorías de pensamiento pueden constituirse en una cuestión irreal y de gran dificultad de alcance, provocando por lo tanto, frustraciones, insatisfacción y grandes temores en la mujer al no cumplir un rol que se le ha asignado. Estas manifestaciones se pueden hacer más evidentes en la mujer en momentos de mayor sensibilidad y/o presión cultural, como lo es el postparto.

En este punto es que se considera adecuada la intervención a nivel cognitivo conductual. Específicamente, el modelo ABC (Ellis, 1981 y 1999) se propone como alternativa de tratamiento de los trastornos afectivos en el puerperio ya que de alguna manera, estos pueden estar influenciados por el mantenimiento de creencias y demandas irracionales.

Asimismo, se considera que en estos trastornos las percepciones propias que mantienen las mujeres pueden ser negativas con respecto a sí mismas, los demás y el futuro (Beck y otros, 1983), por lo que es importante la intervención y la modificación de pensamientos para brindar un mejor estado emocional y de salud en estas mujeres.

E. Aspectos específicos

Para un adecuado abordaje de esta temática, es necesario remontar los principios teóricos al conocimiento de los posibles cambios en el cuerpo y mente de la mujer cuando enfrenta los periodos de embarazo, parto y postparto. A continuación se definen algunas características importantes en relación con estas experiencias.

1. Prevalencia de cambios importantes durante el embarazo y parto

a) Cambios físicos y psicológicos evidentes durante el embarazo

El embarazo puede llegar a ser una situación de estrés para la mujer. Por tanto, requiere de mecanismos de adaptación en los que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. A medida que avanza la gestación aumentan los valores de estrógenos y progesterona y se elaboran hormonas polipeptídicas que inducen cambios metabólicos. La influencia de estos cambios hormonales sobre la actividad del sistema nervioso central y los ritmos circadianos es importante (Arrufat, 2000).

Durante el embarazo la mujer experimenta cambios físicos que son evidentes tal como la modificación de su cuerpo, variaciones en el peso, la acumulación de líquidos, cambios de apetito, dolores musculares, entre otros. Estos cambios mencionados también tienen un efecto a nivel psicológico, en el que las concepciones de mujer y madre se fusionan y tratan de responder a los requerimientos sociales y a los propios, los cuales algunas veces no son los mismos. No obstante, la mayoría de las mujeres se adaptan a estos cambios biológico, si presentan unas condiciones psicosociales favorables (Pantoja, 1995; Arrufat, 2000).

b) Cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer durante el puerperio

Con el parto se produce una brusca privación de estrógenos, progesterona y otras hormonas placentarias. Tras el alumbramiento se desencadena una cascada neuroendocrina que posibilita la lactancia, relacionada con la hormona prolactina. En este periodo se pueden alterar los ritmos de descanso y actividad en la mujer y todo ello en una situación de hipoestrogenismo, siendo ambas situaciones estresantes (Arrufat, 2000).

Es frecuente que en el puerperio la mujer viva una etapa de gran vulnerabilidad para la aparición y recaída de trastornos mentales. Aunque el malestar se suele ocultar, en la mayoría de los casos, porque socialmente estos sentimientos no son “propios” en una madre, estas mujeres padecen de un intenso sufrimiento que afecta su vida y dificulta sus relaciones personales y afectivas, asimismo, pone en riesgo la calidad del vínculo que se desarrolle con el bebé (Hales, Talbott y Yudofsky, 2000).

2. Los trastornos afectivos en el postparto

Los trastornos afectivos que pueden presentarse en el postparto varían dependiendo de la gravedad, el tipo y frecuencia con que se presenten los síntomas.

Existen también descripciones de trastornos de ánimo en el puerperio, que pueden estar presentes en personas con trastorno de ansiedad que presentan crisis de angustia y en el trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, predomina la idea de que los trastornos de ansiedad postparto sean categorías diagnósticas independientes a los trastornos afectivos (del humor) postparto. (Cassem, 1998).

Asimismo, es importante diferenciar entre los síntomas presentes en los trastornos del afecto (del humor), de aquellos presentes en los trastornos de ansiedad (de angustia). Ambos grupos presentan síntomas que pueden confundirse y en ciertas situaciones, tal como en el postparto, pueden presentarse de manera comórbida.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan principalmente por manifestaciones de angustia, ansiedad, agorafobias y estrés, que pueden presentarse en forma episódica en ocasiones de manera generalizada. En estos casos la persona presenta dificultades fisiológicas, principalmente respiratorias, palpitaciones, sentimientos de temor y miedos algunas veces inespecíficos (APA, 2000).

Por su parte, dentro de los trastornos afectivos en el postparto, los trastornos depresivos son los más comunes, estos se categorizan en tres tipos que se exponen a continuación.

a) Tristeza en el postparto (*Baby blues*)

Según el DSM-IV TR (APA, 2000), este trastorno no es estrictamente psicopatológico y es bastante frecuente, teniendo una incidencia aproximada del 70% en las mujeres después del parto, durante los diez días siguientes al parto.

Este tipo de trastorno se caracteriza por una emotividad especial que experimenta la mujer, es un síndrome transitorio que incluye ansiedad, confusión leve, depresión y tristeza. Este último es el síntoma más característico, el segundo síntoma es el llanto y también aparecen en menor o mayor medida otros síntomas como anergia, irritabilidad, anorexia, dificultad para concentrarse, insomnio con despertar precoz, aislamiento, tensión, ansiedad, cefalea y cavilaciones (Pérez, Pedrós y Aguilar, 1995).

La duración de este padecimiento no sobrepasa los primeros quince días después del alumbramiento. En muchos casos se resuelve de forma espontánea durante la primera semana y su etiología está más que todo relacionada con los cambios hormonales de este período.

b) Depresión Mayor en el Postparto

Se trata de un episodio depresivo mayor sin psicosis que se puede presentar durante las primeras cuatro semanas y los seis meses después del alumbramiento (Pérez, Pedrós y Aguilar, 1995). Su incidencia es de alrededor del 10% y con frecuencia se trata de cuadros depresivos de intensidad *breve* o *moderada* (Jadresic, 1996).

El DSM-IV TR (APA, 2000) mantiene que el diagnóstico se puede llevar a cabo cuando la depresión ocurre en estrecha relación temporal con el nacimiento.

La depresión mayor, específicamente en el postparto, se caracteriza porque la mujer presenta una serie de síntomas que el DSM-IV TR describe como la disminución del ánimo, un aumento de la labilidad emocional y las alteraciones propias de cualquier depresión. Muchos de los contenidos depresivos están relacionados con el recién nacido. Las mujeres tienen sentimientos de ineficiencia, temiendo no querer al bebé lo suficiente, pueden presentar ideas compulsivas de hacerle daño, también surgen dudas si el niño es de ellas o de que presente alguna deformación (Jadresic, 1996).

c) Depresión Mayor con Psicosis

Este tipo de trastorno se presenta como una depresión acompañada de síntomas psicóticos. En estos casos se puede hablar de "depresión psicótica posparto". Este es poco frecuente, según el DSM-IV TR (APA, 2000) se da en 1-2 de cada 1000 nacimientos y es más común en las mujeres primíparas. Suele aparecer entre el tercer día y 8 semanas tras el parto.

El DSM-IV TR (APA, 2000) señala que este trastorno puede presentar síntomas tales como fluctuaciones en el ánimo, labilidad, preocupación por el bienestar del niño, presencia de rumiaciones o pensamientos asociados a los riesgos que el infante puede sufrir.

Asimismo, se incluyen episodios en los que se pueden presentar alucinaciones y delirio, por ejemplo relacionadas con asesinar al niño o que éste se encuentra poseído. Suelen ser preocupaciones o deseos de hacerse daño a sí misma o a su hijo. Otras ideas delirantes frecuentes son las de orden mítico. (Kaplan y Sadock 1999).

Una vez realizado el diagnóstico es necesaria la intervención y en la mayoría de los casos la hospitalización de la mujer. Esto porque puede tener graves consecuencias para el recién nacido, la familia y la sociedad. Las posibilidades de suicidio son altas y aproximadamente un 4% de las mujeres con síntomas psicóticos en el puerperio pueden cometer infanticidio (Matías, Montejo, de la Vega y Montero, 1994).

d) Trastorno Bipolar

El parto en la vida de muchas mujeres se puede vivir como una situación estresante por los cambios ambientales y personales que este implica. Este estrés puede ser el desencadenante de la manifestación de algún trastorno afectivo, el cual se pudo haber mantenido latente antes de que el parto tuviera lugar, o que más bien se generó como producto de una serie de condiciones propias del embarazo y del parto.

Es por esto, que actualmente, algunas posiciones comparten la opinión de que los trastornos afectivos en el posparto con síntomas psicóticos se pueden considerar una de las manifestaciones iniciales de un trastorno bipolar, quedando descartada la noción antigua de que la psicosis puerperal estaba constituida por un amplio espectro de síntomas que no encajan en ninguna categoría diagnóstica (Salamero, Navarro García y García Esteve. 2000).

El Desorden Bipolar tiene dos niveles característicos: El Trastorno Bipolar I y el Trastorno Bipolar II.

El Trastorno Bipolar I se caracteriza por la ocurrencia de uno o más Episodios Maníacos o de Episodios Mixtos, en estos últimos casos el episodio maníaco se acompaña de un episodio depresivo mayor durante la misma crisis. Hay una tasa de suicidio del 10% al 15% en las personas que padecen de este desorden. Cuando se experimentan episodios maníacos graves o con síntomas psicóticos se pueden presentar conductas agresivas, así como dificultades a nivel académico y laboral, acompañado de comportamientos antisociales episódicos (APA, 2000).

El Desorden Bipolar II se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores, acompañados al menos por un episodio hipomaniaco. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo y un deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la vida del individuo. En algunos casos los episodios hipomaniacos no causan deterioro por sí mismos. En lugar de esto, el deterioro puede ser producto de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal con fluctuaciones (APA, 2000).

El suicidio es un riesgo importante de tomar en cuenta en estas personas, así como los trastornos mentales asociados incluyendo abuso de sustancias, anorexia y bulimia nerviosa, trastornos de angustia, y trastorno límite de la personalidad, entre

otros (APA, 2000).

Este padecimiento parece ser más frecuente en mujeres que en varones, teniendo ellas mayor riesgo de presentar episodios en el periodo inmediato al parto.

En ambos casos, el desorden Bipolar I y el desorden Bipolar II, la especificación referente al inicio de la presentación del episodio maníaco o mixto actual, se da si el mismo se presenta entre las primeras cuatro semanas después del parto. (APA, 2000).

Característicamente, estos episodios se pueden identificar por el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Como ya se ha mencionado, también se pueden presentar síntomas psicóticos como ideas delirantes relacionadas con el recién nacido (por ejemplo, ideas de que el niño esté poseído, tenga poderes especiales, entre otros).

Ya sea que el episodio presente características psicóticas o no psicóticas, puede haber la idea suicida, pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotora. Es frecuente que se den crisis de angustia, gran ansiedad y llanto espontáneo (APA, 2000).

3. Factores sociales y psicológicos en la etiología de los trastornos afectivos en el parto.

Según Waldmann (no se especifica año de publicación, citado por Vallejo, 2000) hay cuatro hipótesis que podrían justificar dichos cuadros:

1. Síndrome de debilidad emocional hiperestésico.
2. Reacción anómala frente a las nuevas responsabilidades.
3. Consecuencias de las rápidas variaciones hormonales.
4. Expresión de una psicosis subyacente.

Por su parte, Leal (2000) lleva a cabo una categorización de los factores influyentes en los trastornos afectivos en el parto. A continuación estos se describen:

- **Factores biológicos:** En este sentido existen dos perspectivas, una mantiene que la depresión y la depresión psicótica en el parto comparten características con algunos trastornos depresivos no puerperales y se analiza el cortisol, la función tiroidea y los precursores de los neurotransmisores. La otra posición se relaciona con los hechos específicos del parto y analiza la progesterona, los estrógenos y la prolactina, por una parte, y por la otra analiza las complicaciones obstétricas, el tipo de parto y el tipo de lactancia.

Asimismo, es importante el análisis de la historia familiar o personal con respecto a trastornos bipolares, de depresión y de depresión psicótica puerperal previa (Salamero, Navarro García, García Esteve, 2000).

- **Factores psicológicos:** Se consideran, en primer lugar, algunas formulaciones psicodinámicas en las que se concibe el embarazo como un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los que existen modelos maternos inadecuados. Con respecto a este tipo de trastornos se ha encontrado un mayor neuroticismo y menor extroversión. Los estudios de niveles de baja autoestima se han realizado únicamente con respecto a la maternidad. Asimismo, el estilo cognitivo de las mujeres que han sufrido este tipo de padecimiento se describe como trastornos en el autocontrol, estilo atribucional alterado, actitudes disfuncionales debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, el futuro y uno mismo (Beck y otros, 1983).

- **Factores psicosociales:** Cabe la posibilidad de efectos graves de situaciones estresantes durante el embarazo, durante y después del parto. Asimismo, el apoyo social y relación de pareja con que la mujer cuente pueden ser perjudiciales en aquellos casos en que estas sean ineficientes o gravemente problemáticas (Leal, 2000; Salgado, 1994).

4. Tratamiento médico y psicológico de la psicosis y depresión postparto

El tratamiento médico correspondiente a la psicosis y la depresión postparto se lleva a cabo en función de la intensidad de la sintomatología, así como de acuerdo al apoyo familiar y social con que cuenta la paciente. Preferiblemente se realizará en régimen ambulatorio. En caso de que exista algún riesgo para la madre, para el bebé o no se garantice el cumplimiento del tratamiento se debe llevar a cabo la hospitalización (Arrufat, 2000).

Los tratamientos más comunes son los antidepresivos y el litio a veces combinados con algún antipsicótico (Kaplan y Sadock, 1999). El tratamiento farmacológico agudo también incluye un eutemizante, un neuroléptico para la psicosis y benzodiazepina para agitación. El tratamiento a largo plazo con eutimizante es necesario en el mantenimiento (Hales, Talbott y Yudofsky, 2000). Otros medicamentos comunmente utilizados para este padecimiento son la Fluoxetina, Akinetón, Telorzán, Clozapina, Haloperidol y Terapia Electro Convulsiva.

Es importante que siempre que se aplique tratamiento farmacológico se suprima la lactancia (Hales, Talbott, y Yudofsky, 2000; Salamero, Navarro y García Esteve, 2000).

Con respecto al tratamiento psicológico, se recomienda la psicoterapia ... dirigida a contrastar y corregir pensamientos inadecuados sobre la maternidad, detectar y disminuir los sentimientos de culpa por "no ser una buena madre", facilitar la relación con el bebé y con otros miembros de la familia. Es positivo aconsejar pautas de conducta y de organización de tareas para la adaptación a la nueva situación familiar, a la vez que se deberá valorar y favorecer el apoyo social, en especial la colaboración y participación de la pareja en las tareas domésticas y de cuidado del bebé (Salamero, Navarro García y García Esteve, 2000. pp. 63).

Si existe el deseo por parte de la madre, es importante que ella entre en contacto con el bebé, siempre y cuando esté bajo vigilancia, especialmente cuando la madre tiene preocupaciones de hacer daño a su hijo.

La psicoterapia después de la psicosis aguda, así como durante y después del episodio depresivo, está dirigida a las áreas conflictivas que se han hecho evidentes durante la evaluación. Es importante que se aborde la temática de la maternidad, los mitos y responsabilidades al respecto, para así ayudar a la madre en la iniciación de esta etapa, procurando que ella se sienta cómoda (Kaplan y Sadock, 1999).

III PROBLEMA Y OBJETIVOS

A. Problema

La idealización de ciertos roles sociales, específicamente relacionados con la feminidad, es uno de los factores que influyen el desempeño y comportamiento de muchas mujeres. Es claro el caso de la maternidad en el que los lineamientos en este sentido están claramente determinados. Las mujeres que se enfrentan a la apropiación de comportamientos, que cuentan de antemano con una aceptación social que los define como adecuados para una madre, pueden ubicarse ante un choque de intereses.

Para este caso es clara la apropiación de cogniciones e ideas con respecto a la maternidad que no siempre se caracterizan por ser racionales y realistas. El mantenimiento de pensamientos de este tipo puede desencadenar una serie de conductas que pueden llegar a ser disfuncionales y en algunos de los casos manifestarse en trastornos afectivos en momentos importantes tales como el puerperio (Carrasco, 1996).

Este tipo de trastornos son frecuentes, siendo desde el 50% al 70% de los nacimientos en los que las mujeres experimentan melancolía o tristeza postparto (Jadresic, 1996; APA, 2000). Sus diferentes variaciones pueden afectar la vida de la mujer, del niño y de aquellos que les rodean, de una manera significativa. Esta problemática puede considerarse un problema de salud pública y de un interés social considerable.

En este sentido es que se propone en el presente trabajo la elaboración de un manual dirigido a profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos en el postparto. Principalmente, se lleva a cabo un enfoque en la reestructuración cognitiva necesaria para estos casos (Carrasco, 1996).

Con la elaboración de este manual se busca lograr intervenciones en esta población para procurar la superación del problema de los trastornos afectivos en este periodo, de manera que la calidad de vida de estas mujeres se vea mejorada en el ámbito de la feminidad como de la maternidad. De este modo el planteamiento del problema para este trabajo consiste en:

¿Cuáles son las estrategias clínicas de intervención y contenidos teóricos básicos para elaborar una propuesta de un manual de ayuda para profesionales en psicología que trabajen con mujeres que presenten algún trastorno afectivo en el postparto en función de una intervención basada en el modelo cognitivo conductual emocional?

B. Objetivo General

- Determinar las estrategias clínicas de intervención y contenidos teóricos básicos requeridos para la elaboración de la propuesta de un manual de ayuda para profesionales en psicología que trabajen con mujeres que presenten algún trastorno afectivo en el postparto para llevar a cabo una intervención basada en el modelo cognitivo conductual emocional.

C. Objetivos Específicos

- Caracterizar los síntomas relacionados con la manifestación de los diferentes trastornos afectivos en el postparto.
- Identificar los conceptos teóricos necesarios que deben ser incluidos como marco referencial para un manual de intervención dirigido a profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen de trastornos afectivos en el postparto.
- Seleccionar técnicas y procedimientos del modelo Cognitivo Conductual Emocional que sean eficaces para la intervención dirigida a la reestructuración cognitiva en mujeres que padecen de trastornos afectivos en el postparto.
- Enriquecer la propuesta por medio de técnicas pertenecientes a la Medicina Conductual para facilitar la adquisición de habilidades y entrenamiento en nuevas conductas asertivas dirigidas a diferentes áreas relacionadas de la vida de la mujer.

D. Objetivo Externo

- Dotar a profesionales en psicología de técnicas cognitivo conductuales emocionales adecuadas al trabajo de la reestructuración cognitiva para el tratamiento de trastornos afectivos en el postparto.

IV METODOLOGIA

A. Tipo de estudio

El presente trabajo corresponde a un estudio de tipo exploratorio. En este se destaca la examinación de un problema de investigación que ha sido poco abordado por investigaciones anteriores. Se alcanza una familiarización con los fenómenos relacionados al problema de investigación y que son poco conocidos. Asimismo, se identifican relaciones potenciales entre variables y se define el rumbo que podría tener otras intervenciones e investigaciones en esta misma línea (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Este manual dirigido a profesionales en psicología busca ser una guía para el tratamiento de mujeres que sufren algún trastorno afectivo en el puerperio. La recopilación bibliográfica ha sido complementada con entrevistas a profesionales en ese campo así como a mujeres que han tenido este padecimiento. De este modo, se cuenta con una información amplificada al respecto y enriquecida con la experiencia y práctica nacional.

B. Procedimiento

La elaboración de este manual está compuesta por seis fases. La primera de estas, corresponde a la recolección de información pertinente a la temática. Seguido se encuentra un aporte relacionado con la sistematización de estos datos y el desarrollo de las estrategias, para concluir con la preparación misma del documento.

A continuación se describe el procedimiento de cada una de estas fases.

1. Primera fase: Revisión bibliográfica y documental

En esta fase se llevó a cabo una selección, búsqueda y revisión de material bibliográfico relacionado con la problemática a tratar. Esta recolección de información está en función de brindar un marco referencial a la investigación.

Asimismo, la revisión bibliográfica responde a una preparación necesaria para la investigadora en función de las entrevistas que se realizaron en la segunda fase. El conocimiento adquirido en la primera fase fue utilizado para obtener un mayor aprovechamiento en las entrevistas. Además, estos datos fueron contrastados con el aporte de los profesionales sobre el tema y con el de las mujeres que han sufrido este padecimiento, enriqueciendo el dominio de la información.

La selección del material bibliográfico corresponde a la temática de los

trastornos emocionales en el postparto, además se incluyen materiales que sirven para la elaboración del manual.

La búsqueda se llevó a cabo en dos ámbitos, a nivel nacional y a nivel internacional. A nivel nacional la investigación se realizó en diferentes centros de información tales como la Universidad de Costa Rica (Biblioteca Carlos Monge Alfaro, Biblioteca Eugenio Fonseca Tortós de la Facultad de Ciencias Sociales y Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud), Biblioteca de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA), Biblioteca de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), Biblioteca de la Universidad Latina de Costa Rica, Biblioteca de la Universidad Andrés Bello, Biblioteca de la Universidad Monterrey, Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana, Biblioteca de la Universidad Leonardo Da Vinci, Biblioteca de la Universidad Central, Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), Biblioteca del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Con respecto a la bibliografía a nivel internacional, se utilizó el Internet para identificar aportes de investigaciones y propuestas teóricas con respecto a los trastornos afectivos en el postparto y técnicas del modelo cognitivo-conductual-emocional que se pueden aplicar para la constitución de este manual.

a) Criterios de inclusión y exclusión para la selección bibliográfica

La recolección de información se llevó a cabo con base en una serie de criterios de inclusión y exclusión que se describen a continuación:

a.1 Criterios de inclusión:

- Se incluye material bibliográfico (Textos, revistas y artículos de Internet) que tratan el tema de los trastornos emocionales en el puerperio, su etiología, prevención, pronóstico, tratamiento médico y psicológico, implicaciones sociales e individuales.
- Se utilizaron textos que incluyen información referente a los principios básicos del modelo cognitivo-conductual-emocional y sus técnicas, así como textos referentes a la teoría de género.
- Se utilizó material bibliográfico que abarca el periodo de 1990 al 2002. Claro está que también se incluyeron textos clásicos relacionados con el tema, aunque estos son anteriores a la época de 1990, ya que brindan un aporte importante a este estudio.

a.2 Criterios de exclusión

- No se incluyó material bibliográfico cuya publicación fue anterior a 1990.

- No se utilizó material cuyo marco teórico que contradice los postulados principales del modelo cognitivo-conductual-emocional y de la teoría de género, o que no estén relacionados con la temática de investigación.

2. Segunda fase: Entrevistas con profesionales que poseen conocimientos en la temática

Se llevaron a cabo un total de tres entrevistas a profesionales en la salud que han trabajado con casos de trastornos emocionales en el puerperio. La entrevista se aplicó a dos psicólogos, a un psiquiatra y a una ginecóloga.

El propósito de estas entrevistas fue lograr un acercamiento a la realidad de estos profesionales en el campo de los trastornos afectivos en el puerperio, así como conocer el tratamiento que se aplica desde las diferentes disciplinas y manejo de las consecuencias de estos trastornos.

Se utilizó una entrevista semi estructurada en la que el cuestionario podía incluir preguntas abiertas como cerradas, siempre manejando la posibilidad de abordar otros temas de interés para este estudio. Es decir, los temas que se trataron con los profesionales siguieron una misma línea que corresponde al problema de investigación. Asimismo, se mantuvo abierta la posibilidad de que se abordara el tema desde perspectivas diferentes que hablen de la experiencia y conocimientos que cada uno de los profesionales presenta.

Por su parte, se establecieron una serie de ejes temáticos que funcionaron como guía de la entrevista. El número de preguntas y formulación de las mismas dependió del abordaje brindado por cada uno de los profesionales al tema, de modo que la semi estructuración de la entrevista se implementó en función de la participación del entrevistado como de los intereses temáticos que abordó la entrevistadora.

Los ejes temáticos propuestos para el desarrollo de las entrevistas a estos profesionales fueron:

- Motivo de consulta con el que se presentan estas mujeres o con que las presentan terceros significativos (doctores, familiares, entre otros).
- Impacto a nivel cognitivo, conductual, emocional, social y físico de este tipo de padecimiento en la mujer y personas significativas que la rodeen (pareja, hijos, familiares y/o amigos).
- Formas en las que han trabajado con estas mujeres este tipo de trastornos, resultados y limitaciones que han encontrado con estos tipos de intervenciones.

Las cuatro entrevistas fueron grabadas.

a) Criterios de inclusión y exclusión para la selección de profesionales en la temática

La selección de profesionales entrevistados se basó en una serie de criterios de inclusión y exclusión. Los criterios utilizados se muestran a continuación.

a.1 Criterios de inclusión:

- Los profesionales entrevistados dan consulta pública o privada en algún hospital o clínica del Valle Central.
- En el momento de la entrevista tenían al menos dos años de experiencia laboral en el tratamiento de trastornos afectivos en el postparto.
- En el caso de los psicólogos, uno de ellos tiene como especialidad el trabajo basado en el modelo cognitivo-conductual-emocional, mientras que la otra debe utilizar como base para su labor profesional el manejo del modelo de género.

3. Tercera fase: Entrevista a mujeres que hayan padecido de algún trastorno emocional en el postparto.

Para enriquecer la información bibliográfica que se documenta así como la información brindada por los profesionales en el área de la salud, se llevó a cabo una entrevista a cuatro mujeres que han experimentado algún trastorno afectivo en el postparto.

La selección de estas mujeres se hizo bajo supervisión y referencia de profesionales en esta área. Esta entrevista tuvo como objetivo investigar el ambiente y las condiciones en las que estas mujeres han experimentado algún trastorno de este tipo. De este modo se logró tener un conocimiento más cercano, basado en el relato de estas experiencias.

Para fines éticos, cada una de las entrevistadas debió firmar con anterioridad un consentimiento informado en el cual se especificaron las condiciones y responsabilidades que tuvieron como participantes de este proceso (Ver anexo No. 1).

La entrevista, inicialmente buscaba ser aplicada en dos niveles. El primero se refiere a dos mujeres que eran madres solteras en el momento del trastorno, el segundo pretendía ser dirigido a dos mujeres y a sus respectivas parejas en el momento del trastorno.

Se considera que la experiencia de la vivencia del trastorno puede ser diferencialmente importante entre una mujer que ha estado sola o acompañada por su

pareja en el momento del trastorno.

Asimismo, la presencia de la pareja estable se considera de gran importancia y valor, ya que puede entenderse al compañero como un otro significativo cuyo papel puede adquirir relevancia y protagonismo en las fases de padecimiento y de recuperación del trastorno. La recolección de esta información fue de suma importancia para la elaboración del presente manual.

El tipo de entrevista fue semiestructurada, en la misma hubo una guía que dirigió los ejes temáticos al abordaje de los temas de interés. Basadas en esta guía se construyeron preguntas abiertas que buscaron obtener información de la propia vivencia de estas mujeres con respecto a la problemática en cuestión.

Los ejes temáticos que se abordaron con las entrevistadas fueron:

- Qué significó para estas mujeres experimentar un trastorno afectivo en el postparto. Impacto a nivel emocional, conductual, físico, cognitivo y social.
- Qué ideas y creencias se tienen con respecto a la maternidad y feminidad. Existencia de una variación en estas cogniciones antes y después del trastorno.
- Cuáles fueron los problemas más significativos a los que se tuvieron que enfrentar como producto del padecimiento.
- Influencia y/o apoyo que representó la pareja durante la crisis

a) Criterios de inclusión y exclusión para la selección de las mujeres y parejas entrevistadas

Como ya se ha mencionado, se entrevistaron mujeres que tuvieron o no una pareja estable en el momento de la manifestación del trastorno afectivo puerperal. De este modo es que se dieron leves variaciones en la selección de las participantes, las cuales se muestran a continuación:

a.1 Criterios de inclusión

a.1.1 Para mujeres solteras:

- Mujeres que fueron diagnosticadas con algún trastorno afectivo en el postparto.
- Mujeres que estuvieron solteras o sin pareja estable en el momento de la manifestación del trastorno.
- El trastorno afectivo debe haberse manifestado como máximo tres años atrás y como mínimo un año antes del momento de la entrevista (esto puede variar de acuerdo al nivel de recuperación que la participante haya alcanzado).

a.1.2 Para parejas en las que la mujer haya manifestado un trastorno afectivo en el puerperio:

- Mujeres que hayan sido diagnosticadas con algún trastorno afectivo en el postparto.
- Parejas que se mantuvieron estables antes, durante e inmediatamente después de la manifestación del trastorno afectivo.
- El trastorno afectivo debe haberse manifestado como máximo cinco años atrás y como mínimo un año antes del momento de la entrevista (esto puede variar de acuerdo al nivel de recuperación que la participante haya alcanzado).

a.2 Criterios de exclusión

a.2.1 Para ambos grupos de mujeres:

- Mujeres que presenten alguna adicción a alcohol o drogas.
- Mujeres que padezcan de alguna enfermedad mental

4. Cuarta fase: Elaboración del manual dirigido a profesionales en psicología que trabajen con mujeres costarricenses que experimentan algún trastorno emocional en el postparto

Después de la revisión bibliográfica y sistematización de la información recolectada a través de las entrevistas, se alcanzó un mayor conocimiento y manejo del tema de los trastornos afectivos en el postparto y su tratamiento.

A partir de estos conocimientos y la guía del comité asesor se llevó a cabo la elaboración de un manual para profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que presenten trastornos afectivos en el postparto. Asimismo, este manual ha sido revisado por expertos en el modelo cognitivo-conductual-emocional quienes a lo largo de la construcción del documento han hecho las retroalimentaciones, y pedido las modificaciones necesarias, cuando este ha sido el caso.

Los principios teóricos del modelo cognitivo-conductual-emocional han sido la base para elaborar este manual. Se han elegido las técnicas que se consideren más apropiadas para el tratamiento de este tipo de trastornos. Asimismo, esta propuesta consta de dos áreas:

1. Área teórica: en esta se retoman los principales aspectos referentes a este tipo de padecimientos y del modelo con el fin de brindar al usuario un conocimiento básico para la intervención.

2. Área de intervención: se contempla esta área a nivel individual y clínico, para lo que se deben de retomar las etapas de evaluación, intervención y seguimiento.

El formato aquí propuesto esta sujeto a cambios que puedan surgir para mejorar la elaboración del manual.

5. Quinta fase: Validación del manual dirigido a profesionales en psicología que trabajen con mujeres costarricenses que experimentan algún trastorno emocional en el postparto

En esta fase se buscó determinar el grado de en el que este manual mide y trabaja sobre la variable que hace referencia a los trastornos afectivos en el puerperio y su tratamiento. Es decir, la validez de este instrumento será demostrar el cumplimiento del objetivo general, lo cual se traduce a que el manual que se desarrolle sea de utilidad y ayuda para los profesionales en psicología para el tratamiento de los trastornos afectivos en el postparto.

La eficacia de este manual fue evaluada por expertos en el tema, a nivel de contenido teórico, así como las estrategias de intervención clínica, siempre bajo el marco del modelo cognitivo-conductual-emocional. Es decir, en este nivel se logró la validación de esta primera propuesta y por lo tanto un dominio específico de los contenidos del modelo, además se que el manual mismo reflejó dominio y utilidad de las estrategias así como del tema de los trastornos afectivos en el postparto.

La validez de contenido del manual se determino por medio de la evaluación de cuatro expertos en el modelo cognitivo-conductual-emocional y teoría de género con experiencia en el tratamiento de este tipo de trastornos. A cada uno de ellos se les entregó una copia del manual para que su revisión y sugerencia de modificaciones necesarias.

Se pretendió que los expertos que se consultaron para este propósito no fueran los mismos que constituyen el comité asesor, esto para evitar sesgos y procurar la validez del manual.

A continuación se presentan los pasos que se siguieron con respecto al proceso de validación del manual:

- Se acordó con el comité asesor el momento en el que manual estuvo listo para ser presentado a los cuatro expertos elegidos con este propósito.
- Se entregó a cada uno de estos profesionales una copia del documento para que se procediera a su lectura y análisis.
- Se llevó a cabo el proceso de retroalimentación de los profesionales en base a sus

sugerencias modificaciones finales se agregaron al documento.

- Después de realizar los cambios al documento este se volvió a entregar a los profesionales con el fin de recibir una segunda retroalimentación y mejorar el documento si era necesario.

El ciclo concluyó cuando el comité asesor, los profesionales consultados y la investigadora consideraron que el documento estuvo completo y listo para su elaboración final.

6. Sexta fase: Preparación del documento final

Después de que se haber recibido las recomendaciones de los profesionales y el comité asesor se llevó a cabo la elaboración de la propuesta final del manual de ayuda para profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que presentan algún trastorno afectivo en el postparto.

Claro está, que el manual que se propone debe entenderse como una guía para el profesional en el abordaje de este tipo de casos, sin embargo, el mismo puede recibir modificaciones que se consideren pertinentes para el tratamiento de casos en los que se necesiten variaciones en el proceso para una mejor respuesta por parte de la mujer implicada.

Esto obedece a que debe tomarse en cuenta que este manual busca dar un tratamiento que pueda aplicarse a una población lo más amplia posible, sin embargo, es clara la importancia de la singularidad de los casos y la flexibilidad del instrumento para que su utilización sea provechosa en un mayor número de casos.

V RESULTADOS

A. Elaboración del Manual

1. Resultados de la fase preparatoria

A partir de la modalidad característica de este proyecto, los resultados se constituyen a partir de las fases propuestas en el apartado de la Metodología y en función de la elaboración del Manual dirigido a profesionales en psicología para el tratamiento de los trastornos afectivos en el posparto.

Los conocimientos y habilidades implementadas en este documento se constituyeron en función de los siguientes pasos:

- a) Revisión bibliográfica: La recolección de material bibliográfico fue adecuada para los requisitos esperados. En las bibliotecas consultadas se accedió a material actualizado relacionado con bases teóricas y técnicas de modificación conductual y propias del modelo cognitivo conductual emocional. Asimismo, el material consultado permitió la recolección de datos relacionados a los trastornos afectivos en general, trastornos emocionales relacionados al postparto así como posibles intervenciones terapéuticas. Por su parte, estos temas se complementaron con algunos principios de la teoría de género y con principios generales sobre la etiología de estos trastornos.

A pesar de ser existosa la recolección de material bibliográfico, no se encontró ninguna investigación costarricense sobre los trastornos afectivos en el postparto desde el modelo cognitivo conductual emocional, limitándose esta información a los posibles factores psicosociales que pueden afectar el estado de ánimo de las adolescentes durante el embarazo. Es un tema que no parece haber sido investigado, ni para el que se haya propuesto algún tratamiento desde este modelo o de algún otro que no sea el farmacológico.

De este modo se puede concluir que los datos recolectados permitieron la elaboración del manual para el propósito de este proyecto, pero no porque exista en las fuentes consultadas alguna relación entre los trastornos afectivos y tratamiento desde la perspectiva cognitivo conductual emocional.

- b) Resultados de entrevistas

b.1 Entrevistas a expertos: Las entrevistas a profesionales se llevaron a cabo a dos psicólogos y a dos psiquiatras. Para ambos casos al menos uno de los

especialistas labora para el sector público. Los datos recolectados enriquecieron de modo importante la elaboración del manual.

La experiencia de los especialistas permitió valorar que los casos que se presentan por trastornos afectivos en el postparto son más frecuentes de lo que regularmente se conoce. Los síntomas que se manifiestan están en función del trastorno que padezca la mujer, pero prevalece la depresión en la mayoría de los casos, la cual, en un porcentaje significativo de mujeres se complementa con síntomas de ansiedad. En el caso de los cuadros donde se manifiestan síntomas psicóticos se ha observado que obedecen a que la situación del postparto dispara algún trastorno que se mantenía latente en la mujer, tal como es el caso del trastorno bipolar II.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico los motivos de internamiento por trastornos relacionados con la maternidad o postparto representan una cantidad importante de pacientes, solamente el año pasado fue de 69 internamientos, sin tomar en cuenta los casos en los que se presentaron recaídas de un trastorno que se disparó en el postparto (Hospital Nacional Psiquiátrico, 2004).

Desde la perspectiva social y cultural se identifican patrones de comportamiento y de creencias que toman un papel definitivo en el estrés, angustia, malestar, entre otros, que la mujer en este período pueda experimentar, en función de sus nuevas responsabilidades como madre o variaciones en su rol de mujer. A este nivel la perspectiva de género no deja de mentir al contrarrestarle con los datos de este centro médico en el que se destacan importantes factores relacionados tales como: la relación con la propia madre, los estereotipos sociales en relación a la maternidad y las demandas que se hace a este grupo de mujeres.

Por otro lado los factores fisiológicos toman un importante lugar en la manifestación de los trastornos afectivos, ya que los desajustes hormonales más la recapturación o producción de sustancias tales como la serotonina, prolactina y vasopresina van a favorecer el desbalance fisicoquímico del organismo en función de manifestaciones de síntomas ansiogénos o depresivos importantes.

La población afectada por estos trastornos afectivos amplia, cualquier mujer puede padecerlo. Hay una mayor predisposición en primerizas, en embarazos no

planeados o en aquellos en el que el apoyo social y habilidades emocionales y sociales son deficientes.

El tratamiento en el sector público está dirigido principalmente a la medicación farmacológica en primer lugar, a pesar de las consecuencias negativas que esto pueda traer, como la suspensión de la lactancia. En este sector no toda la población accede, por recomendación médica o personal, al tratamiento psicológico. En los casos en que esta opción sea aplicada por parte de la CCSS es una intervención limitada a los recursos de tiempo y frecuencia del sistema médico público.

En el sector privado es más común la búsqueda de tratamiento psicológico en un primer momento, que puede extenderse al tratamiento psiquiátrico por referencia del psicólogo.

- c) Entrevistas a mujeres (y parejas): Las entrevistas tenían en principio el propósito de ser dirigidas también a dos varones que para el momento de la manifestación del trastorno afectivo hubieran sido la pareja estable de las mujeres con el trastorno. Esta fue una limitación encontrada en el proceso de recolección de información ya que las mujeres fueron entrevistadas y mostraron mucha cooperación, las dos mujeres con pareja y las dos sin pareja estable en el momento del trastorno, pero la entrevista a los varones no se pudo llevar a cabo.

Los varones que eran la pareja estable de las mujeres en el momento de la manifestación del trastorno, no tomaron parte en el proceso de entrevistas. Inicialmente hubo justificaciones de su parte para no participar (trabajo, viajes fuera del país, falta de tiempo, entre otros) y luego se manifestó un desinterés y hasta una resistencia para involucrarse en el proceso de entrevistas. Este factor limita de manera importante la recolección de los datos de la perspectiva de los familiares u otros significativos implicados en el proceso.

A nivel general los resultados encontrados en las entrevistas de las mujeres fueron enriquecedores para la elaboración del documento. Desde la experiencia subjetiva de las mujeres entrevistadas, surgieron valiosos aportes y recomendaciones al presente manual.

A nivel general se encontró un importante componente cultural en relación al trastorno. La experiencia de la maternidad siendo una función tan valorada socialmente no puede asumirse como universal para todas las mujeres. Las

participantes entrevistadas identificaron los roles culturales de la maternidad como desencadenantes de sentimientos de impotencia, frustración y hasta de ser una “mala madre”.

El apoyo social juega un papel de gran importancia en el estrés manifestado durante el embarazo y después de este, siendo la familia y la pareja puntos claves de soporte para las mujeres embarazadas. En los casos en los que no existía una pareja estable, el apoyo familiar no era suficiente, el embarazo no era deseado y/o cohartaba un proyecto de vida de la mujer, los síntomas del trastorno fueron más significativos y degenerativos en la persona.

A nivel general, el padecimiento de un trastorno afectivo en el postparto limita en gran medida las actividades personales, familiares y sociales de la mujer que lo experimenta. A pesar de las dificultades propias del trastorno, las entrevistadas reportaron que se suma la carga afectiva y la demanda social asociada al rol materno, que impide la búsqueda inicial de ayuda por un lado, y la maximización de los sentimientos de culpa por otro.

En los casos donde el trastorno incluyó episodios maníacos, depresiones profundas y síntomas psicóticos, el sufrimiento de la mujer pareció ser mayor. La medicación y el internamiento, que pueden ser en el momento de la crisis la única manera de equilibrar a la mujer, representó pérdidas afectivas importantes, como la separación de los hijos y el hogar, la suspensión de la lactancia y la “vergüenza social” de ser vistas como “malas madres”.

La visión acerca de la maternidad después del trastorno puede cambiar, casi siempre de manera positiva en la que la mujer se siente más adaptada para asumir este rol, para el caso de las entrevistadas que se vieron beneficiadas por el tratamiento psicológico.

El tratamiento psicológico fue en todos los casos definitivo para la superación del trastorno. Específicamente el desarrollo de habilidades sociales para reincorporarse a la vida cotidiana y asimilación de los nuevos cambios, se identificaron como la mayor ayuda para el mejoramiento significativo de las mujeres entrevistadas.

2. Manual

Después de las fases de procedimiento expuestas se llevó a cabo la elaboración del manual. Como se ha mencionado anteriormente, este documento se basa en la aplicación de los principios cognitivo conductuales para el tratamiento de los

trastornos afectivos en el postparto. Está dirigido a profesionales en psicología (psicólogos y psiquiatras), que tengan conocimientos de la utilización del modelo en cuestión.

Manual de intervención
dirigido a profesionales en psicología para
el tratamiento de mujeres que padecen
trastornos afectivos en el postparto

Fabiola Alfaro Vargas

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	39
II. DIRECTRICES CLÍNICAS	41
A. Consideraciones generales	41
B. Papel del terapeuta	42
C. Adherencia al tratamiento	44
III. EXPLICACIÓN DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EMOCIONAL	45
A. Principios conductuales y cognitivos	46
1. Conducta	47
2. Cognición	48
3. Emoción	49
IV. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL POSTPARTO	50
A. Los trastornos afectivos en el postparto	50
B. Factores sociales y psicológicos en la etiología de los trastornos afectivos en el postparto	54
V. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	55
I MÓDULO: CONOCIENDO LA VIVENCIA E IDENTIFICANDO LOS SÍNTOMAS	56
A. Encuadre	56
B. Entrevista Inicial	57
C. Criterios descritos por el DSM IV	59
D. Instrumentos de medición para estados emocionales de depresión y ansiedad	61
1. Instrucciones	62
2. Escalas de Hamilton	62
a) <i>Escala de Ansiedad</i>	62
b) <i>Escala de Depresión</i>	63
3. Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck	64
4. Equivalencia funcional de ambas escalas	65
5. Propiedades Psicométricas	65
6. Muestras de los Instrumentos	66
II MÓDULO: INCORPORANDO LA RELAJACIÓN A LA VIDA COTIDIANA PARA CONTROLAR EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD DIARIOS	67

A. Entrenamiento en técnicas de relajación	67
1. Psicoeducación con respecto a la relación entre estrés (ansiedad)-salud física-salud mental	67
a) <i>Respuesta de estrés</i>	68
b) <i>El modelo ABC y la respuesta de estrés</i>	69
2. Consideraciones previas	70
3. Entrenamiento en relajación progresiva	71
a) <i>Retroalimentación con respecto a las sensaciones experimentadas y capacidad de dominio sobre la técnica</i>	74
4. Entrenamiento en relajación por imaginación	75
a) <i>Guía de relajación</i>	76
b) <i>Retroalimentación con respecto a las sensaciones experimentadas y capacidad de dominio sobre la técnica</i>	79
B. Elaboración de Autoregistros	79
1. Cinta de grabación	80
2. Cuadros de autoregistro	80
II MÓDULO: CONOCIENDO LA DEPRESIÓN PARA COMBATIRLA	83
A. Psicoeducación a nivel general con respecto a la depresión	83
1. Diferenciación general de estados de tristeza y los trastornos depresivos	83
a) <i>1er Paso: “Estar triste no significa estar deprimido”</i>	83
b) <i>2do Paso: El Síndrome Depresivo</i>	84
2. Explicación del “Círculo vicioso”	87
a) <i>1er Paso: Influencias conductuales</i>	87
b) <i>2do Paso: Conexión entre Pensamientos, Acciones y Sentimientos</i>	88
c) <i>3er Paso: Círculos Viciosos</i>	90
3. Cuadro de Autorregistro	92
III MÓDULO: ¿CÓMO PUEDE AYUDAR LA FAMILIA?	94
A. Proceso de psicoeducación familiar con respecto al trastorno que padece la cliente	94
1. ¿Quién es la familia?	95
2. Contextualización y ambiente de la sesión	95
3. Estrategias clínicas para el terapeuta	96

a) Clarificar el significado de los síntomas depresivos_____	96
b) Sistemas disfuncionales_____	97
c) Técnicas para el trabajo con la familia_____	97
4. Sesión familiar _____	98
a) ¿Qué es un trastorno depresivo?_____	98
b) Tipos de depresión_____	98
c) Síntomas de depresión y manía_____	99
d) Causas de la depresión_____	100
e) Tratamientos para la depresión_____	102
f) Cómo uno puede ayudarse a si mismo cuando está deprimido_____	104
g) Cómo pueden los familiares ayudar a la persona deprimida_____	105
4. Facilitación de material bibliográfico a los acompañantes_____	105
5. Cierre _____	106

IV MÓDULO: LAS COGNICIONES: DETONANTES O HERRAMIENTAS ANTE

LA SITUACIÓN DEL POSTPARTO_____	107
A. Reestructuración Cognitiva_____	107
1. Explicación de los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitiva_____	108
a) Definición del concepto de cognición_____	109
b) Influencia de las cogniciones sobre la conducta y sus efectos_____	109
c) Cogniciones y experiencias recientes_____	110
d) Detección de Pensamientos Automáticos_____	111
e) Identificación de la relación de los pensamientos automáticos con los síntomas “objetivo” que experimenta la cliente_____	113
e.1. Síntomas Afectivos_____	114
e.2 Síntomas Motivacionales_____	117
e.3 Síntomas Cognitivos_____	118
e.4 Síntomas Conductuales_____	119
e.5 Síntomas Fisiológicos_____	119
2. Modelo de la TREC _____	120
3. Identificar los supuestos que subyacen a errores cognitivos_____	121
4. Registro de pensamientos automáticos_____	123
5. Examinar y someter a prueba los pensamientos irracionales (Debate)_____	124
6. Utilidad de los pensamientos irracionales a corto vs. largo plazo_____	127

IV MÓDULO: DESCUBRIENDO NUEVOS MODOS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS

Y AGOTANDO LOS MALOS HÁBITOS_____	129
A. Manejo del tiempo_____	129
B. Entrenamiento en Comunicación Asertiva_____	133
C. Entrenamiento en el Manejo de Límites_____	140
D. Entrenamiento en Resolución de Problemas_____	144
E. Entrenamiento en habilidades parentales_____	150
1. Cuidados y habilidades para la madre en el postparto_____	150
2. Educación en habilidades parentales de primer orden_____	159
V MÓDULO: SEGUIMIENTO _____	163
IV BIBLIOGRAFÍA_____	166
ANEXOS _____	171
Anexo #1: Test Psicométrico de Depresión de Hamilton_____	172
Anexo #2: Test Psicométrico de Ansiedad de Hamilton_____	175
Anexo #3: Inventario de Depresión de Beck_____	176
Anexo #4: Inventario de Ansiedad de Beck_____	182
Anexo #5: Autoregistro de relajación_____	183
Anexo #6: Autoregistro de interacciones positivas_____	185
Anexo #7: ¿Qué es la maternidad para mí?_____	187
Anexo #8: Autorregistro de pensamientos automáticos_____	188
Anexo #9: Debate y alternativas a los pensamientos irracionales_____	189
Anexo #10: Tabla de autoregistro manejo del tiempo_____	190
Anexo #11: Autorregistro de comunicación asertiva_____	193
Anexo #12: Lista de problemas personales_____	195
Anexo #13: Pasos para la solución de problemas según áreas_____	196
Anexo #14: Rutina de gimnasia posparto_____	197
Anexo #15: Una guía para madres que amamantan: La primera semana_____	198

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1: Guía de relajación progresiva _____	201
Tabla #2: Recomendaciones para la comunicación asertiva _____	202
Tabla#3: Pasos básicos en el proceso de resolución de problemas _____	203

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico #1: Conexión entre Pensamientos, Acciones y Sentimientos _____	205
Gráfico #2: Ruta de la depresión _____	205
Gráfico #3: Espiral de los Círculos Viciosos _____	206

Manual de intervención dirigido a profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos en el postparto”

I. INTRODUCCIÓN

Tras la investigación teórica propia de este proyecto; acerca de los trastornos afectivos en el postparto, se afirma una vez más, que un alto porcentaje de mujeres se ven afectadas por algún tipo de irregularidad emocional en el periodo posterior a dar a luz a sus hijos (APA, 2003). A pesar de ser las primíparas las principales afectadas por este tipo de trastornos, no es exclusivo de ellas este padecimiento.

Los cambios afectivos en el postparto tienen posibilidades etiológicas diferentes. Hay una importante carga de relación biológica, en la que se contemplan los cambios físicos y emocionales como producto de los desequilibrios hormonales y químicos que sufre el organismo, de manera abrupta, justo después de la labor de parto y los días consecuentes.

Los cambios de naturaleza fisiológica han sido, en algunos casos, subestimados u obviados en la educación de las mujeres embarazadas. Puede ser que el equipo médico asuma el conocimiento de estos cambios por parte de las mujeres o hasta se podría hablar de que la ignorancia de algunas primíparas no las lleva a cuestionarse o a educarse con respecto a su propia condición después del parto. Sea cual sea la razón de este desconocimiento, el mismo puede desencadenar en una cuestión preocupante, alarmante, triste, enfurecedora o frustrante para la mujer, según ella evalúe esta situación y según ella considere tener las herramientas necesarias para enfrentarlo.

Tomando como base estas posibles evaluaciones o cogniciones de la situación física y sobretodo, emocional en el puerperio, es que se ha elaborado el manual que se presenta a continuación. Se busca con el mismo brindar a los profesionales en psicología una opción para abordar este tipo de casos en un periodo corto de tiempo. El tratamiento de tal tipo de experiencias es, para esta propuesta, contemplada desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual emocional. Esta perspectiva se combina al mismo tiempo, con las bases teóricas de la teoría de género, que no puede

faltar en el tratamiento de estas afecciones, cuando entran en juego conceptos tan importantes como la maternidad, la feminidad, y todas las expectativas sociales relacionadas.

Durante y después de la aplicación del manual que aquí se propone, se busca en las clientes un desarrollo práctico de las habilidades cotidianas que se relacionan, no solamente con las tareas típicas del cuidado de la nueva criatura, si no que también se busca el desarrollo de herramientas aplicables a otras áreas de habilidades sociales y de autocontrol, que facilitarán el desempeño en múltiples áreas de interacción en su vida. Las técnicas que se proponen a lo largo de este tratamiento se basan en el modelo cognitivo conductual emocional.

El número de mujeres que se ven afectadas en muy diferentes niveles en el postparto puede, si no ser reducido, al menos abordado, de manera eficiente, en la que las áreas de su vida como totalidad sean enriquecidas para procurar una mejor calidad de vida para estas mujeres y como consecuencia, para sus seres cercanos.

II. DIRECTRICES CLÍNICAS

A. Consideraciones generales

La utilización de este manual de intervención requiere tomar en cuenta algunas consideraciones tales como:

- a. El plan de intervención está diseñado en módulos y éstos en sesiones cuyo número varía según los objetivos y técnicas a utilizar. Específicamente, la cantidad de sesiones propuestas es tentativa y el número de las mismas está sujeto a las diferencias ideosincráticas de las mujeres con quienes se trabaje este plan de intervención. Esta consideración se debe a que el entrenamiento en las técnicas a utilizar puede tener grados de dificultad variables para las participantes, pudiendo ser el mismo método para algunos casos fácil y para otros difícil. El dominio de estas técnicas define entonces la duración del entrenamiento, junto con las facilidades de la participante y la naturaleza de su problema.
- b. Los módulos que se proponen tienen un orden secuencial y dentro de ellos las sesiones mantienen también un orden en las que se explican los procedimientos y medios de adquisición de habilidades. Sin embargo, el terapeuta está en libertad de modificar el orden de estos módulos si es necesario, valiéndose de la especificidad de los casos y del análisis funcional de la conducta que se revele en cada uno de estos. Se recomienda la aplicación total de los módulos, sin embargo esta decisión dependerá de la evaluación que haga el terapeuta de la situación. De este modo se puede hablar de casos en los que no sería necesaria la utilización de todos los módulos propuestos para las mujeres con trastornos afectivos en el postparto; esto siempre y cuando se utilicen procedimientos que busquen el bienestar de la participante y alcanzar los objetivos iniciales.
- c. Antes de iniciar el plan de intervención dirigido a las mujeres con trastornos afectivos en el postparto es necesario, como parte integral del proceso de evaluación, que se descarte un trastorno fisiológico grave, así como identificar algún trastorno afectivo que requiera de medicación. Para esto se recomienda la valoración previa de un psiquiatra. Esto tiene como fin tomar en cuenta dentro del plan de intervención el tratamiento farmacológico que se necesiten en estos casos, el cual debe de ser coordinado con el médico tratante,

específicamente psiquiatra. Asimismo, los casos en los que se presenten síntomas psicóticos debe de posponerse el plan de intervención aquí propuesto, hasta que exista cierta estabilidad con respecto a los síntomas positivos que impidan a la mujer tener control propio sobre aspectos básicos. Esto porque la falta de lucidez y de autocontrol sabotearía un proceso como este, en el que la cliente, paulatinamente, va asumiendo y desarrollando su propio ritmo de autocontrol, de recuperación y de adquisición de habilidades.

- d. El ritmo del proceso es particular para cada caso, ya que va a depender de las características y habilidades propias de cada una de las mujeres a las que se decida aplicar este manual. Sin embargo, se brinda un cronograma que funciona como base o punto de partida, el cual programa el desarrollo del plan en quince semanas de trabajo, siendo la frecuencia de las sesiones de una sesión por semana, cada una de estas con una duración aproximada de una hora. Asimismo, el manual esta ideado en el orden que se considera oportuno por parte de la autora, sin embargo este orden puede ser variado y sujeto a las diferencias y necesidades particulares de las participantes y el criterio del facilitador que aplique y tenga a su cargo el caso.
- e. El papel de la familia en la vida de las mujeres que padecen algún trastorno afectivo en el postparto tiene una gran importancia en el proceso de recuperación de estas. Por esta razón se considera que en la medida que el núcleo familiar así como terceros significativos puedan ser parte del proceso de intervención, se agiliza y enriquece, en la mayoría de los casos, el proceso de recuperación.
- f. Las sesiones de seguimiento deben establecerse de manera conjunta con la cliente. A parte de estas sesiones, se recomienda dejar abierta la posibilidad de que ella o su familia pueden llamar o volver en algún momento que lo consideren necesario.

B. Papel del terapeuta

El papel del terapeuta es muy importante durante el desarrollo del plan de intervención. Su conducta es determinante con respecto a la guía que este represente para la consultante y es por esta razón que se recomiendan algunas directrices en este sentido.

- a. Es ideal que el psicoterapeuta posea algunas características necesarias para guiar el proceso de intervención, tales como la capacidad de generar empatía, una atmósfera de interés, calidez y respeto por la consultante. Esto con el fin de que la relación terapéutica genere confianza en la cliente y aumente las posibilidades de una adecuada adherencia al tratamiento. El terapeuta y su conducta deben entenderse como un reforzador condicionado de tipo social para la cliente (Caballo, 1995) .
- b. El terapeuta debe tener en cuenta que el Modelo Cognitivo Conductual Emocional plantea una evaluación continua. La evaluación se inicia desde el primer contacto, indistintamente de la causa o naturaleza de los conflictos que se presenten. Esta debe estar presente a lo largo de toda la intervención, incluso después de esta, utilizando las sesiones de seguimiento.
- c. Es importante que el terapeuta tenga claro el valor de desarrollar un repertorio de conductas alternativas basado en el entrenamiento de habilidades que se propone en este manual. Este debe ser el énfasis del plan de intervención, más que el de eliminar las conductas desadaptativas, ya que estas se irán modificando paulatinamente con el desarrollo de las primeras (Jacobson y Margolin, 1979 ; Jacobson y Christensen, 1996). Es determinante que el terapeuta esté en capacidad de identificar y de reforzar las conductas alternativas, de manera que las conductas inapropiadas o desadaptativas vayan siendo sustituidas funcionalmente.
- d. Se recomienda que el terapeuta vaya reforzando los avances de la cliente como un medio de moldeamiento de la conducta (Caballo, 1995), con el fin de que esta se mantenga durante el desarrollo del proceso, asimismo para que la cliente pueda percibirse a sí misma como quien lleva a cabo su propio proceso de cambio y sea capaz de proveerse de auto-reforzamientos positivos por sus logros.
- e. Es recomendable que el cierre del proceso terapéutico se vaya anunciando paulatinamente conforme se avanza en la terapia y se va acercando a la última sesión. Esto para evitar un corte abrupto o inesperado en la cliente y/o en su familia. Paralelamente, se promueve que la participante asuma su propio proceso de autocontrol y se perciba a sí misma como propio agente de cambio (Milán y Mitchell, 1991, en Caballo, 1995).

- f. Si bien es cierto, el proceso terapéutico propiamente tiene un cierre, aunque el mismo no es absoluto, pues se invita a la consultante a que se mantenga en contacto con el terapeuta, en especial si surge alguna inquietud que desee comentar (Milán y Mitchell, 1991, en Caballo, 1995).

C. Adherencia al tratamiento

El presente apartado se relaciona con los requisitos y criterios que el terapeuta facilitador de este manual debe tomar en cuenta para procurar una adecuada adhesión al tratamiento. Es importante que esta información sea valorada en este punto introductorio para tratar de aplicar e identificar señales que puedan facilitar o perturbar el proceso de tratamiento.

La adherencia al tratamiento es, sin duda, la condición óptima deseada para los pacientes que se someten a un tratamiento propuesto por un especialista en salud. Existe una variedad de conductas que pueden describir lo que se entiende por adherencia al tratamiento. A continuación se muestra una pequeña lista de las descripciones más generales (Meichenbaum y Turk, 1987):

1. Iniciar y continuar uu programa de tratamiento.
2. Asistir a las horas de consulta.
3. Tomar correctamente la medicación prescrita (en caso que la haya).
4. Mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control de estrés, alimentación, ejercicio, comunicación, entre otros).
5. Evitar comportamientos de riesgo.

Dentro de esta propuesta, el papel de la cliente tiene un gran peso a nivel de facilitar y potenciar el cambio positivo. Sin embargo, el terapeuta debe prevenir evaluando, a lo largo del proceso de intervención, comunes criterios que apuntan a dificultades en la adherencia. Estas posibilidades son al fin y al cabo relacionadas con las conductas y actitudes (cuya importancia se desarrolla a lo largo de este escrito), mediante las cuales los pacientes identificados impiden que su organismo enfrente la enfermedad o disfunción conductual, a la vez que permiten y fomentan el crecimiento del problema.

Las razones más comunes que impiden la adherencia al tratamiento son propuestas por Meichenbaum y Turk (1987). Las mismas son descritas a

continuación, y basta con la presencia de uno solo de estos elementos para que el proceso de tratamiento se trunque.

1. El paciente no sabe que hacer.
2. El paciente no posee las competencias o recursos necesarios para realizar el régimen de tratamiento.
3. El paciente no cree disponer de las capacidades para poder realizar el tratamiento.
4. El paciente cuestiona la utilidad del tratamiento.
5. El régimen es demasiado exigente y el paciente no considera los beneficios potenciales compensen los costos.
6. La adhesión es asociada a sensaciones adversas no gratificantes.
7. La calidad de la relación del paciente y el terapeuta es pobre.
8. No hay continuidad en la atención.

Con el conocimiento de estos criterios facilita al profesional la identificación posibles dificultades y hasta modos de sabotear el proceso terapéutico. Es importante también que el proceso se desarrolle de un modo creativo e interesante para el participante. No obstante debe siempre reconocer la utilidad de la opinión del cliente así como la constante evaluación de los procesos con el fin de de retroalimentar el trabajo de la persona implicada.

III. EXPLICACIÓN DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EMOCIONAL

El presente manual está dirigido a especialistas en salud; psicólogos y psiquiatras específicamente, quienes procurarán la aplicación de estos contenidos a casos de mujeres con algún padecimiento afectivo en el periodo del postparto.

Este apartado tiene gran importancia y utilidad en dos sentidos principalmente. Por un lado, brinda al terapeuta y facilitador de la aplicación del manual, la oportunidad de refrescar los principios teóricos del modelo bajo el cual se ha llevado a cabo la elaboración de este documento. Asimismo, permite a la consultante tener un contacto con respecto al Modelo Cognitivo Conductual, principios que pueden ser ajenos a su conocimiento y cuyo acercamiento le puede permitir sentir mayor control sobre las metas y su desempeño. A continuación se brinda, de modo general una explicación de este modelo.

A. Principios conductuales y cognitivos

El modelo Cognitivo Conductual Emocional está basado en los principios del conductismo. Estos han sido utilizados desde hace ya más de medio siglo en múltiples contextos, tal es el caso de la educación, de la atención clínica, el ámbito laboral, entre otros (Engler, 1997). Tiene como características básicas la aplicación de principios éticos que buscan respetar y mantener la integridad física y emocional de la persona; la fijación de metas, constante evaluación a lo largo y después del tratamiento, elección y aplicación de técnicas ideadas según las necesidades de los casos, las cuales han sido validadas empíricamente.

La base de este modelo es la interrelación que se logra describir entre los factores cognitivos, las emociones implicadas y la reproducción de conductas (sean estas funcionales o desadaptadas) como producto de las dos primeras variables. Se busca aplicar técnicas de modificación de conducta y orientación cognitiva en relación con las áreas emocionales que se ven afectadas según el caso de cada persona.

La modificación conductual, clave en los procedimientos a aplicar en este manual, pueden entonces entenderse como un:

“Sistema terapéutico que interviene a nivel contextual en el ser humano al buscar la modificación sistemática de los tres sistemas interactivos de respuesta (cognición, conducta y emoción) por medio de la utilización de procedimientos empíricamente validados, con el propósito de instrumentar en la persona las habilidades necesarias para ejercer efectivamente el autocontrol y así potenciar su desarrollo” (Ramírez, 2003).

En este manual se busca aplicar una serie de técnicas conductuales basadas en el condicionamiento operante, tales como entrenamiento asertivo, modelaje, extinción, así como algunas técnicas relacionadas con la modificación cognitiva, tales como reestructuración cognitiva, manejo de estrés, solución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, entre otras (Olivares y Méndez, 1998). De estas técnicas se tendrá mayor información en los diferentes módulos de este documento.

Con respecto a las características del modelo cognitivo emocional Jaubert y Soto (2001) señalan las siguientes, como de las más importantes:

1. La conducta es mediada por las actividades cognitivas, de manera que una alteración en los patrones cognitivos genera un cambio conductual en la persona.

2. Hay una relación recíproca entre la conducta, las cogniciones, las emociones y el ambiente.
3. Se lleva a cabo una manipulación ambiental para modificar aspectos adaptativos y desadaptativos de la persona.
4. Las personas responden principalmente a las representaciones cognitivas de su ambiente, más que al propio ambiente.

Los trastornos afectivos en el postparto tienen la influencia de estos tres factores, cognición, emoción y conducta, en donde la última se produce como resultado de las emociones que se generan a partir de los cambios físicos y cognitivos que implica el nacimiento de un hijo. Asimismo, hay factores ambientales que intervienen en la relación que puedan tener estos tres factores. Es por esta razón que se considera el Modelo Cognitivo Conductual Emocional como idóneo para la elaboración de este manual y una herramienta para el manejo de casos de este tipo.

A continuación, se describe, de modo general, los conceptos básicos relacionados con este modelo.

1. Conducta

En un sentido general, la conducta es cualquier acción que un organismo lleve a cabo. Debe considerarse a partir de dos dimensiones, la primera se refiere a la conducta pública, que es aquella que puede ser observada por dos o más personas, por ejemplo la conducta motora (caminar, hablar, escribir, comer, entre otros). La segunda es la conducta privada o los eventos privados, que se refiere a conductas que solo pueden ser observadas o detectadas por la persona misma que la emite. Esta no es directamente observable, tal es el caso de las cogniciones, emociones, sentimientos, sensaciones, ideas, pensamientos, entre otros (Skinner, 1977, Poling, Schlinger, Starin, y Blakely, 1990).

Hay dos tipos de comportamiento que Skinner (1977) diferencia en su teoría del comportamiento. Estos son:

- Comportamiento respondiente: Este es el comportamiento o la conducta está controlada por el estímulo.
- Comportamiento operante: Se refiere al comportamiento con el que el organismo interactúa con su ambiente. Como consecuencia provoca estímulos a su alrededor (Jaubert y Soto, 2001). Esta conducta es mantenida por sus consecuencias.

Asimismo, se logra hacer una distinción más, a otro nivel del comportamiento, que se relaciona con el origen, desarrollo y mantenimiento de la conducta. Para esta modalidad se identifican dos posibilidades que son (Skinner, 1977):

- Comportamiento moldeado o gobernado por contingencias: Este es moldeado mantenido directamente por consecuencias relativamente inmediatas, sin que dependa de reglas orales o escritas.
- Comportamiento moldeado o gobernado por reglas: Este depende del comportamiento verbal de los demás, es necesario que se explique en qué consiste una regla específica. Las reglas funcionan como un medio que amplía la experiencia personal más allá del muestreo regular que se lleva a cabo durante la vida. Al transmitirse y aprenderse las reglas la persona adquiere comportamientos efectivos ante situaciones que posiblemente no ha experimentado antes. Es equivalente al término de “control instruccional”.

Es muy importante reconocer la formación y tipos de conductas para posibilitar la aplicación de procedimientos adecuados para su modificación, en caso que las mismas sean disfuncionales para la persona.

A pesar de esta distinción, a nivel general, todo comportamiento es, estrictamente hablando, gobernado por contingencias (Baum, 1994).

2. Cognición

Los diversos tipos de cogniciones van desde evaluaciones hasta creencias profundas que determinan la vida emocional y las acciones de la persona (Instituto de Terapia Racional Emotiva Conductual, 2003). Los tipos de cogniciones más comunes tienen que ver con: atribuciones, expectativas, creencias o valores e imaginación.

Según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) las cogniciones pueden ser definidas como “un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención... es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura)” (pp. 137).

Las cogniciones suelen ser interpretadas por el individuo como representaciones objetivas de la realidad que se toman como verdaderas y pocas veces se cuestionan para probar la validez que estas tienen (Beck, 1983). Estas tienen que ver con las creencias, los valores, las atribuciones, las expectativas, la imaginación (relacionada con cualquiera de los cinco sentidos); que determina el comportamiento.

Según Skinner (1977) el pensamiento es considerado como un comportamiento o conducta y tiene las dimensiones de este. Reconoce que los procesos de pensamiento y sus productos son directamente observables y se manifiestan por medio de la conducta o a través de formas de carácter respondiente como las emociones. Por su parte, Poling, Schlesinger y Blakely (1990) consideran que las actitudes, al igual que las conductas, son aprendidas y por lo tanto posibles de modificar.

3. Emoción

Es una respuesta, positiva o negativa, que surge ante objetos o acontecimientos internos o externos. Las emociones son fruto de la valoración sobre los cambios corporales producidos por un estímulo. Asimismo, se ven afectadas por las correspondientes experiencias previas, pensamientos y creencias. Es entonces un estado general derivado de la interacción entre las reacciones fisiológicas, la conducta, el pensamiento y el ambiente.

El conductismo radical enfatiza en el estudio de la interacción entre la conducta y el ambiente. Se parte de la idea de que el ambiente es capaz de modificar cogniciones y emociones y de estas derivan cambios conductuales. La persona necesita estar en capacidad de reconocer sus emociones y de dónde es que estas provienen. De esta manera logrará aplicar un repertorio de conductas más adaptativas (Poling, 1990).

Por su parte Beck y otros (1983) se refieren al término de “Esquemas” como los supuestos o actitudes que se desarrollan a partir de las experiencias anteriores. Asimismo se refiere a que la conducta y sus efectos están determinados por el modo de estructurar el mundo que tiene cada persona. Se busca en su propuesta que la persona esté en capacidad de delimitar y de poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos.

También se pretende que el sujeto se vea en la capacidad de controlar sus pensamientos automáticos de tipo negativo; identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta para así identificar y modificar las falsas experiencias que le llevan a distorsionar sus experiencias (Beck y otros, 1983).

Desde la perspectiva de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) (Ellis, 2001) se parte de que los problemas psicológicos se derivan de patrones de pensamiento irracionales, los cuales se presentan de manera conjunta con cadenas de verbalizaciones implícitas que van delimitando el sistema de creencias de la persona.

Lo que se propone trabajar de fondo es el sistema filosófico de la persona, para adquirir una actitud antireforzante y anticatastrófica que les lleve a utilizar métodos de evaluación más realistas. Se trabaja sobre la conducta, la cognición y la emoción y por lo tanto con respecto a la interacción existente entre estas (Ellis, 2001).

Con respecto a los Trastornos Afectivos en el Postparto, las conductas disfuncionales de la consultante pueden verse influenciadas por una serie de factores físicos importantes. Sin embargo, a nivel psicológico se puede reconocer la inexistencia de un repertorio conductual alternativo que haga frente a las conductas o sentimientos de ansiedad y/o depresión que desencadena la maternidad, el nuevo nacimiento o cualquiera de las posibles situaciones en el postparto.

IV. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL POSTPARTO

A. Los trastornos afectivos en el postparto

Los trastornos afectivos que pueden presentarse en el postparto varían dependiendo de la gravedad, el tipo y frecuencia con que se presenten los síntomas. Existen también descripciones de trastornos de ánimo en el puerperio, que pueden estar presentes en personas con trastorno de ansiedad que presentan crisis de angustia y en el trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, predomina la idea de que los trastornos de ansiedad postparto sean categorías diagnósticas independientes a los trastornos afectivos (del humor) postparto (Cassem, 1998).

Asimismo, es importante diferenciar entre los síntomas presentes en los trastornos del afecto (del humor), de aquellos presentes en los trastornos de ansiedad (de angustia). Ambos grupos presentan síntomas que pueden confundirse y en ciertas situaciones, tal como en el postparto, pueden presentarse de manera comórbida.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan principalmente por manifestaciones de angustia, agorafobias y estrés, y puede presentarse en forma episódica en ocasiones de manera generalizada. En estos casos la persona presenta dificultades fisiológicas, principalmente respiratorias, palpitaciones, sentimientos de temor y miedos algunas veces inespecíficos (APA, 2000).

Por su parte, dentro de los trastornos afectivos en el postparto, los trastornos depresivos son los más comunes. Estos comúnmente se categorizan en tres tipos que se exponen a continuación.

1. Tristeza en el postparto (*Baby blues*)

Según el DSM-IV TR (APA, 2000), este trastorno no es estrictamente

psicopatológico y es bastante frecuente, teniendo una incidencia aproximada del 70% en las mujeres después del parto, durante los diez días siguientes al parto.

Este tipo de trastorno se caracteriza por una emotividad especial que experimenta la mujer, es un síndrome transitorio que incluye ansiedad, confusión leve, depresión y tristeza. Este último es el síntoma más característico, el segundo síntoma es el llanto y también aparecen en menor o mayor medida otros síntomas como anergia, irritabilidad, anorexia, dificultad para concentrarse, insomnio con despertar precoz, aislamiento, tensión, ansiedad, cefalea y cavilaciones (Pérez, Pedrós y Aguilar, 1995).

La duración de este padecimiento no sobrepasa los primeros quince días después del alumbramiento. En muchos casos se resuelve de forma espontánea durante la primera semana y su etiología esta más que todo relacionada con los cambios hormonales de este período.

2. Depresión Mayor en el Postparto

Se trata de un episodio depresivo mayor sin psicosis que se presenta durante las primeras cuatro semanas y los seis meses después del alumbramiento aproximadamente (Pérez, Pedrós y Aguilar, 1995). Su incidencia es de alrededor del 10% y con frecuencia se trata de cuadros depresivos de intensidad breve o moderada (Jadresic, 1996).

El DSM-IV TR (APA, 2000) mantiene que el diagnóstico se puede llevar a cabo cuando la depresión ocurre en estrecha relación temporal con el nacimiento.

La depresión mayor, específicamente en el postparto, se caracteriza porque la mujer presenta una serie de síntomas que el DSM-IV TR describe como la disminución del ánimo, un aumento de la labilidad emocional y las alteraciones propias de cualquier depresión. Muchos de los contenidos depresivos están relacionados con el recién nacido. Las mujeres tienen sentimientos de ineficiencia, temiendo no querer al bebé lo suficiente, presentan ideas compulsivas de hacerle daño, también surgen dudas si el niño es de ellas o de que presente alguna deformación (Jadresic, 1996).

3. Depresión Mayor con Psicosis

Este tipo de trastorno se presenta como una depresión acompañada de síntomas psicóticos. En estos casos se puede hablar de "depresión psicótica posparto". Este es poco frecuente, según el DSM-IV TR (APA, 2000) se da en 1-2 de cada 1000 nacimientos y es más común en las mujeres primíparas. Suele aparecer entre el tercer día y 8 semanas tras el parto.

El DSM-IV TR (APA, 2000) señala que éste trastorno puede presentar síntomas tales como fluctuaciones en el ánimo, labilidad, preocupación por el bienestar del niño, presencia de rumiaciones o pensamientos asociados a los riesgos que el infante puede sufrir.

Asimismo, se incluyen episodios en los que se pueden presentar alucinaciones y delirio, por ejemplo relacionadas con asesinar al niño o que este se encuentra poseído. Suelen ser preocupaciones o deseos de hacerse daño a sí misma o a su hijo. Otras ideas delirantes frecuentes son las de orden místico (Kaplan, y Sadock 1999).

Una vez realizado el diagnóstico es necesaria la intervención y en la mayoría de los casos la hospitalización de la mujer. Esto porque puede tener graves consecuencias para el recién nacido, la familia y la sociedad. Las posibilidades de suicidio son altas y aproximadamente un 4% de las mujeres con síntomas psicóticos en el puerperio pueden cometer infanticidio (Matías, Montejo, de la Vega y Montero, 1994).

4. Trastorno Bipolar

El parto en la vida de muchas mujeres se puede vivir como una situación estresante por los cambios ambientales y personales que este implica. Este estrés puede ser el desencadenante de la manifestación de algún trastorno afectivo, el cual se pudo haber mantenido latente antes de que el parto tuviera lugar, o que más bien se generó como producto de una serie de condiciones propias del embarazo y del parto.

Es por esto, que actualmente, algunas posiciones comparten la opinión de que los trastornos afectivos en el posparto con síntomas psicóticos se pueden considerar una de las manifestaciones iniciales de un trastorno bipolar, quedando descartada la noción antigua de que la psicosis puerperal estaba constituida por un amplio espectro de síntomas que no encajan en ninguna categoría diagnóstica (Salamero, Navarro García, García Esteve. 2000).

El Desorden Bipolar tiene dos niveles característicos: El Trastorno Bipolar I y el Trastorno Bipolar II.

El Trastorno Bipolar I se caracteriza por la ocurrencia de uno o más Episodios Maníacos o de Episodios Mixtos, en estos últimos casos el episodio maníaco se acompaña de un episodio depresivo mayor durante la misma crisis. Hay una tasa de suicidio del 10% al 15% en las personas que padecen de este desorden. Cuando se experimentan episodios maníacos graves o con síntomas psicóticos se pueden

presentar conductas agresivas, así como dificultades a nivel académico y laboral, acompañado de comportamientos antisociales episódicos (APA, 2000).

El Desorden Bipolar II se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores, acompañados al menos por un episodio hipomaniaco. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo y un deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la vida del individuo. En algunos casos los episodios hipomaniacos no causan deterioro por sí mismos. En lugar de esto, el deterioro puede ser producto de los episodios depresivos mayores o de un patrón de crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal con fluctuaciones (APA, 2000).

El suicidio es un riesgo importante de tomar en cuenta en estas personas, así como los trastornos mentales asociados incluyendo abuso de sustancias, anorexia y bulimia nerviosa, trastornos de angustia, y trastorno límite de la personalidad, entre otros (APA, 2000).

Este padecimiento parece ser más frecuente en mujeres que en varones, teniendo ellas mayor riesgo de presentar episodios en el periodo inmediato al parto.

En ambos casos, el desorden Bipolar I y el desorden Bipolar II, la especificación referente al inicio de la presentación del episodio maníaco o mixto actual, se da si el mismo se presenta entre las primeras cuatro semanas después del parto. (APA, 2000).

Característicamente, estos episodios se pueden identificar por el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Como ya se ha mencionado, también se pueden presentar síntomas psicóticos como ideas delirantes relacionadas con el recién nacido (por ejemplo, ideas de que el niño este poseído, tenga poderes especiales, entre otros).

Ya sea que el episodio presente características psicóticas o no psicóticas, puede haber ideación suicida, pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotora. Es frecuente que se den crisis de angustia, gran ansiedad y llanto espontáneo (APA, 2000).

B. Factores sociales y psicológicos en la etiología de los trastornos afectivos en el postparto.

Según Waldmann (no se especifica año de publicación, citado por Vallejo, 2000) hay cuatro hipótesis que podrían justificar dichos cuadros:

1. Síndrome de debilidad emocional hiperestésico.
5. Reacción anómala frente a las nuevas responsabilidades.
6. Consecuencias de las rápidas variaciones hormonales.
7. Expresión de una psicosis u otro trastorno del ánimo subyacente.

Por su parte, Leal (2000) lleva a cabo una categorización de los factores influyentes en los trastornos afectivos en el postparto. A continuación estos se describen:

- **Factores biológicos:** En este sentido existen dos perspectivas, una mantiene que la depresión y psicosis postparto comparte características con algunos trastornos depresivos no puerperales y se analiza el cortisol, la función tiroidea y los precursores de los neurotransmisores. La otra posición se relaciona con los hechos específicos del postparto y analiza la progesterona, los estrógenos y la prolactina, por una parte, y por la otra analiza las complicaciones obstétricas, el tipo de parto y el tipo de lactancia.

Asimismo, es importante el análisis de la historia familiar o personal con respecto a trastornos bipolares, de depresión y psicosis puerperal previa (Salamero, Navarro García, García Esteve, 2000).

- **Factores psicológicos:** Se consideran, en primer lugar, algunas formulaciones psicodinámicas en las que se concibe el embarazo como un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los que existen modelos maternos inadecuados. Con respecto a este tipo de trastornos se ha encontrado un mayor neuroticismo y menor extroversión. Los estudios de niveles de baja autoestima se han realizado únicamente con respecto a la maternidad. Asimismo, el estilo cognitivo de las mujeres que han sufrido este tipo de padecimiento, se describe como trastornos en el autocontrol, estilo atribucional alterado, actitudes disfuncionales debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, el futuro y uno mismo (Beck y otros, 1983).

- **Factores psicosociales:** Cabe la posibilidad de efectos graves de situaciones estresantes durante el embarazo, durante y después del parto. Asimismo, el apoyo social y relación de pareja con que la mujer cuente pueden ser perjudiciales en

I MÓDULO: CONOCIENDO LA VIVENCIA E IDENTIFICANDO LOS SÍNTOMAS

Duración: 1 sesión

Duración aproximada: 1 hora y 30 minutos)

SEMANA 1

Objetivo:

- Identificar el motivo de consulta y los principales síntomas que experimenta la cliente.

En este módulo se busca tener un primer contacto con la cliente, sus familiares y otros significativos, en el que se busca presentar el plan de intervención, conocer su perspectiva del problema, su motivación con respecto a la terapia y magnitud e influencia del trastorno en su vida. Asimismo, se utiliza una prueba para constatar datos importantes relacionados con el trastorno y su caracterización.

A. Encuadre

El encuadre funciona como un modo de presentar el plan de intervención, las particularidades del mismo y la manera en que este puede ser llevado a cabo (Caballo, 1995). Es importante que esta información sea dada a la participante de la manera más sencilla posible. A continuación se presenta una opción de cómo hacer el encuadre, este es tentativo y está sujeto a la idiosincrasia del terapeuta, siempre y cuando no se excluyan datos relevantes.

“Este es un plan de intervención ideado para trabajar con personas que tienen alguna dificultad emocional en periodos de la vida tan importantes como por el que usted está pasando ahora. Los síntomas que le pueden estar aconteciendo afectan su vida y la de sus familiares y/o seres queridos, en muchas áreas. Mediante la utilización de este procedimiento de intervención usted va a ir adquiriendo habilidades y desarrollando algunas conductas alternativas que le ayudarán a enfrentar esta situación y por consiguiente le harán sentirse mejor.

De acuerdo con la información que usted proporcione podremos definir la utilización de un programa enfocado en la vivencia del postparto. De ser así es importante que usted conozca que el mismo está organizado en etapas o módulos en los que se trabajan diferentes aspectos relacionados con este problema. Hablamos de un total aproximado de 15 sesiones, una por semana, en las que usted tendrá que cumplir con la asistencia pero sobretodo con trabajo que llevará a cabo fuera de la terapia. Cada sesión tiene una duración aproximada de 1 hora, tiempo en el que estudiaremos su situación y llevaremos a cabo un entrenamiento en técnicas para proporcionar soluciones alternativas. Yo seré una guía en su proceso de recuperación, sin embargo el éxito depende más que todo de su compromiso consigo misma y con la terapia. El cumplimiento de las tareas para la casa es indispensable para que usted logre adquirir las habilidades que aquí se proponen y también para que logre alcanzar su recuperación. Si en algún momento usted desea hacer alguna sugerencia quiero que se sienta en libertad para expresarla y así avanzaremos más fácilmente en nuestro objetivos.”

B. Entrevista Inicial

Después de haber corroborado que el encuadre ha sido asimilado, se introduce a la consultante en la primera entrevista del proceso. Se le hace saber que la información que aporte en este primer momento es de suma importancia para dirigir el resto de la intervención. Se le pide que aborde de modo exhaustivo cada uno de los temas y que se sienta en libertad de hacer preguntas relacionadas en caso de no quedarle clara alguna temática.

Seguidamente se procede al abordaje de los temas, con los que se pretende tener acceso a la información relacionada con al menos ocho rubros que son:

- a. Motivo de consulta (10min.aproximadamente): Se busca que la cliente describa las razones por las que busca este tipo de tratamiento, que ella haga referencia a su problema y a los síntomas que experimenta. Es importante conocer si viene por su propia motivación a resolver la situación o si es traída por terceros que la han convencido u obligado a recibir tratamiento psicológico.
- b. Historia o desarrollo del problema (10min.aproximadamente): Indagar acerca del momento de inicio del trastorno, la caracterización del mismo en ese

momento e identificar si se han dado variaciones durante el tiempo del padecimiento. Se trata de identificar factores que predisponen, desencadenan o que están relacionados con la aparición de los síntomas, así como darse cuenta de la posible relación que encuentre la paciente entre estos. Asimismo, se busca conocer cuáles son los factores que facilitan el mantenimiento de las conductas identificadas como problemáticas.

- c. Identificar patrones de conductas problemáticas (15min.aproximadamente): Se busca que la paciente haga una descripción de los patrones conductuales que han resultado (o más bien, que ella ha adquirido) como producto del padecimiento. Es importante que describa en qué medida estos interfieren en su vida diaria perjudicándole o beneficiando su desempeño en distintas áreas. En general, es indagar acerca de ¿Cómo este problema le ha afectado? y ¿Qué hace o qué no hace lo que representa un problema para ella?.
- d. Identificar a terceros significativos (5min.aproximadamente): Se pretende que la participante logre identificar qué personas cercanas en su vida (familia, amigos, compañeros) se ven afectados por la situación que ella vive. Asimismo, más adelante estas personas puedan ser incorporadas de manera parcial al plan de intervención, logrando para ella un mayor apoyo y refuerzo en su proceso de recuperación.
- e. Determinar la presencia de otros trastornos con o sin relación aparente (5min.aproximadamente): Es importante conocer si la cliente padece o ha experimentado algún trastorno afectivo y/o mental que ya ha sido identificado anteriormente por otro especialista.
- f. Tratamiento farmacológico (3min.aproximadamente): Conocer si la paciente ha sido medicada en algún momento o si mantiene algún tipo de tratamiento farmacológico en el momento de iniciar el plan de intervención.
- g. Habilidades personales (5min.aproximadamente): Identificar cuales son las habilidades a nivel físico y emocional con las que cuenta la cliente, o que son posibles de promover durante la intervención para proporcionar mejores resultados y una mayor percepción de control y realización.
- h. Flexibilidad del caso (Lo determina el terapeuta en función de la información recolectada): Se busca determinar los límites y/o necesidades en las que el plan de intervención propuesto debería ser modificado según la especificidad del caso, para que la recuperación de la participante sea idónea. Esto a causa

de que exista alguna limitación de tiempo, económica o de otro tipo que conlleve a reducir o aumentar el periodo de intervención o los contenidos mismos de este manual.

C. Criterios descritos por el DSM IV

Es importante que el facilitador que tenga la aplicación de este manual a su cargo cuente con el conocimiento de los criterios básicos en relación con los trastornos de ansiedad y depresivos. Estos se muestran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR, 2000).

A continuación se muestra una tabla con los principales síntomas, que de manera general, se pueden presentar en estos trastornos afectivos. Aunque a nivel clínico y psiquiátrico se hace una categorización de varios trastornos depresivos así como de otros trastornos asociados con la ansiedad, en la siguiente tabla se mencionan los síntomas comunes para los trastornos de cada uno de estos dos tipos. Asimismo, se incluyen los síntomas relacionados a episodios maníacos, ya que los mismos pueden ser una manifestación de un trastorno de ansiedad o del complemento de los trastornos depresivos en los casos en que se presenta un Trastorno Bipolar:

Síntomas relacionados a trastornos del estado de ánimo

Síntomas asociados con trastornos DEPRESIVOS

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) pérdida o aumento de apetito
 - (2) insomnio o hipersomnia
 - (3) falta de energía o fatiga
 - (4) baja autoestima
 - (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - (6) sentimientos de desesperanza

Síntomas asociados con trastornos DE ANSIEDAD

- A. Estado emocional displacentero y desproporcional, de miedo o aprensión en ausencia de peligro identificable. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) con presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas:
1. Inquietud persistente por la posibilidad de tener alguna crisis de angustia, las cuales se caracterizan por:
Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- C. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio:
- (1) pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
 - (2) falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)
 - (3) la depresión es habitualmente peor por la mañana
 - (4) despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse)
 - (5) enlentecimiento o agitación psicomotora
 - (6) anorexia significativa o pérdida de peso
 - (7) culpabilidad excesiva o inapropiada

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones) inestabilidad, mareo o desmayo

Y/O

A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).

B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:

- (1) aumento significativo del peso o del apetito
- (2) hipersomnia
- (3) abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes)
- (4) patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo

B. Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

C. Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

D. Puede existir presencia de agorafobia.

Fuente: APA, 2002

Síntomas asociados con trastornos MANIÁCOS

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

(1) autoestima exagerada o grandiosidad

(2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

(3) más hablador de lo habitual o verborreico

(4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

(5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

(6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

(1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

(2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)

(3) desrealización

(4) despersonalización

(5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

Fuente: APA, 2002

D. Instrumentos de medición para estados emocionales de depresión y ansiedad

Una vez realizada la entrevista inicial y con base en los conocimientos señalados en función de los criterios, se pide a la consultante responder a una guía de preguntas que corresponde a la Escala de Depresión y Escala de Ansiedad de Hamilton y/o al Inventario de Depresión e Inventario de Ansiedad de Beck. Ambas opciones

miden los niveles que vivencia la paciente en función a estos estados de ánimo. Sus resultados se pueden considerar equivalentes, lo que permite que la aplicación de los pares de baterías sea intermitente entre las dos propuestas de los autores (Williams, Hitchcock, Cordes, Ramírez y Pignone, 2002 y Soler, Pérez-Sola, Puigdemont, Pérez-Blanco, Figueres y Alvarez, 1997).

Si el terapeuta ha logrado identificar en la entrevista inicial el estado emocional que prevalece en la paciente, puede aplicar el cuestionario que mida este criterio, sin embargo, si aún después de la entrevista no existe claridad en este sentido, puede buscar medir ambos criterios utilizando los dos cuestionarios de un mismo autor. A partir de estos resultados podrá guiar su línea de trabajo más claramente a partir de las necesidades de la paciente.

1. Instrucciones

Se debe elegir la batería de escalas de alguno de los autores y se debe explicar a la participante la utilidad de estos instrumentos como facilitadores para determinar la prevalencia de síntomas para su caso.

Se le pide a la participante que responda la guía de preguntas que se le va a entregar. Se es claro en que ella puede tomar el tiempo que considere necesario para hacerlo, así como dejar abierta la posibilidad de aclarar dudas. El cuestionario se debe responder en esta sesión, idealmente en el consultorio mismo, o en su defecto, en la sala de espera.

2. Escalas de Hamilton

a) Escala de Ansiedad:

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HRSA) es una escala de heteroevaluación (llevada a cabo por un evaluador externo), propuesta por Hamilton 1959. La misma debe ser aplicada por parte de un observador externo para explorar los estados de ansiedad, (manifestados por sensaciones subjetivas de tensión, nerviosismo, inquietud y de activación del sistema nervioso autónomo) (www.bibliopsiquis.com).

Busca medir categorías de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y somáticos. Aunque contienen puntos relacionados a los ataques de pánico, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada (www.bibliopsiquis.com, Octubre, 2004).

Este cuestionario de autoaplicación está constituido por 14 ítems. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 5 puntos (rango 0 - 4), con diferentes formulaciones de respuesta. Las mismas se relacionan con el grado de gravedad del síntoma del siguiente modo (Psicomag, 2004):

0. Ausente
1. Intensidad ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad elevada
4. Intensidad máxima (invalidante)

El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-4) en los ítems respectivos.

La HRSA se ha diseñado para valorar la sintomatología de la ansiedad y para el estudio de la evolución clínica de la enfermedad durante el tratamiento (tal como se hará a lo largo de la aplicación de este manual).

La calificación de la prueba se basa en la suma de los puntajes de cada una de las respuestas. Si este resultado es igual o mayor a 6 puntos hay un indicador de una alta probabilidad de que la persona esté experimentando un trastorno de ansiedad.

b) Escala de Depresión

La escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (HAM-D o HADS) fue elaborada en 1960 y busca generar datos relacionados al estado depresivo. La forma de aplicación es autoadministrada, debiendo seleccionar el paciente la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa.

La HADS es una escala sencilla y de fácil aplicación. Proporciona medidas dimensionales de “malestar psíquico”, mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante

el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones (Bipfaes, 2003).

La escala consta de 17 cuestiones graduadas a modo de escala Likert de dos maneras, algunas con puntuaciones de 3 (de 0 a 2) y otras con puntuaciones hasta 5 (de 0 a 4) niveles de gravedad.

La puntuación total de la prueba se obtiene de la suma de los puntos obtenidos en cada una de las cuestiones (de 0 a 52 puntos), y expresa la gravedad de la depresión como la significancia del cuadro clínico. Para este primer punto de valoración, se aprecian a continuación los parámetros indicados:

0-7	normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

Es importante tomar en cuenta que los criterios de valoración se representan preferiblemente por los temas, la integración tras una observación objetiva y la exposición subjetiva de los síntomas.

3. Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck

Estos inventarios fueron desarrollados por Beck con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión y la severidad de sus síntomas. En este caso, para las dos opciones, se marca en cada ítem la afirmación que más se relaciona con la vivencia subjetiva.

Ambos son inventarios autoaplicados, compuestos por 21 ítems, que describen los síntomas de ansiedad y depresión. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación:

0 = *“en absoluto”*

1 = *“levemente, no me molesta mucho”*

2 = *“moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo”*

3 = *“severamente, casi no podía soportarlo”*.

La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Con respecto a la interpretación, se puede identificar este instrumento como una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media es de 25,7 y en sujetos normales 15,8. Se ha propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos.

4. Equivalencia funcional de ambas escalas

En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad (Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación importantes entre ambas escalas, aunque son mayores aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ambos síntomas, especialmente los de ansiedad (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

Es importante que las pruebas de medición como las que acá se mencionan sean utilizadas en clínica e investigación de modo complementario, de este modo el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y constituirían una herramienta de mayor veracidad para la valoración de ansiedad y la depresión (APA, 2002).

5. Propiedades Psicométricas

- Poseen una elevada consistencia interna.
- Los inventarios de Beck tienen buena correlación con otras medidas de ansiedad y de depresión en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51 (APA, 2002).
- Al analizar los elementos del test, Beck en el los de Hamilton se encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad el propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

6. Muestras de los Instrumentos

En la sección de anexos se muestran los instrumentos de medición en función del siguiente orden.

- b.1 Test Psicométrico de Ansiedad de Hamilton (Anexo #1).*
- b.2 Test Psicométrico de Depresión de Hamilton (Anexo #2).*
- b.3. Inventario de Depresión de Beck (Anexo #3).*
- b.4. Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo #4).*

**II MÓDULO: INCORPORANDO LA RELAJACIÓN A LA VIDA COTIDIANA PARA
CONTROLAR EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD DIARIOS**
(ESPECÍFICO PARA LOS CASOS EN LOS QUE PREVALECEEN SÍNTOMAS ANSIÓGENOS)

Duración: 1 sesión semanal durante dos semanas
Duración aproximada: 1 hora cada sesión
SEMANAS 2 Y 3

Objetivos:

- Facilitar en la participante el proceso de identificación de los síntomas relacionados con el estrés y/o ansiedad.
- Desarrollar técnicas que permitan contrarrestar los efectos del estrés y/o ansiedad en la vida cotidiana.

A. Entrenamiento en técnicas de relajación

En función de alcanzar los objetivos descritos anteriormente se propone en este apartado la explicación teórica y objetiva tanto de técnicas específicas de relajación, como la explicación funcional de los factores implicados en el manejo del estrés.

1. Psicoeducación con respecto a la relación entre estrés (ansiedad)-salud física-salud mental.

Antes de iniciar el entrenamiento en cualquiera de los dos tipos de relajación que se facilitan en este manual, es importante que el terapeuta haga una introducción conceptual con respecto a la relación existente entre el estrés (o ansiedad) y la salud física y mental en el ser humano.

Con este fin es que a continuación se presenta una valoración general de esta relación. La explicación debe ser dada de la manera más sencilla posible siempre y cuando no se distorsione el contenido que acá se propone.

Se debe empezar por entender que el estrés es:

... un patrón de respuestas emitidas por el sujeto en situaciones que la persona considera que le plantean demandas excesivas y los recursos de los que dispone son evaluados como insuficientes ... la relajación se considera una

respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos del estrés (Olivares y Méndez, 1998. pp. 36,37 y 38).

Es importante tener en cuenta que el estrés no es siempre un factor negativo, más bien al contrario, puede identificarse también como un factor que nos impulsa a progresar en diferentes áreas de la vida (estrés positivo). El estrés es casi que indispensable para avanzar en la vida, sin embargo cuando se hace incontrolable puede perjudicar la salud física y emocional de las personas (estrés negativo).

a) Respuesta de estrés

Los síntomas, los cambios bioquímicos y las sensaciones de tensión que se experimentan durante la respuesta de estrés son prácticamente idénticos e indistinguibles, con independencia del motivo que nos lleva a reaccionar de ese modo. Uno de los primeros pasos en el estudio de las reacciones del organismo al estrés es el de Hans Selye (1983, en Belloch, Sandín y Ramos, 1995) quien estableció en Síndrome General de Adaptación (SGA) para explicar los cambios psicofisiológicos globales que son originados por el estrés.

Según este modelo cualquier persona expuesta a tales condiciones responde con una activación fisiológica general que varía a lo largo de tres fases que se describen a continuación:

- ▶ Fase de Alarma: Ocurre inmediatamente después de que el individuo percibe la amenaza. El sujeto se pone en guardia, experimenta un aumento del ritmo cardiaco y de la tensión de los músculos del cuerpo. En este momento se produce una destacable activación para intentar luchar contra el peligro que prevé.
- ▶ Fase de Resistencia: cuando el acontecimiento estresante perdura y al no poderse mantener el esfuerzo máximo durante más tiempo se entra a esta fase. Esta implica una activación menor por lo que se puede sostener el esfuerzo por un período más largo para así tratar de superar la amenaza. En esta fase las personas se empiezan a mostrar irritables, a presentar cambio de humor, trastornos de sueño, alteraciones en el aparato digestivo, dificultades de concentración y otros síntomas físicos.
- ▶ Fase de Agotamiento: ocurre cuando el organismo gasta todos sus recursos y pierde progresivamente la activación. El sujeto habitualmente se retira y abandona la lucha. Seguidamente aparecen síntomas depresivos, abatimiento,

fatiga y extenuación. En algunos casos pueden surgir enfermedades físicas. Si la respuesta de estrés no es excesivamente intensa puede ser que baste con que la persona tome un descanso mas o menos prolongado para recuperar fuerzas.

b) El modelo ABC y la respuesta de estrés

Hay dos aspectos fundamentales que se deben distinguir cuando hablamos de estrés: por un lado, las situaciones del entorno, que podríamos llamar “estresores”, que son en algunos casos amenazantes, por otro lado, está la reacción de la persona a esta situación. Esta reacción va a depender de la interpretación que se haga de la situación (Lazarus, 1993, en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Basados en esta afirmación, se puede utilizar el modelo ABC de Ellis (2001) en el que se distinguen tres factores, cuya interconexión permite explicar muchos acontecimientos cotidianos, donde los acontecimientos y nuestra conducta están mediados por las percepciones que tenemos de las situaciones. Para este caso, al referirnos al estrés o ansiedad que pueden generar ciertas situaciones, se puede recurrir a ejemplificarse de la siguiente manera:

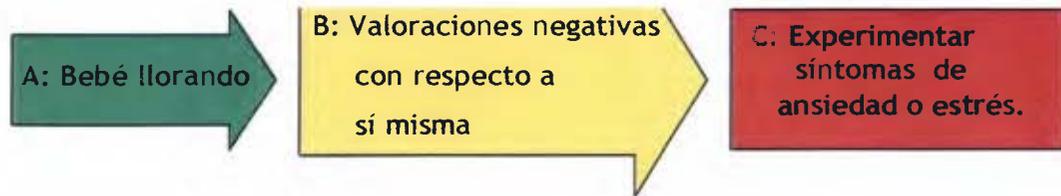
A: Acontecimiento activante. Ej.: El bebé está llorando.

B: Creencias: Ej.: “Algo malo está sucediendo y aunque lo reviso y cuido no sé qué es, por lo tanto: Estoy haciendo todo mal, No estoy cumpliendo bien mi rol de mamá y/o Soy una mala madre”

C: Consecuencias: Ej.: Sentirse preocupada, triste, frustrada y estresada por no “resolver” el problema.

Este ejemplo muestra claramente como A no lleva directamente a C (Bebé llorando = sentirse triste, estresada o preocupada) sino que están mediando las creencias de esta mamá con respecto a lo que puede estar sucediendo y con respecto a sus propias capacidades. Por ejemplo, si el bebé llora porque necesita que se le cambie el pañal, porque tiene hambre o algún dolor, dejaría de llorar en el momento en que esta necesidad se atiende. Si permanece llorando es quizás porque el llanto no responde a ninguno de estos motivos y puede ser que llore simplemente porque es su único medio de comunicación por el momento. Asimismo, y como se verá más adelante, esto puede responder también a la falta de horarios y de límites establecidos con la nueva criatura.

De manera general, se puede distinguir como estos tres factores están encadenados tal y como se muestra en el siguiente diagrama:



Donde B (Valoraciones negativas con respecto a sí misma/ Percepción propia de la situación) es una cuestión subjetiva que tiene una gran influencia en el hecho de experimentar o no síntomas ansiógenos (C). De esta manera es claro el papel mediador que cumplen nuestras creencias con respecto a las situaciones con que nos enfrentamos, de modo que si estas creencias o percepciones pueden llegarse a modificar podría existir otra posibilidad conductual.

Conocer esta conexión entre Acontecimiento - Creencia - Consecuencia (conductual o emocional) es de vital importancia ya que es el primer paso de poder modificar la situación. En el momento en que la participante logre hacer asociaciones, como el ejemplo anterior, de su experiencia, va a estar más anuente a reconocer la situación y por lo tanto va a tener más control de la misma.

2. Consideraciones previas

En este módulo se llevará a cabo el entrenamiento de relajación de dos tipos de técnicas. Existen para ambas aplicaciones un conjunto de consideraciones previas que deben tomarse en cuenta antes de iniciar el entrenamiento. Estas son condiciones ideales para llevar a cabo la relajación, sin embargo se sabe que no siempre pueden aplicarse todas ellas, pero de igual manera se recomienda tratar de mantener el mayor número de estas sugerencias para facilitar el entrenamiento. Basado en la propuesta de Olivares y Méndez (1998) se describen a continuación estas consideraciones:

- a) El entrenamiento debe llevarse a cabo en una habitación silenciosa, con luz tenue y temperatura agradable.
- b) Se recomienda utilizar un sillón o colchón en el que la persona pueda colocarse totalmente apoyado sobre él.
- c) El sujeto deberá vestir ropa cómoda y suelta. Antes de iniciar la sesión se recomienda que la persona se quite las gafas, lentes de contacto, relojes, o cualquier objeto que pueda producir estímulos extraños, así como para permitir la libertad de movimiento.
- d) Es importante evitar interrupciones (teléfono, timbre, visita de personas, entre otros) una vez iniciado el entrenamiento.

e) Para poner en práctica la relajación la persona puede adoptar diferentes posiciones:

- Postura idónea: Consiste en estar sentado cómodamente en un sillón que permita apoyar la cabeza con toda la espalda descansando sobre el respaldo. Los pies deben reposar sobre el suelo sin hacer ningún tipo de esfuerzo. Los brazos pueden estar apoyados sobre los muslos con las palmas hacia abajo o sobre los reposabrazos.
- Postura de tumbado: se lleva a cabo sobre una superficie que permita apoyar completamente todo el cuerpo, con la cabeza ligeramente elevada para que el cuello no permanezca tenso.
- Postura de Cochero: Consiste en estar sentado en una silla con el cuerpo un poco inclinado hacia adelante, con la cabeza sobre el pecho y los brazos apoyados sobre las piernas.

3. Entrenamiento en relajación progresiva

La relajación progresiva es una técnica que fue desarrollada por Jacobson originalmente en 1929. Esta técnica está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular. Con este fin se entrena al sujeto para que logre identificar los niveles de tensión muscular que experimenta en las distintas partes de su cuerpo por medio de ejercicios de tensión y relajación (Olivares y Méndez, 1998).

La relajación progresiva se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y, por tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad. (Davis, McKeyy y Eshelman, 1985. en Olivares y Méndez, 1998. pp 39).

Después de esta instrucción para el facilitador, este deberá proporcionar a la paciente una explicación apropiada y una justificación de los procedimientos que se van a seguir en el entrenamiento. La presentación se deberá adaptar a las necesidades y particularidades de cada una de las participantes (nivel intelectual, edad, entre otros).

El contenido básico de este encuadre incluirá una presentación y explicación de la técnica. Seguidamente, se describe cada uno de los ejercicios a la vez que el facilitador los va realizando para asegurarse de que sean comprendidos. A continuación se presenta el ejemplo de un encuadre de la primera sesión de

entrenamiento en relajación progresiva, el cual puede variar en forma según las capacidades de la cliente:

“El entrenamiento en relajación progresiva consiste básicamente en aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo mientras la atención se centra en las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación. Es decir, aprendemos a reconocer la tensión en cada parte del cuerpo y a relajarnos. Los mismos músculos que usted tensa deliberadamente son los que se tensan cuando se encuentra nervioso. Si aprende a relajarse y practica siguiendo estas indicaciones podrá conseguir relajarse en cualquier situación que le provoque malestar.

La relajación es una habilidad que podemos aprender igual que cualquier otra, como andar en bicicleta, nadar, etc. Así conseguir un mejor aprendizaje dependerá de la práctica que realicemos y de la calidad de ésta. Sin su cooperación activa y su práctica regular, estos procedimientos serán de poca utilidad.

El objetivo del entrenamiento en relajación progresiva es ayudarlo a aprender a reducir la tensión muscular en el cuerpo, siempre que quiera hacerlo. Para lograrlo le pediré que tense un grupo determinado de músculos, para después relajarlos. Tensar los músculos antes de relajarlos es como dar una salida hacia la relajación profunda a través del momento creado por la liberación de la tensión. Otro motivo para crear y distender la tensión es que le dará una buena oportunidad para centrar su atención y llegar a ser claramente consciente de como se siente realmente la tensión en cada uno de estos grupos durante la vida cotidiana. Este procedimiento también le permitirá comparar directamente la diferencia de sensaciones asociadas con la tensión y con la relajación.

Durante esta sesión vamos a tratar con dieciséis grupos de músculos que serán tensados y relajados. Según se vaya desarrollando su habilidad, este número será reducido significativamente.

Una vez que haya aprendido a relajarse podrá utilizarlo como un procedimiento de autocontrol ante cualquier situación que le provoque ansiedad, antes de enfrentarse a ella, durante la situación o incluso una vez que la ha superado si todavía siente malestar”(Bernstein y Bokovec, 1983. pp. 34-35).

Una vez hecho el encuadre se procede a llevar a cabo los ejercicios de tensión-distensión en los diferentes grupos musculares, los cuales tienen una duración aproximada de 30-45 segundos. Se darán las siguientes instrucciones que deberán ser adaptadas según el grupo muscular que se esté trabajando:

1. *Cuando yo le dé la señal va a tensar los músculos de su mano y antebrazo derecho, apretando su puño derecho con fuerza... ¡Ya!*
2. *Sienta los músculos de su mano y de su antebrazo derecho en tensión. Note la tensión en esos músculos que ahora están duros. Duración :5-10 segundos.*
3. *Bien, relaje esos músculos... ¡Ya!*
4. *Siga soltando los músculos mientras nota la diferencia: antes tensión, ahora relajación. Experimente las sensaciones agradables y concentre su atención en esta sensación de completa y profunda relajación. Usted está tranquila y relajada.*

A continuación se presenta una tabla propuesta por Méndez y Romero (1993) en Olivares y Méndez (1998) la cual presenta los grupos musculares del entrenamiento. Esta se presenta a continuación como una base específica para este entrenamiento, sin embargo no es necesario que el mismo se lleve a cabo con base en los 16 grupos musculares, esto porque puede presentarse la tarea más difícil de lo que es a la cliente y además porque pueden obtenerse resultados positivos si la relajación se desarrolla con base en los cuatro grupos principales, sin necesidad de mayor especificidad. Es entonces la propuesta, que se presenta a continuación, opcional y dependerá de las características del terapeuta que aplique el manual así como de la idiosincrasia de las mujeres con quienes se desarrolle el entrenamiento en relajación progresiva:

GUÍA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA

	Orden	Grupos musculares	Ejercicio de tensión
EXTREMIDADES SUPERIORES	1	Brazo y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
	2	Brazo dominante	Apretar codo dominante contra brazo del sillón
	3	Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante

	4	Brazo no dominante	Apretar codo no dominante contra brazo del sillón
CABEZA Y CUELLO	5	Frente	Levantar las cejas
	6	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
	7	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar
	8	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloje)
TRONCO	9	Hombros, pecho y espalda	Echar hacia atrás intentando que se toquen los omóplatos
	10	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él.
EXTREMIDADES INFERIORES	11	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón
	12	Pierna dominante	Doblar pierna dominante hacia arriba
	13	Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia adentro y curvar el pie
	14	Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón
	15	Pierna no dominante	Doblar pierna no dominante hacia arriba
	16	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia adentro y curvar el pie
Fuente: Olivares y Méndez, 1998			

a) Retroalimentación con respecto a las sensaciones experimentadas y capacidad de dominio sobre la técnica

Después de llevar a cabo la relajación se busca conocer cómo experimentó la participante estas sensaciones, así como el dominio que tuvo respecto a las instrucciones recibidas y su propio desempeño. Para esto el facilitador puede hacer preguntas que motiven al diálogo en este sentido, tales como:

- a) ¿Cómo se siente?
- b) ¿Siente alguna diferencia en su estado físico y/o emocional antes y después de haber practicado la relajación? Explíqueme.

- d) ¿Siente que las instrucciones que le dí fueron suficientemente claras?
- e) ¿Hay alguna variación que usted haría a la técnica para hacerla más fácil o más cómoda para usted?

Se pueden llevar a cabo intervenciones de tipo variado ya sea por parte del facilitador o de la participante, siempre y cuando se busque una retroalimentación con respecto a la experiencia del entrenamiento en la relajación.

4. Entrenamiento en relajación por imaginiería

La relajación por imaginiería se caracteriza por ser una técnica en la que se alcanza un estado de relajación con base en la capacidad de imaginación y desarrollo de estos detalles. Se busca en esta técnica que las diversas sensaciones y emociones que frecuentemente aparecen durante el proceso de relajación puedan actuar como facilitadoras o inhibidoras de la respuesta de relajación.

Parte importante de esta técnica viene a ser el imaginar un “Lugar Ideal o de Placer”. Es importante darle a conocer a la paciente estas indicaciones Este lugar debe proporcionar un estado de paz, de tranquilidad. Muchos eligen la playa, el campo, un bosque, las montañas, un paisaje submarino o uno lunar, silencioso. Pero también puede ser el propio dormitorio o algún rincón especial de la casa. Lo único que es realmente importante es que este sea un lugar relajante y placentero para la persona.

Es importante que tanto el terapeuta como la participante tomen en cuenta ciertos criterios que pueden facilitar la práctica de este tipo de relajación, tales como (Ilespana, 2004):

- a) Leer la relajación una vez para familiarizarte con ella.
- b) Las pausas de unos 5 segundos están señaladas con (.....).
- c) Se puede seleccionar una música de fondo que ayude a la concentración y relajación.
- d) Al momento de ser practicado fuera de terapia por parte de la paciente es bueno que se determine un hora para la relajación, por ejemplo, veinte minutos antes de cenar.
- e) Pedir a los miembros de la familia que respeten este tiempo.
- f) Es posible que las primeras veces la persona se quede dormida. Esto es un posible indicador de la necesidad que tiene el organismo de relajarse. Con el tiempo es más fácil que esto deje de suceder.

a) Guía de relajación

A continuación se muestra una guía de relajación por imaginación que el terapeuta puede utilizar leyéndola a la participante o grabándola en una cinta de cassette. Puede hacerle modificaciones si así lo considera necesario.

Ya estás en tu posición preferida para comenzar a relajarte. (.....) Es este un momento muy importante para ti. Vas a tomarte unos segundos para ponerte en contacto con todos los ruidos tanto del exterior (*como los que provienen del cassette*). (.....)(.....)(.....) Ahora vas a conectarte con tu cuerpo y te vas a recomodar hasta que tu posición se haga más confortable. (.....)

Cierra los ojos y toma una inspiración profunda. (.....) Retén el aire unos cinco segundos dos... tres... cuatro... cinco... Abre los ojos y suelta el aire lentamente mientras te dices para tus adentros "Estoy con disposición para relajarme. (.....) Haz otra inspiración profunda. (.....) retén el aire. (.....) Suéltalo lentamente mientras te dices "Relajado". (.....) Haz una tercera inspiración profunda (.....), retén el aire (.....) y suéltalo lentamente mientras vas sintiendo que tu brazo derecho se está poniendo pesado (.....) pesado (.....) pesado. Ahora vas a respirar normalmente mientras te concentras en tu brazo derecho que se está poniendo cada vez más pesado (.....) pesado (.....) pesado. Quizás tengas una sensación de pesadez o de liviandad, de calor o de frío o de cosquilleo. Cualquier sensación que tengas es una señal muy tuya que te está indicando que ya estás entrando en tu nivel de relajación. (.....) Ahora te vas a ir concentrando en tu brazo izquierdo al que lo vas a ir sintiendo pesado (.....) pesado (.....) pesado (.....) cada vez más pesado. (.....) flojo (.....) pesado (.....). Concéntrate en este único pensamiento: que tu brazo izquierdo está cada vez más pesado (.....) pesado. (.....) Ya has comenzado a entrar en un estado de calma. (.....) Te vas a ir dando cuenta de que ambos brazos están pesados. (.....) pesados.

Ahora te concentrarás en tu pierna izquierda a la que vas a ir sintiendo cada vez más pesada (.....) pesada. Toda la pierna, desde la articulación de la cadera hasta la punta del dedo gordo está cada vez más pesada. (.....) Y a medida que se va poniendo pesada vas sintiendo una mayor sensación de calma, una creciente sensación de bienestar. (.....) Ahora te concentrarás en tu pierna derecha a la que vas a ir sintiendo pesada. (.....) cada vez más pesada. (.....) Toda la pierna derecha, desde la articulación de la cadera hasta la punta del dedo gordo, está cada vez más pesada (.....) pesada. Y a medida que aumenta la sensación de pesadez de todo tu cuerpo, aumenta la sensación de calma y bienestar. (.....) Te lo mereces.

A medida que tus brazos y piernas se hacen más pesados y más flojos se van a ir liberando todas las tensiones físicas y mentales. (.....) Todas las preocupaciones están siendo dejadas de lado por lo menos durante este ratito de paz. (.....) Observa que estas preocupaciones tienden a aparecer y a querer atraparte ya sea en forma de pensamientos autotorturante o como imágenes catastróficas. Date cuenta de esto y no hagas nada para eliminarlas, sólo obsérvalas y déjalas pasar sin hacer ningún esfuerzo mental. (.....) Toma conciencia de que, cada vez, se te hace más fácil lograr la respuesta de relajación. (.....)

Ahora te vas a concentrar en los músculos del abdomen. A medida que los vayas liberando los irás sintiendo cada vez más flojos, más relajados. (.....) Repítete mentalmente que tu abdomen está relajado (.....) flojo (.....) sin tensiones. (.....) Concéntrate en los músculos de tu pecho, liberándolos, abandonándolos. (.....) Imagínate los músculos que rodean tus pulmones y aflójalos. (.....) Repite mentalmente "A medida que voy relajando (.....) los músculos del pecho (.....) y de los pulmones (.....) me voy liberando de tensiones (.....) y me voy sintiendo en paz (.....) y más integrada conmigo.

Ahora vas a ir tomando conciencia de los músculos del cuello (.....) y vas a ir permitiendo que comiencen a relajarse. (.....) Concéntrate en ellos y permíteles que se liberen de cualquier tensión que tengan. (.....) Todos los músculos de tu cuello, los que rodean las vértebras cervicales, se están relajando completamente (.....) Siente cómo se están relajando los músculos de tu rostro. Quizás sientas una sensación de calor, de cosquilleo o una vibración. (.....) Permite que tus mandíbulas se aflojen, separa levemente los dientes y deja que tu lengua flote libremente dentro de tu boca como una ramita flota en una laguna. (.....) Al sentir todo esto estás penetrando más y más en niveles (.....) más saludables, (.....) más profundos.

Irás notando, en este punto, que desde la piel que recubre tu cráneo hasta los dedos de los pies, te vas sintiendo cada vez más y más relajado. (.....) Todas las partes de tu cuerpo están relajadas y te estás sintiendo muy a gusto. (.....) Los sonidos del medio ambiente van perdiendo significado y tus imágenes catastróficas, si las tenías, han ido perdiendo fuerza. (.....) Lo único que puede sacarte de este estado de tanta calma es una llamada de emergencia o alguna manifestación de peligro del medio ambiente. Si esto llegara a ocurrir te incorporarás de inmediato sintiéndote alerta y eficaz para resolver la situación. (.....)

Ahora vas a profundizar este estado de relajación para hacerlo aún más saludable. Vas a ir contando hacia atrás del 10 al 1. A medida que vayas descendiendo te vas a ir sintiendo cada vez más y más relajado. (.....) 10 (.....) 9 (.....) 8 (.....) Vas penetrando en un estado de mayor relajación (.....) 7 (.....) 6 (.....) 5 (.....) Más y más relajado (.....) 4 (.....) 3 (.....) 2 (.....) 1 (.....).

En este punto te pido que trates de abrir muy pero muy lentamente los ojos (.....) y los vuelvas a cerrar (.....) Ya te habrás dado cuenta que el abrir y cerrar los ojos te demanda un esfuerzo que es el mínimo esfuerzo que puedes imaginar. Sin embargo, en el estado de relajación en el que te encuentras, este mínimo esfuerzo te deberá parecer excesivo. (.....)

Ahora, vas a ir, por espacio de un minuto, a tu lugar ideal de placer. Vas a elegir el lugar para hoy, sabiendo que puedes cambiarlo según tu disposición de ánimo. (.....) Voy a contar de 5 a 1 y al llegar a 1 te encontrarás en tu lugar de placer. (.....) 5 (.....) 4 (.....) 3 (.....) 2 (.....) 1 (.....)

Ya te encuentras en tu Lugar Ideal de Descanso. Voy a hacer una pausa de 30 segundos. Cuando vuelvas a oír mi voz no te vas a sorprender. Disfrútalo bien.

(PAUSA DE UN MINUTO. EN ESTE CASO, CONVIENE QUE LA CINTA VIRGEN CORRA SIN SONIDOS PARA FAVORECER EL EJERCICIO DE IMAGINERÍA)

Manteniéndote en ese Lugar de Descanso, vas a escuchar algunas frases positivas para alcanzar, en el futuro, la respuesta de relajación más rápidamente y aumentar tu sensación de bienestar. (.....) Todas las verbalizaciones que puedas darte en este estado de relajación (.....) tendrán un efecto benéfico y liberador (.....) y funcionarán como ayudantes internos (.....) para que puedas incrementar el nivel de autoconciencia (.....) autocrítica (.....) y deseo de cambio (.....) para que puedas crecer más allá. Cuanto más practiques estos ejercicios de relajación (.....) más rápidamente te relajarás en el futuro (.....) y en cualquier situación en que te encuentres (.....) para hacer desaparecer tus imágenes visuales catastróficas, (.....) reducir el nivel de actividad compulsiva y (.....) bajar la ansiedad bloqueadora (.....) facilitando el pensamiento reflexivo, (.....) la creatividad (.....) y la autoprotección. (.....) La relajación se está convirtiendo en un hábito saludable (.....) en todo momento (.....) y estés con quién estés. Progresivamente (.....) te vas sintiendo más integrado (.....) más en contacto con tus deseos auténticos (.....) discriminando fácilmente tus sensaciones y emociones (.....) (.....)

Ahora vas a ir saliendo de este estado de relajación. Lo deberás hacer lentamente.(.....) En primer lugar vas a despedirte de tu lugar de descanso sabiendo que puedes regresar a él tantas veces como lo necesites. (.....) Voy a comenzar a contar de 1 a 5. Al llegar a 3 vas a despezarte como si salieras de un sueño profundo y al llegar a cinco y sólo entonces, vas a abrir los ojos, te pondrás en contacto con tu medio ambiente, permanecerás un minuto en esa posición y te levantarás sin brusquedades (.....).

Comienzo a contar: 1 (.....) 2 (.....) 3 (.....) empieza a despezarte, estira bien los brazos, bosteza (.....) 4 (.....) 5 (.....) empieza a abrir los ojos lentamente, como si estuvieras abriendo una pesada cortina de enrollar (.....)

Ponte en contacto con tu entorno y luego de un minuto levántate y vive tu vida (Ilespana, 2004).

b) Retroalimentación con respecto a las sensaciones experimentadas y capacidad de dominio sobre la técnica

Después de llevar a cabo la relajación se busca conocer cómo experimentó la participante estas sensaciones, así como el dominio que sintió tener con respecto a las instrucciones recibidas y su propio desempeño. Para esto el facilitador puede hacer preguntas que motiven al diálogo en este sentido, tales como:

- a) ¿Cómo se siente?
- b) ¿Siente alguna diferencia en su estado físico y/o emocional antes y después de haber practicado la relajación? Explíqueme.
- c) ¿Siente que las instrucciones que le dí fueron suficientemente claras?
- d) ¿Hay alguna variación que usted haría a la técnica para hacerla más fácil o más cómoda para usted?

Se pueden llevar a cabo intervenciones de tipo variado ya sea por parte del facilitador o de la participante, siempre y cuando se busque una retroalimentación con respecto a la experiencia del entrenamiento en la relajación.

B. Elaboración de Autoregistros

Después del entrenamiento en las técnicas de relajación es recomendable indagar si la paciente se siente más identificada con algún tipo específico de relajación. Si es así se puede mantener la práctica de la técnica predilecta. De lo contrario se puede llevar a cabo una combinación de ambas técnicas.

Una vez establecida esta posible diferencia se indicará a la paciente la importancia de llevar a cabo alguna de estas técnicas al menos dos veces al día, al punto que se incorpore como una actividad de su vida cotidiana.

Con esta intervención se busca facilitar una mayor autodisciplina con respecto a la práctica de la relajación, así como una retroalimentación constante a nivel de frecuencia, pero sobretodo de sensaciones.

Seguidamente se plantea la utilización de autorregistros para acceder a resultados más consistentes. Se debe explicar a la participante que los autorregistros son técnicas de autocontrol que permiten la observación y el registro sistemático de la propia conducta y es un instrumento consistente con el principio del cliente como colaborador y agente de cambio. A lo largo de este manual se utilizarán diferentes autorregistros diseñados para evaluar antecedentes situacionales, consecuencias y efectos entre las diferentes relaciones (Rehm, 1998).

Para la elaboración de este autorregistros se plantea el uso de dos instrumentos:

1. Cinta de grabación:

Utilización de una cinta de grabación que contenga las instrucciones de ambos tipos de técnicas de relajación. Esta cinta deberá utilizarse por la paciente dos veces al día, una vez en la mañana y una en la noche, tratando que las condiciones ambientales sean apropiadas.

2. Cuadros de autoregistro:

El cuadro de autoregistro a utilizar se muestra al final de este apartado y el trabajo con este instrumento debe de abarcar los siguientes puntos:

1. Explicación del uso de los cuadros de autoregistro:

- a) Explicación general acerca de la utilidad del autoregistro en el proceso terapéutico: Se debe dar a conocer a la cliente la función de este instrumento como un facilitador para el proceso de disciplina con respecto a la práctica de la relajación. Asimismo, tiene un efecto reactivo en el que los efectos se logran evidenciar con mayor claridad a la hora de registrarlos, siendo esta acción un medio que nos obliga a constatar y reconocer las sensaciones experimentadas.
- b) Descripción general de la composición física del cuadro: En este punto se explica qué información se debe poner en cada una de las casillas. Para este cuadro la estructura es bastante sencilla y se basa prácticamente en el registro de las prácticas de relajación según el día de la semana. Cada día tiene dos subdivisiones para las dos relajaciones que se recomiendan de manera

diaria. Para cada práctica se debe señalar la hora en que se llevó a cabo la actividad, el lugar y las sensaciones experimentadas antes y después de la relajación.

- c) Retroalimentación: evacuar dudas y atender sugerencias o adaptaciones de la cliente.

2. Dar la instrucción general de utilización del autoregistro:

Se busca que a lo largo de intervención terapéutica la paciente lleve a cabo el autoregistro de las prácticas de relajación que se hacen fuera del espacio terapéutico, enfocado principalmente en dos aspectos:

- i. La frecuencia de las prácticas de relajación.
- ii. Las sensaciones experimentadas.

3. Muestra del cuadro de Registro: A continuación se muestra el cuadro de autoregistro que se propone para los fines expuestos arriba. Esta muestra podría ser modificada, si fuera el caso, según las necesidades de la paciente.

CUADRO #1: AUTOREGISTRO DE FRECUENCIA Y SENSACIONES ASOCIADAS A LA RELAJACIÓN
(Anexo #5)

LUNES	am			
MARTES	am			
MIÉRCOLES	am			
JUEVES	am			

VIERNES	am			
SABADO	am			
DOMINGO	am			

II MÓDULO: CONOCIENDO LA DEPRESIÓN PARA COMBATIRLA
(ESPECÍFICO PARA LOS CASOS EN LOS QUE PREVALECEEN SÍNTOMAS DEPRESIVOS)

SEMANAS 2 y 3

Objetivos:

- Conocer los síntomas depresivos para lograr su identificación en la experiencia personal.
- Identificar la relación entre cogniciones y síntomas para detener los Círculos Viciosos.

A. Psicoeducación a nivel general con respecto a la depresión

Los síntomas depresivos pueden confundirse con algunos conceptos populares relacionados a estados de tristeza. El conocer y clarificar las posibles manifestaciones de un trastorno depresivo pueden ayudar a la participante a controlar un poco más su situación a partir de la adecuada clasificación de su experiencia. Por esta razón y con el fin de poder aclarar este concepto es que se procede, a continuación, a dar una educación en este campo a la participante.

1. Diferenciación general de estados de tristeza y de los trastornos depresivos.

En esta fase se pretende dar a la paciente una descripción general acerca de los síntomas implicados en la depresión con el fin de que ella pueda identificar en sí misma la dimensión en que los experimenta. El terapeuta deberá guiar este proceso y exponer la información de una manera didáctica, lo más sencilla posible y basada en la descripción que hace Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986) que se explica a continuación bajo la descripción de “2 Pasos” propuestos para el presente manual:

a) 1er Paso: “Estar triste no significa estar deprimido”

En algún momento de la vida todos hemos experimentado tristeza lo cual no significa que estemos deprimidos. La depresión en sí misma se caracteriza por:

1. Ser más intensa.
2. Dura un periodo de tiempo mayor, dos semana consecutivas (DSM IV-TR, 2000).

3. Interfiere significativamente en la efectividad del funcionamiento personal día a día.

Asimismo, es importante poder identificar que hay situaciones que tienden a relacionarse o confundirse con la depresión, pero que en realidad no lo son, tales como:

1. Estar deprimido no es ser una persona anormal o “loca”. Se podría hablar de que alrededor de un 10% a un 20% de la población occidental experimenta en algún momento de su vida una depresión, por la cuál debe recibir ayuda psicológica.
2. La depresión no es solamente un sentimiento de tristeza, en algunos casos las personas también experimentan sentimientos de ansiedad y de estrés, que aunque no predominan, están presentes dificultando el buen estado de ánimo de la persona.

b) 2do Paso: El Síndrome Depresivo

Un síndrome es una colectividad de eventos, comportamientos y sentimientos que puede que se manifiesten en conjunto. Es importante reconocer que hay diferencias individuales con respecto a cómo estos sentimientos o comportamientos se experimentan.

A continuación se da una explicación general, basada en Lewinsohn y colaboradores (1986) con respecto a los principales síntomas que caracterizan este síndrome:

***Nota para el usuario:** Conforme se comentan los diferentes síntomas es necesario que el terapeuta revise con la cliente cada una de estas manifestaciones del estado de ánimo en su vivencia personal (la de la cliente). Es decir, que se identifiquen cuales de estos síntomas son experimentados por ella, de que manera interfieren en su vida, así como la aclaración de cualquier término que no quede claro. De esta información debe tomarse nota y elaborar una lista de síntomas presentes en la paciente, esto con el fin de que al final de proceso se logre tener información de la línea base (estado emocional antes de que se aplique el tratamiento) y comparar esta con los resultados y metas alcanzadas por la paciente al final del proceso de intervención.*

- **Disforia:** Se refiere a un sentimiento de insatisfacción, de “sentirse mal”. Es el opuesto a euforia (que significa sentirse “muy feliz”). Este síntoma es el más común de la depresión. Quienes se sienten deprimidos por lo general se describen a sí mismos como tristes o desesperanzados la mayoría del tiempo.

Sienten que sus vidas son insignificantes y son muy pesimistas con respecto al futuro. La expresión de estos síntomas varía de acuerdo a quien lo experimenta. Algunas personas se muestran tristes la mayoría del tiempo y lloran con facilidad y frecuencia, otros tratan de mostrarse un poco más fuertes pero puede ser que esta apariencia solo trate de solapar los sentimientos de tristeza que hay en el fondo.

- Bajo nivel de actividad: Cuando una persona esta deprimida suele ser considerablemente menos activa que una persona que no está deprimida. Algunas veces el día típico de una persona deprimida consiste en sentarse y no hacer nada o llevar a cabo actividades pasivas y solitarias tales como ver televisión, comer o dormir. Ir al trabajo o responsabilizarse de sus tareas cotidianas parecen requerir de un sobre esfuerzo por parte de la persona deprimida. Asimismo, no se siente motivada a llevar a cabo pasatiempos o actividades que antes le eran placenteras o satisfactorias, este tipo actividades le dejan de llamar la atención y para llevarlas a cabo siente que tiene que esforzarse muchísimo.
- Problemas interactuando con otras personas: Muchas personas deprimidas se muestran preocupadas por su relaciones interpersonales, estas se ven afectadas de diferentes maneras. Algunas personas se sienten infelices e insatisfechos con sus relaciones familiares (esposo, padres o hijos) o con cualquier otra relación cercana. Algunos se sienten muy inconformes, tímidos o ansiosos cuando ellos están con otras personas, especialmente en grupo. Otras personas tienen dificultades llevando a cabo cierto tipo de interacciones, especialmente aquellas en las necesitamos ser más asertivos (por ejemplo decir “no” a demandas irracionales o cuando necesitamos ser honestos con respecto a sentimientos). Finalmente, algunas personas que experimentan síntomas depresivos se sienten solas y poco queridas, pero al mismo tiempo algunas de ellas no están aportando para compartir con los demás aunque tengan oportunidades.
- Sentimientos de inutilidad e inadecuación: Las personas que experimentan una depresión frecuentemente se describen a ellos mismos como inútiles, especialmente en aquellas áreas que parecen ser de especial importancia en sus vidas (por ejemplo, en la vida familiar, con respecto a intereses intelectuales y al desempeño laboral). Algunas veces esos sentimientos de inadecuación

parecen ser injustificados para las demás personas que no ven el problema de la misma manera que los ve quien experimenta la depresión.

- Culpabilidad: Algunas personas que experimentan depresión se sienten culpables y piensan que deben ser castigados por vivir estos “malos sentimientos”. Otros se sienten culpables por su inutilidad -real o imaginaria- para asumir responsabilidades en su vida familiar o trabajos. Algunos se sienten como un obstáculo o una carga para los demás, por lo que se culpan constantemente de estar deprimidos y por fallar a las necesidades y expectativas de los otros.
- Sentirse cargado: Algunas personas no se sienten responsables de su propia depresión y más bien culpan al estrés que experimentan y a causas externas. Estas personas típicamente se quejan de que los demás les hacen demandas excesivas. Por ejemplo, una mujer que cree que las demandas que su esposo e hijos le hacen son la razón de la depresión y considera que si estas demandas no se dan más su depresión va a desaparecer.
- Problemas de concentración: Comúnmente la persona que experimenta una depresión manifiesta tener problemas para concentrarse cuando está en el trabajo, cuando leen un libro y hasta para seguir la trama de una película. Estas personas reportan que su pensamiento parece haberse vuelto más lento y que su capacidad de resolver problemas no es tan eficiente como solía serlo antes. Algunas veces este tipo de problemas se hace más notorio cuando la persona debe tomar una decisión, lo que antes le era fácil de escoger o decidir, en la depresión se convierte en toda una dificultad y hasta un problema.
- Problemas Físicos: Un problema común en la depresión es que la persona se sienta *sin energías* sin explicación alguna. La persona que experimenta depresión frecuentemente se queja de sentirse letárgico y fatigado, no solamente por un día o dos, sino por un largo periodo.
- Trastornos del Sueño: en algunos casos hay dificultades para poder quedarse dormido al acostarse, en otros casos el sueño es poco reconfortante y la persona se despierta continuamente durante la noche. Otras personas se despiertan muy temprano y les cuesta mucho conciliar el sueño. Por el contrario, en otros casos las personas duermen por periodos muy largos que parecen ser excesivos al tiempo que en realidad requieren dormir.

- Trastornos Alimenticios: entre ellos es frecuente que la persona sienta una pérdida de apetito y reportan que ellos ya no disfrutaban sus alimentos como lo hacían antes. A raíz de esto puede que se dé una pérdida de peso, aún cuando la persona no está buscando bajar de peso. Por otra parte, también puede ser que la persona que está deprimida reporte que come más, especialmente entre comidas, produciendo esto un aumento de peso en la persona aunque ella no lo busque.

Otro de los problemas físicos más comunes producto de la depresión es el incremento de *dolores* de cabeza, dolores de estómago y dificultades intestinales. Asimismo, se da un reporte acerca de la *disminución del interés sexual*.

Es importante saber que estos síntomas son característicos del Síndrome depresivo de las personas como un grupo, sin embargo típicamente la persona que experimenta una depresión no presenta todos los síntomas todo el tiempo, puede que se presenten unos pocos y de manera aislada.

2. Explicación del “Círculo vicioso” de Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986)

En este apartado se pretende que la mujer implicada en el proceso terapéutico logre identificar y entender la manera en que sus pensamientos, acciones y sentimientos se ven conectados para conformar un modo de actuar predominante y por consiguiente un estado emocional, que para este caso sería la depresión.

También se da la utilización de “3 Pasos” ideados para este manual los cuales deben de ser expuestos por el terapeuta y complementados por la opinión, aclaración de dudas y experiencias personales de la paciente, con el fin de enriquecer la apropiación de los conceptos a su propia realidad. Los contenidos teóricos de estos “3 Pasos” se basan en la propuesta de Lewinsohn y colaboradores (1986).

Nota para el usuario: Al igual que en el apartado anterior se busca que la paciente ejemplifique cada concepto según como ella experimente su realidad. De todo lo que se reporte debe tomarse nota.

a) 1er Paso: Influencias conductuales

Nuestra conducta tiene tres principales influencias que varían en contenido de una persona a otra, pero que de manera general se pueden identificar en:

- Antecedentes: Se refiere a las situaciones o eventos que han ocurrido inmediatamente antes de que se dé la conducta. Hay situaciones en que nos

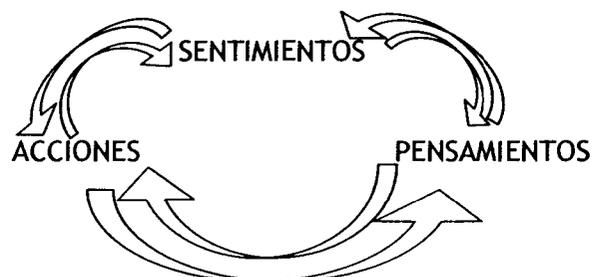
vemos más o menos expuestos a experimentar y a actuar de manera depresiva, como cuando visitamos un cementerio, por ejemplo. Asimismo, las situaciones sociales pueden actuar como un antecedente, por ejemplo cuando estamos en el trabajo con nuestro jefe actuamos de manera más seria y cuando estamos en una fiesta con amigos nos comportamos de manera más informal.

Los lugares, las personas y hasta la hora del día pueden influenciar acerca de como las personas piensan, actúan y sienten.

- **Consecuencias:** Se refiere a eventos que se dan inmediatamente después de la conducta. Pueden ser positivos, negativos o neutrales. Las consecuencias positivas, o reforzantes, aumentan la probabilidad de que repitamos esa conducta, las consecuencias negativas, a veces llamadas castigos, disminuyen la probabilidad de que emitamos la conducta. De la manera que pensamos acerca de nuestras conductas y pensamientos que acompañan la depresión, pensamos sobre el “pago” o lo que recibimos a cambio como una consecuencia de comportarnos de una manera depresiva.
- **Factores Cognitivos:** Nuestras expectativas, creencias, atribuciones, imaginación y otros pensamientos pueden influenciar de una manera importante nuestras actividades y sentimientos. Los pensamientos que tenemos acerca de las situaciones pueden funcionar como antecedentes y en este sentido pueden preparar la escena para que nos sintamos deprimidos o felices. También pueden funcionar como una consecuencia en la medida en que los usemos como un castigo o un reforzador.

b) 2do Paso: Conexión entre Pensamientos, Acciones y Sentimientos

En la depresión se ha encontrado que las tres funciones más importantes del ser humano están interconectadas y existe entre ellas una continua influencia. Estas funciones son: la capacidad de pensar, la capacidad de actuar y la capacidad de sentir.



Nota para el usuario: en este apartado es necesario que el terapeuta busque que la participante ejemplifique cada una de las posibilidades con casos de su realidad. Asimismo, es necesario que se ilustre la relación de influencia entre las variables utilizando un sencillo diagrama que propone Lewingsohn y colaboradores (1986) que se presenta a continuación:

- Los sentimientos influncian a las acciones o conductas: Cuando hablamos de depresión, nos centramos principalmente en como nos sentimos. La mayoría de las personas que se han sentido deprimidas puede que se den cuenta como sus sentimientos de depresión influncian sus actividades. Muy posiblemente se vean llevando a cabo muchas menos actividades que antes y la razón que comúnmente dan es “no me siento con ganas de hacer nada”.
- Los sentimientos influncian los a los pensamientos: Otra cosa que las personas que experimentan depresión reportan es una gran dificultad para pensar positivamente. Para estas personas es muy difícil pensar de manera positiva acerca de ellos mismos o de las cosas que podrían disfrutar. Por su parte, les es muy fácil pensar negativamente y sienten que no pueden dejar de pensar de esta manera con respecto al trabajo que deben llevar a cabo, sus responsabilidades, acerca del pasado, los problemas actuales y las posibles tragedias que pudieran surgir.
- Las acciones o conductas influncian a los sentimientos: Si una persona se sienta en una habitación vacía por varios días sin nada que hacer empezará a sentirse aburrida y posiblemente, después experimente enojo o depresión. Otro ejemplo de las conductas que nos provocan experimentar ciertos sentimientos puede ser el hecho de que golpear un objeto nos haga sentir enojados.
Existe evidencia de que ciertas conductas corporales así como expresiones faciales están asociadas con que experimentemos sentimientos determinados. A nivel de los procesos biológicos internos, estas conductas (corporales o faciales) también mantienen una conexión que facilita la ocurrencia de estos sentimientos.
- Los pensamientos influncian a los sentimientos: Si pensamos en un momento vergonzoso, triste o feliz de nuestra vida es posible que volvamos a experimentar los sentimientos relacionados a estas situaciones y aunque no las estemos viviendo en el presente, el pensamiento por sí mismo es capaz de producir los sentimientos y reacciones fisiológicas asociadas a estos sentimientos.
En este sentido, se busca ilustrar la importancia y poder que tienen nuestros pensamientos ya que en muchas ocasiones no es lo que ocurre en nuestras vidas lo

que específicamente influencia nuestros sentimientos o la depresión que experimentamos, sino, más bien lo que pensamos acerca de estas situaciones en el momento que las enfrentamos.

- Las acciones o conductas influyen a los pensamientos: Existe una alta probabilidad de que el emitir ciertas conductas facilite que pensemos (o recordemos) situaciones o sentimientos asociados. Por ejemplo, si empezamos a golpear seguidamente una almohada posiblemente empezemos a experimentar cierto enojo y a pensar en situaciones que nos provocan este enojo.
- Los pensamientos influyen a las acciones o conductas: Esto es muy claro de ejemplificar y lo vemos representado en lo que hacemos todos los días. Por lo general, pensamos lo que vamos a hacer y esto nos lleva a planear el orden de las acciones que vamos a ir ejecutando. Por ejemplo, si sabemos que tenemos que estar a las 8:00am en el trabajo, nos programamos para levantarnos, bañarnos y alistarnos a horas determinadas para estar a tiempo. Si sabemos que el carro tiene poca gasolina nos programamos para pasar a una gasolinera antes de quedarnos varados.

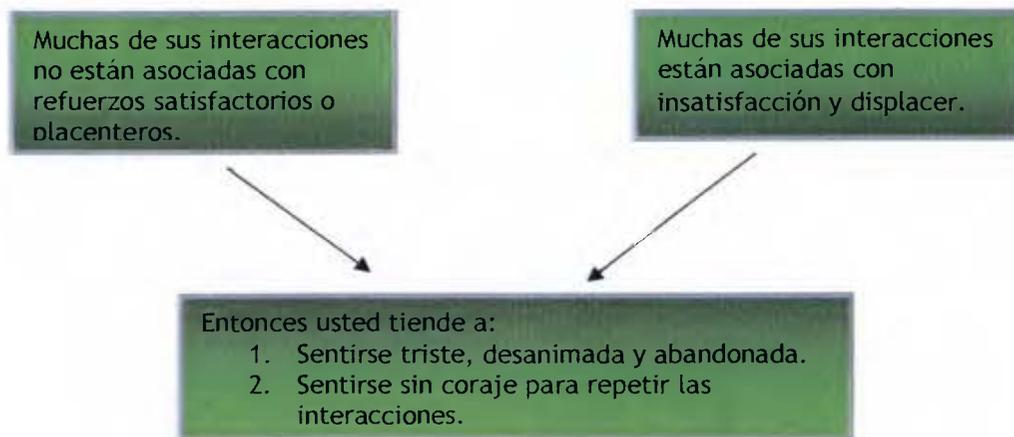
c) 3er Paso: Círculos Viciosos

Un círculo vicioso se refiere a una serie de actividades y/o actitudes que nos encierran en una situación disfuncional para nuestro desarrollo y nuestra salud física o mental.

La base de los círculos viciosos en la depresión esta relacionada con el tipo de interacciones que tenemos. Nuestra interacción con el medio es continua y de esta recibimos intercambios que pueden ser de tres tipos:

- Positivos: recibimos algo satisfactorio o algo que nos hace sentir bien.
- Neutrales: se refiere a que nos es indiferente lo que experimentamos en el momento de la interacción.
- Negativos: se refiere a que lo que recibimos de la interacción nos hace sentir mal e insatisfechos.

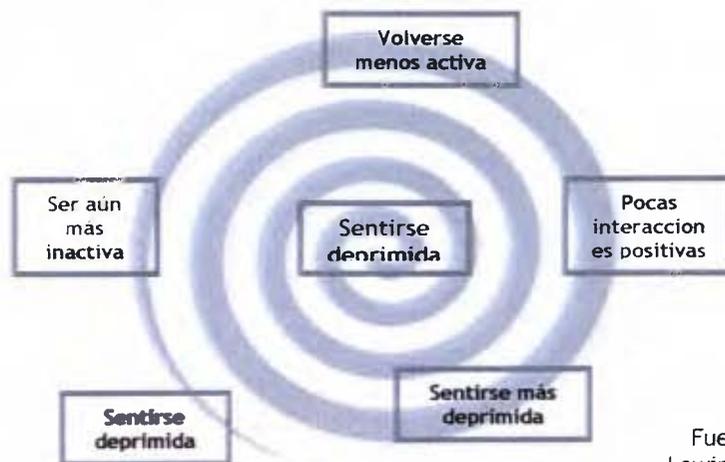
De esta manera, podemos decir que el estar recibiendo refuerzos de interacciones positivas nos mantiene motivados. Sin embargo, cuando estas interacciones son únicamente negativas empezamos a sentirnos deprimidos e insatisfechos. Esta ruta a la depresión puede resumirse por medio del siguiente diagrama propuesto por Lewinsohn y colaboradores (1986):



Entonces, podemos entender que sin un balance razonable entre las interacciones positivas y negativas y especialmente cuando las segundas predominan, hay una alta probabilidad de que se experimenten síntomas depresivos.

Específicamente, el círculo vicioso que se produce en la depresión se basa en lo que anteriormente se ha explicado: si tenemos pocas interacciones positivas nos sentimos deprimidos, entre más deprimidos estamos nos sentimos menos motivados a comprometernos a realizar actividades que podrían procurarnos interacciones positivas, de esta manera, nos sentimos más deprimidos y esto causa que nos volvamos menos activos. Este tipo de comportamiento continúa como un ciclo haciendo que estemos cada vez más deprimidos y menos activos.

A continuación se explica el posible orden en que este círculo vicioso se manifiesta en la depresión, como se ha dicho ya, en este estado es muy fácil que caigamos y mantengamos círculos viciosos.



Fuente:
Lewinsohn y
col. (1986).

Los círculos viciosos negativos pueden ser reversibles en la medida en que tratemos de aumentar nuestros contactos con actividades que nos son placenteras, o que lo fueron antes de que experimentáramos la depresión. En la medida en que tengamos un mayor acceso a estas interacciones positivas nos sentiremos más motivados a mantener estas actividades, así como buscar nuevos espacios en que podamos interactuar positivamente.

a. Cuadro de Autorregistro

Después de llevar a cabo la explicación de los Círculos Viciosos es necesario que la persona pueda identificar actividades placenteras para ella, de fácil acceso y con las que pueda iniciar a combatir el círculo vicioso que experimenta. Se deben seguir las siguientes instrucciones para llevar a cabo este proceso:

1. Solicitar a la mujer que experimenta síntomas depresivos hacer una lista de 10 actividades que le eran placenteras antes de que su estado de ánimo se hubiera perjudicado, o actividades que le gustaría hacer.
2. Con cada una de estas actividades la participante debe exponer como considera ella que su comportamiento dentro del “Círculo Vicioso Negativo” podría empezar a modificarse de una manera más adaptativa y placentera para ella.
3. Con respecto a la información anterior la participante deberá llevar a cabo un registro el resto de la intervención, en el que deberá comprometerse con llevar a cabo al menos una actividad placentera por día así como describir cómo ella se sintió al llevar a cabo este tipo de interacción. En las siguientes sesiones el terapeuta deberá retomar en cada una de ellas los registros elaborados a la vez que se deben comentar los resultados que se van teniendo hasta el momento. El formato del autoregistro se muestra a continuación:

CUADRO #2: AUTOREGISTRO DE INTERACCIONES POSITIVAS (Anexo #6)		
DÍA DE LA SEMANA	ACTIVIDAD	¿CÓMO ME SENTÍ?
Lunes		

Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

En las casillas de “Actividad” y “¿Cómo me sentí?” se hace una subdivisión con el fin de dejar abierta la opción de cumplir con más de una sola actividad al día.

Después de explicar la información requerida en cada uno de los apartados se evacuarán dudas que tenga la participante, asimismo, se acogerán sugerencias y si es el caso, se realizarán adaptaciones para que el instrumento sea más apto y práctico para la realidad de la cliente.

Nota para el usuario: Durante el proceso de cierre de esta sesión el terapeuta deberá indicar a la cliente que la siguiente será una sesión de familia y que para este propósito ella deberá venir acompañada con quien considere pertinente. Si tiene una pareja esta persona deberá acompañarla, de no ser así ella puede identificar personas en su familia de origen u otros significativos que le acompañen en a nivel de convivencia o afectivamente.

III MÓDULO: ¿CÓMO PUEDE AYUDAR LA FAMILIA?

Duración: 1 sesión
Duración aproximada: 2 horas
SEMANA 4

Objetivos:

- Realizar un proceso de psicoeducación con la familia de la participante con respecto al trastorno que ella experimenta.
- Informar a la familia del modo en que ellos pueden colaborar en el proceso de recuperación de la cliente.
- Utilizar a la familia como un instrumento reforzador del cambio a lo largo de la intervención.

A. Proceso de psicoeducación familiar con respecto al trastorno que padece la cliente

La familia de la persona que experimenta un proceso de psicoterapia puede ser representante de un facilitador o un obstáculo en el tratamiento. En los trastornos afectivos del postparto la familia vive muy de cerca el padecimiento de la mujer. En algunos casos estas personas constituyen parte de la génesis del problema (por ejemplo, cuando es este grupo el que promueve el mantenimiento de cadenas de conductas disfuncionales, cuando representan, en relación al puerperio, un problema más para las mujeres, o cuando se caracterizan por su ausencia física o emocional).

Este módulo es de gran importancia porque busca valerse de estos otros significativos en función de un avance más integral para la cliente. La familia que no conoce que está sucediendo con la mujer que padece un trastorno afectivo en el postparto puede, muchas veces sin malas intenciones, empeorar la situación afectiva de la mujer, así como las interacciones del grupo familiar.

Este módulo aunque es pequeño, (tiene una única sesión) puede marcar una diferencia importante en las sesiones posteriores, así como en la convivencia de la participante con sus seres significativos e, idealmente, en la resignificación de la

problemática. Aunque en este momento la propuesta se dirige a una sola sesión, es importante dejar claro que otras sesiones familiares pueden ser llevadas a cabo posteriormente.

El quinto módulo relacionado con las habilidades sociales tiene un apartado de entrenamiento en comunicación asertiva. Este es un momento en el que la presencia y participación de la familia podría ser de mucho valor. Asimismo, antes de la sesión de cierre puede retomarse una vez más la presencia de la familia. En este momento del tratamiento esta sesión sería de gran valor porque puede permitir evaluar el avance de la cliente desde su convivencia familiar. Asimismo, sirve para valorar el efecto de las sesiones familiares en los otros miembros -mantenimiento de habilidades y conocimientos, cambios cognitivos importantes, entre otros-.

Para el trabajo relacionado a esta sesión familiar se considera que el terapeuta debe tener en cuenta algunos aspectos básicos. Los mismos se describen a continuación:

1. ¿Quién es la familia?

Antes de llevar a cabo esta intervención grupal se debe definir con la participante qué personas entran en la categoría de familia para ella. Esto porque en los casos de las mujeres que tengan una pareja estable, posiblemente sea esta persona la que represente a la familia. Pero en los casos de mujeres que no tienen una pareja, este rol puede ser asumido por la familia de origen o algún miembro en particular (comunmente la madre).

Asimismo, pueden existir casos en los que no haya pareja estable ni familia de origen presente. Para estas situaciones se pueden identificar a terceros significativos que puedan asumir esta función, tales como compañeros o amigos que mantengan un contacto y convivencia relevante con la participante.

En este sentido, es importante que en el proceso de recuperación se identifique a estas personas, siempre respetando la particularidad del caso y la subjetividad de la cliente en este sentido.

2. Contextualización y ambiente de la sesión

La sesión familiar es un momento que tiene dos funciones principales: primero, la de informar y educar a los miembros de la familia con respecto al trastorno que presenta la cliente y segundo, la función de abrir un espacio en el que estas personas puedan abordar sus dudas y posición con respecto al padecimiento para ubicarse desde un lugar que apoye y fortalezca el proceso.

Es importante que esta sesión esté caracterizada por un ambiente cómodo para todos los miembros de la familia. Desde el inicio se debe buscar la manera de dejar claro que no se trata de una reunión para encontrar culpables, sino que es una sesión de ayuda para todos los miembros a partir de la cual cada quien podrá colaborar en el proceso e implementar conocimientos y técnicas que le pueden beneficiar a sí mismo desde su perspectiva y convivencia con trastorno.

Para hacer este ambiente más acogedor y cómodo, el terapeuta puede idear un espacio más casual en el que se comparta un café o merienda como parte de la dinámica de interacción.

3. Estrategias clínicas para el terapeuta

Con respecto al papel del terapeuta en función general al proceso familiar, Epstein, Schlesinger y Dryden (1988) brindan un aporte muy significativo en relación a las estrategias y técnicas clínicas. Ellos consideran que comúnmente las relaciones interpersonales estresantes co-existen con los síntomas depresivos de las personas que los padecen. Por lo general un episodio depresivo dentro de un sistema altamente constructivo es bastante infrecuente -excepto en los casos en que hay estrés catastrófico o algún desorden bioquímico-.

Puede ser que además de la paciente identificada, otros miembros del sistema disfuncional sufran de algunas combinaciones de síntomas depresivos o ansiógenos.

a) Clarificar el significado de los síntomas depresivos

A todos los pacientes y otros significativos les es beneficioso tener un grado de educación con respecto a los síntomas en cuestión, -este es el motivo de esta intervención-. Los individuos deprimidos y sus familias necesitan saber que uno no puede simplemente “salir” de la depresión. Los clientes comúnmente se hacen imposiciones de que posiblemente ellos no quieren salir de la depresión o que tal vez están obteniendo alguna ganancia con estos síntomas. Asimismo, los miembros de la familia se pueden sentir frustrados, hasta culpables, por la falta de respuesta positiva del paciente identificado.

Sin la información necesaria, los otros significativos, posiblemente repitan enérgicamente intentos fallidos que sólo producen frustración y reafirman una imagen negativa.

En esta y las posteriores tentativas sesiones familiares el terapeuta puede ser que necesite adelantarse al siguiente módulo. La reestructuración cognitiva es sin duda de gran importancia para algunas familias, y en estos casos el terapeuta puede

recurrir a la explicación de estos aspectos básicos. Si el terapeuta tiene la oportunidad de promover en los miembros de la familia la evaluación de sus creencias interpretaciones con respecto a sí mismo y los demás, será de gran ayuda.

Durante las sesiones conjuntas los miembros de la familia pueden darse cuenta de cómo sus propias distorsiones cognitivas están atadas a particulares tipos de interacción y conductas, que provocan un pensamiento disfuncional en los otros.

b) Sistemas disfuncionales

Epstein y col. (1988) identifican varios sistemas disfuncionales que se desencadenan a partir de la organización de los síntomas depresivos. Estos son:

- **Sobrerresponsabilización** de un tercer significativo en el cuidado de la persona deprimida, que afecta la visión de autovalía de ambas partes y puede representar sentimientos encontrados.
- **Falta de asertividad** en los sistemas de comunicación (ver Módulo V, apartado de Entrenamiento en Comunicación Asertiva).
- **Expectativas disfuncionales de la relación marital**, en muchos casos esperando de la pareja un desempeño irreal e imposible o permitiendo el maltrato por parte de esta.
- **Triangulaciones** en las que el paciente identificado participa de intermediario en el conflicto de otros miembros familiares.

c) Técnicas para el trabajo con la familia

Para facilitar el proceso terapéutico con los otros significativos que acuden a la sesión familiar Epstein y col (1988) proponen técnicas funcionales en este contexto:

- **Creación de un contrato terapéutico claro:** Cualquier miembro de la familia que participe en el tratamiento de la paciente identificada necesita saber por qué su presencia es particularmente útil en la terapia y cuáles son las metas que se buscan alcanzar en el proceso terapéutico.
- **Creación de alianzas:** el terapeuta necesita que cada participante tenga un rol activo en la sesión, en la que cada miembro se permita manifestar sus ideas y dudas. Es de gran importancia llevar a cabo un gesto de agradecimiento a los otros significativos por su involucración en el proceso. Asimismo, el terapeuta debe de desculpabilizar a los familiares por la afección de la paciente identificada y dejar claro que

el proceso busca ofrecer asistencia, en ningún momento atacar o culpabilizar a los terceros significativos.

La meta en este sentido es que todos los participantes perciban una atención equitativa y que el terapeuta ofrezca empatía, soporte y confrontación.

4. Sesión familiar

La sesión familiar está diseñada en este apartado de un modo básico, sin embargo, si el terapeuta así lo considera puede modificar esta guía incorporando algún otro aspecto que considere necesario.

Se propone una charla magistral que debe utilizar un lenguaje adecuado para el nivel cultural y educativo de los familiares así como de la cliente. En todo caso es de gran importancia que el terapeuta logre ser conciso y claro en su explicación. Se debe dejar claro a los participantes que pueden interrumpir la charla con fines constructivos en el momento en que ellos así lo consideren (para hacer preguntas o comentarios relacionados).

En el proceso de la psicoeducación se deben contemplar como mínimo algunos criterios que se exponen a continuación . La información que se expone en este apartado es brindada en su totalidad por el National Institution of Mental Health (2004). Específicamente, la información ha sido tomada de los folletos “Depresión” y “Depresión, Todo lo que una mujer debe saber”.

a) ¿Qué es un trastorno depresivo?

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo, (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad.

Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

b)Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos más comunes son:

depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

La **distimia**, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el **trastorno bipolar**. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

c) Síntomas de depresión y manía

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.

- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta”.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Manía

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

d) Causas de la depresión

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se

desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

- Factores genéticos

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

- Factores bioquímicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos.

La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el “desequilibrio bioquímico” de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

- El ambiente y otros factores de estrés

Los siguientes se han definido como factores que contribuyen a la depresión: la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, o un cambio significativo en la vida. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica. Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia.

- Otros factores psicológicos y sociales

Las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

La crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer.

e) Tratamientos para la depresión

Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión y hasta cierto punto la preferencia individual, determinarán cuál de estas opciones de tratamiento es la apropiada. Para la depresión leve o moderada, uno o ambos de estos tratamientos pueden ser beneficiosos. Mientras que para la depresión grave o discapacitante se recomienda como primer paso el uso de medicamentos.

En el tratamiento combinado, los medicamentos pueden aliviar los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia le enseña a la persona maneras más eficaces de enfrentar los problemas.

- Medicamentos

Existen varios tipos de antidepresivos que se usan en el tratamiento de los trastornos depresivos. Entre estos se encuentran medicamentos nuevos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO). Los ISRS y demás medicamentos nuevos que afectan los neurotransmisores, como la dopamina o noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos.

Cada uno toma distintas rutas químicas al cerebro que están relacionadas con los estados de ánimo. Los antidepresivos no son adictivos. Aunque algunas personas se sienten mejor en las primeras semanas del tratamiento, los antidepresivos tienen

que tomarse con regularidad por al menos 4 semanas, en algunos casos por 8, antes de que su efecto terapéutico sea completo.

Para ser eficaces y prevenir una recaída, los medicamentos tienen que tomarse durante 6 a 12 meses, siguiendo cuidadosamente las instrucciones del médico. La administración de medicamentos debe vigilarse de cerca para asegurar que el paciente esté tomando la dosis más eficaz y para minimizar los efectos secundarios.

El médico que receta el medicamento le dará al paciente la información sobre los posibles efectos secundarios y, en el caso de los IMAO, sobre las restricciones de la dieta y de otros medicamentos. Además, hay que tomar en cuenta cualquier otro medicamento recetado o de venta libre, o suplementos alimentarios que el paciente esté tomando, porque algunos de estos pueden causar una reacción negativa al tomarse juntos con un antidepresivo. También pueden haber restricciones durante el embarazo.

Para el trastorno bipolar, el tratamiento preferido por muchos años ha sido el litio. Este puede ser muy eficaz para regular las fluctuaciones de ánimo que son típicas de este padecimiento. Su uso debe ser cuidadosamente vigilado porque un pequeño cambio puede tornar una dosis eficaz en una dosis tóxica. Sin embargo, el litio no se debe usar si la persona tiene una enfermedad de la tiroides o el hígado, si padece del corazón o si sufre de epilepsia.

Afortunadamente, se han encontrado otros medicamentos que ayudan a controlar las fluctuaciones en el estado de ánimo. Entre estos hay dos anticonvulsivantes que controlan el ánimo. Estos medicamentos han sido ampliamente aceptados en la práctica clínica.

- Psicoterapia

La psicoterapia es otra opción disponible de tratamiento en los casos de depresión leve a moderada. Las terapias a corto plazo (de 10 a 20 semanas) han sido muy eficaces para tratar varios tipos de depresión. Las terapias de “conversación” ayudan a los pacientes a entender y aprender a resolver sus problemas mediante una charla con el terapeuta. Las terapias de “conducta” enseñan a los pacientes nuevos comportamientos para llevar una vida mejor y les ayudan a “desaprender” patrones de conducta dañinos.

La investigación ha mostrado que dos psicoterapias a corto plazo, la interpersonal y la cognitiva-conductual, son útiles para algunas formas de depresión. La terapia interpersonal se enfoca en cambiar las relaciones interpersonales que

causan o intensifican la depresión. La terapia cognitiva-conductual se concentra en cambiar los patrones negativos de pensamiento y la reacción o comportamiento que pueden contribuir a la depresión.

f) Cómo uno puede ayudarse a si mismo cuando está deprimido

Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta exhausto, inútil, desesperanzado y desamparado. Esas maneras negativas de pensar y sentirse hacen que las personas quieran darse por vencidas. Es importante ser consciente de que las maneras negativas de ver las cosas son parte de la depresión. Estas son distorsiones que, por lo general, no se basan en circunstancias reales.

Los pensamientos negativos desaparecen cuando el tratamiento empieza a hacer efecto. Mientras tanto:

- Fíjese metas realistas, tomando en cuenta la depresión, y no trate de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades.
- Divida las metas en partes pequeñas, establezca prioridades y haga lo que pueda cuando pueda.
- Trate de estar acompañado y de confiar en alguna persona; siempre es mejor que estar solo y no hablar con nadie.
- Tome parte en actividades que le ayuden a sentirse mejor.
- Haga ejercicio liviano, vaya al cine, vaya a un juego deportivo, o participe en actividades recreativas, religiosas, sociales de otro tipo. Todo eso puede ayudar.
- No espere que su estado de ánimo mejore de inmediato, sino gradualmente. Sentirse mejor toma tiempo.
- Es aconsejable que posponga las decisiones importantes hasta que la depresión mejore. Antes de hacer cambios importantes, como cambiar de trabajo, casarse o divorciarse, consulte con personas que lo conozcan bien y tengan una visión más objetiva de su situación.
- La gente rara vez sale de una depresión de un día para el otro. Pero se puede sentir un poco mejor cada día.
- *Recuerde*, patrones positivos de pensamiento eventualmente van a reemplazar los pensamientos negativos que son parte de la depresión. Los patrones negativos van a desaparecer tan pronto su depresión responda al

tratamiento. *Recuerde*, tan pronto su depresión responda al tratamiento, los pensamientos negativos van a ser reemplazadas por pensamientos positivos.

- Deje que sus familiares y amigos le ayuden.

g) Cómo pueden los familiares y amigos ayudar a la persona deprimida

Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarlo a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto tal vez implique que tenga que aconsejar al paciente para que no deje el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (varias semanas).

Tal vez implique ayudarlo a obtener un tratamiento diferente, si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede requerir que el familiar o amigo haga una cita y acompañe a la persona deprimida al médico. A veces es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento. A la persona deprimida se le debe recordar que obedezca las órdenes médicas con respecto a beber bebidas alcohólicas mientras está medicado.

Otra cosa muy importante es dar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Busque la forma de conversar con la persona deprimida y escucharla con atención. No minimice los sentimientos que el paciente expresa pero señale la realidad y ofrezca esperanza.

No ignore comentarios o alusiones al suicidio. Informe al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio. Invite a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine y a otras actividades. Persista con delicadeza si su invitación es rechazada. Fomente la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas o culturales, pero no fuerce a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar su sentimientos de fracaso.

No acuse a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezoso, ni espere que salga de esa situación de un día para el otro. Con tratamiento, la mayoría de las personas mejora. Tenga eso presente y continúe repitiéndole a la persona deprimida que con tiempo y ayuda va a sentirse mejor.

4. Facilitación de material bibliográfico a los acompañantes

Es extremadamente útil promover en la paciente y sus familiares el informarse bibliográficamente con respecto a la depresión y terapia cognitivo conductual emocional (Epstein y col, 1988) .

Después de abordar los puntos indicados anteriormente, se puede facilitar material bibliográfico a la familia relacionado con el tema. El terapeuta puede recomendar o facilitar los folletos del National Institution of Mental Health (2004): “Depresión” y “Depresión, Todo lo que una mujer debe saber”, utilizados para la charla magistral descrita anteriormente .

5. Cierre

El cierre de la sesión se lleva a cabo retomando a modo general los avances logrados y conocimientos adquiridos en esta cita. Se agradece una vez más a los miembros de la familia su involucramiento en este proceso y se anota lo valioso de su colaboración.

Asimismo, se deja abierta la posibilidad de retomar posteriormente otras sesiones familiares. Se puede sugerir la posibilidad de que estas sean en algún momento del módulo V o antes del cierre final del proceso.

IV MÓDULO: LAS COGNICIONES: DETONANTES O HERRAMIENTAS ANTE LA SITUACIÓN DEL POSTPARTO

Duración: 1 sesión semanal durante 3 semanas
Duración aproximada: 1 hora cada sesión
SEMANA 5, 6 Y 7

Objetivos:

- Identificar por parte de la participante, la influencia de las cogniciones sobre las conductas y emociones.
- Descubrir las creencias “irracionales” que producen emociones o conductas contraproducentes.
- Comprender como estas creencias irracionales contribuyen a los problemas de la cliente.
- Desarrollar habilidades de control y sustitución sobre las cogniciones negativas.

A. Reestructuración Cognitiva

Parte de la experiencia que constituye el diseño de este manual se relaciona con los resultados de entrevistas a profesionales, que han tenido a cargo casos de mujeres con trastornos afectivos en el postparto, además al enriquecedor relato de mujeres que han experimentado este tipo trastornos. Esta información resalta la importancia que tienen las cogniciones (creencias, ideas, valoraciones, juicios, estereotipos, entre otros) relacionadas con la maternidad y la feminidad como desencadenantes o influencias para la experimentación de sentimientos y conductas que pueden relacionarse con algún trastorno afectivo en el postparto.

Como producto de considerar este tipo de cogniciones importantes en el tratamiento de las afecciones en el puerperio, se propone este apartado como

indispensable. Específicamente, la reestructuración cognitiva (Ellis, 1981), se considera básica ya que se busca identificar, cuestionar y sustituir los pensamientos disfuncionales de culpa, invalidez, incapacidad, entre muchos otros, que viven algunas de estas mujeres, antes y después de los episodios afectivos en el postparto. Las distorsiones cognitivas en estas áreas afectan a la mujer a nivel social y a la propia percepción de sus capacidades.

Las cogniciones disfuncionales comúnmente están relacionadas con sentirse una “mala madre” por diferentes razones, casi siempre generadoras de culpa y estrés, tales como: no sentir querer a la criatura tanto como se dice culturalmente que la madre ama, por no saber como asumir las labores de maternidad, por no poder amamantar al bebé (por disfunciones orgánicas o tratamiento farmacológico), por no haber tenido un parto natural, por sentir una mezcla de emociones con respecto al niño o a la maternidad, entre una amplia gama de condiciones, que dependen siempre de la subjetividad de la madre.

Particularmente, el abordaje de un sistema de creencias relacionadas con la maternidad y feminidad, da importancia a que éstas son heredadas social y culturalmente (Valladares, 1998) (y/o producto de un aprendizaje social, por modelamiento y conductas gobernadas por reglas y contingencias, dependiendo del caso) que funciona como un estímulo importante en el desencadenamiento y vivencia de un trastorno de este tipo.

A continuación se describen los procedimientos necesarios para aplicar un entrenamiento en reestructuración cognitiva en las mujeres participantes.

1. Explicación de los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitiva.

La explicación de estos principios es sumamente importante en la aplicación de este manual ya que cumple varios objetivos. Entre ellos el terapeuta tiene la capacidad de revisar los intentos que ha hecho la paciente para definir y resolver su estado anímico. Con base en los posibles errores que se hayan cometido en este sentido se elaboran posibles soluciones para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas que están en relación con el problema.

El terapeuta debe exponer brevemente, y sobretodo, de la manera más clara posible, los principios de la Terapia Cognitiva. Para este fin se describen a continuación una serie de puntos que sintetizan estos principios.

a) Definición del concepto de cognición

Según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) las cogniciones pueden ser definidas como “un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención ... es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura)” (pp. 137).

Las cogniciones suelen ser interpretadas por el individuo como representaciones objetivas de la realidad que se toman como verdaderas y pocas veces se cuestionan para probar la validez que éstas tienen (Beck, 1983).

b) Influencia de las cogniciones sobre la conducta y sus efectos

Existen varias maneras de explicar esta relación. Algunas clientes tendrán la capacidad de identificar en su propia vida una situación en que se haga evidente esta cadena. Sin embargo, en algunos casos conviene utilizar ejemplos de situaciones ajenas que no les impliquen personalmente, al menos al inicio. Seguidamente se hará más sencillo el identificar patrones estereotipados entre las participantes y su propia vivencia.

A continuación se muestra un relato que puede utilizarse para ilustrar la influencia de las cogniciones sobre la conducta y sus efectos. Puede utilizarse este o cualquier otro que el facilitador considere apropiado.

... una paciente de 31 años, madre de tres hijos, manifestó que los “peores momentos del día” eran entre 7 y 9 de la mañana. Durante ese periodo de tiempo era cuando preparaba el desayuno de su familia.

La paciente no podía explicar porque estas horas se le hacían tan difíciles hasta que comenzó a registrar sus cogniciones.

Descubrió que lo que hacía era compararse sistemáticamente con su madre, quien se mostraba irritable y con ganas de discutir por las mañanas. Cuando los niños se portaban mal la paciente solía pensar “No te enfades o terminarán odiándote” en consecuencia los ignoraba. Con mayor frecuencia, sin embargo, no podía contenerse y explotaba; entonces pensaba “Soy la peor madre. No sirvo para cuidar a mis hijos. Sería mejor para ellos si yo estuviese muerta”. Se deprimía aún más al recordar las experiencias negativas de su infancia, “como mi madre pegándome cuando me quejaba por algo” (Beck y col , 1983. pp.141).

El ejemplo sirve para proporcionar cierta distancia psicológica entre la paciente y su propio problema, a la vez que permite ser utilizado para examinar sus propios pensamientos o sentimientos.

Para comprobar la facilidad o dificultad con la que la cliente puede entender esta relación, se recomienda el uso de varios ejemplos, primero proporcionados por el terapeuta y después complementados con ejemplos que la paciente da en función de ilustrar y desarrollar el modelo.

Asimismo, puede utilizarse otra técnica denominada “imágenes inducidas” (Beck y col., 1983). En esta el terapeuta pide a la paciente que imagine una escena desagradable, si ella manifiesta una respuesta emocional negativa el terapeuta deberá preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. Seguidamente, deberá dar la misma instrucción, pero esta vez con respecto a una escena agradable. La mayoría de las veces será capaz de reconocer que cambiando el contenido de sus pensamientos puede modificar sus sentimientos.

c) *Cogniciones y experiencias recientes*

No todas las personas manejan o perciben las cogniciones de la misma manera. Sea cual sea el modo en que éstas funcionan en la vida de la persona es importante demostrar a la paciente la presencia de las mismas. Hay muchas posibilidades de acción por parte de las participantes, con respecto a las cogniciones, algunas pueden ser:

- Personas que tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas: En este caso es esencial que la persona se haga consciente de sus cogniciones negativas y sea capaz de detectarlas.
- Personas que no pueden ver la relación entre pensamientos y sentimientos: Para estos casos resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarse que comprende la importancia de sus pensamientos.
- Personas que pueden entender rápidamente la naturaleza de sus cogniciones y aportar cogniciones negativas típicas a partir de sus propias experiencias.

Beck y col. (1983) proponen como primer procedimiento para demostrar la presencia de cogniciones, el uso de una pregunta dirigida a la paciente con respecto a sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera cita o en el momento en que se encontraba en la sala de espera.

Para el caso de este manual también se recomienda iniciar con esta pregunta. La misma tiene la función de romper el hielo con respecto a estas cogniciones, que

pueden verse menos amenazantes, ya que las comparte con cualquier otra persona que acuda a la terapia, independientemente de su motivo de consulta.

El terapeuta puede utilizar varios ejemplos o situaciones en los que la participante pueda identificar sus cogniciones. Una vez que se perciba cierta facilidad y sinceridad por parte de ella para hacer esta relación, el terapeuta puede pasar a cuestiones más relacionadas como el motivo de consulta de la paciente y dirigir el ejercicio hacia al menos dos temas importantes:

- El Postparto
- La Maternidad

Se deben preguntar cuales fueron las cogniciones con respecto a la situación del postparto, antes de que este período se presentara (durante el embarazo y hasta antes de haber quedado embarazada), así como durante los primeros días de experimentar ese momento.

En este sentido es sumamente importante que el terapeuta tome nota de las respuestas de la paciente respecto a este tópico. Las mismas deben ser tomadas en frente de la participante, ya sea en una pizarra o en un block de notas al que la paciente tenga un acceso visual. Esto con el fin de que las cogniciones que se revelen sean descritas con la mayor claridad y precisión en relación con la vivencia real de la paciente.

El terapeuta puede profundizar, en algunas afirmaciones, en que perciba puede obtener mayor información. Por ejemplo, si la paciente dice que la situación del postparto le ocasiona temor o miedo, el terapeuta puede indagar un poco más y decir ¿Por qué te ocasiona miedo el postparto? Y de ahí recibir como respuesta una serie de cogniciones relacionadas (tales como: “no se cómo llevar a cabo mis nuevas tareas”, “me siento agotada”, entre otras) que amplían la posibilidad de lo que seguidamente va a ser a la “Detección de Pensamientos Automáticos”.

Este mismo ejercicio se repite, esta vez en relación con las cogniciones referidas a la maternidad. Se utiliza el mismo modo de recolección de la información, a no ser que haya demostrado en el ejercicio anterior no ser aplicable a las capacidades de la participante. De ser así se puede modificar en función de sus potenciales.

d) Detección de Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos, van a entenderse para este manual, como los pensamientos o cogniciones que surgan ante una situación de manera automática, es

decir, sin ser cuestionados o evaluados por nosotros mismos antes de que vengan a nuestra mente, para los que servirán de ejemplo todas las cogniciones que han sido recolectadas en el apartado anterior.

La detección de los pensamientos automáticos se convierte en una técnica que debe potencializar la capacidad de darse cuenta de la existencia de estos pensamientos en nuestra vida. Por esta razón, debe ser puesta en práctica por parte de la paciente en su contexto natural, es decir, fuera del espacio terapéutico. Para cumplir con este objetivo se proponen al menos tres métodos (Beck y col. 1983), de los cuales la participante debe escoger uno y asumirlo como una tarea para la casa. Las herramientas que aquí se brindan deben ser utilizadas en función de las principales cogniciones negativas que experimente la participante en relación con el problema del postparto.

- ✓ “Atrapar” cuantas cogniciones sean posibles y registrarlas en un cuaderno. Asimismo, puede tomar las variaciones de su estado de ánimo como indicio o pista para recordar o identificar sus cogniciones. La mejor manera de identificar las cogniciones es inmediatamente después de que estas tienen lugar, sin embargo es difícil que la tarea se lleve a cabo de esta manera todo el tiempo, por lo que se recomienda que la persona busque al final del día, dedicar unos 15 minutos para apuntar estos datos. Los mismos se deben escribir de manera textual como los experimenta la persona. Por ejemplo: no se debe escribir “Experimenté el sentimiento de que soy una mala madre porque no podía evitar que el bebé dejara de llorar”. Sino más bien “Siento que soy una mala madre porque no puedo evitar que el bebé deje de llorar”.
- ✓ Identificar las situaciones ambientales relacionadas con las cogniciones de la paciente. Por ejemplo si hay un momento del día, por ejemplo, las mañanas, o una situación específica, por ejemplo, la visita de familiares o amigos, la preparación de alimentos, entre otros, que sean los momentos o situaciones en que se identifiquen mayor número de pensamientos automáticos.
- ✓ Otra alternativa, es que el terapeuta enfrente a la paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras. Por ejemplo, si se siente intimidada ante situaciones sociales (reuniones, fiestas, eventos) pedirle que asista a una de estas actividades como parte de una tarea para la casa. Después de vivir esta situación la paciente deberá tomar nota textual de los pensamientos que

experimentó. Asimismo deberá poner atención a si ella utilizó algún mecanismo para soportar con menor tensión su estadía en esa actividad.

e) Identificación de la relación de los pensamientos automáticos con los síntomas “objetivo” que experimenta la cliente:

Para llevar a cabo esta fase del módulo es indispensable que la cliente haya logrado desarrollar las habilidades que se buscan en el punto anterior. Una vez identificados estos pensamientos se buscará que la persona establezca la relación funcional entre ellos y los síntomas que ella experimenta.

Las manifestaciones sintomáticas incluyen componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos por lo que el terapeuta puede centrarse en uno de ellos, o en la combinación de varios, para identificar la relación entre estos aspectos así como la posible modificación de los mismos. (En este punto lo más recomendable es que el terapeuta dé un ejemplo de manera general de lo que es cada uno de estos componentes, en caso de que considere que la participante no tiene claridad suficiente con respecto a estos términos).

Cada uno de los componentes mantiene una relación recíproca con los demás, porque se entiende que la mejoría en una de las áreas problemáticas afectará positivamente a las demás. Las quejas principales serán identificadas como “problemas resolubles”.

En esta sección del procedimiento, al igual que en el resto del tratamiento, es de suma importancia que el terapeuta discuta los objetivos con la participante a fin de que logren identificar de manera conjunta los problemas o síntomas “objetivo”.

El primer paso en esta tarea va a consistir en entender cómo los signos y síntomas reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva de la paciente. En este punto se recomienda retomar la información referente a los “Círculos Viciosos” (vista en el II Módulo de este manual).

En un primer momento, se buscará la manifestación de los síntomas por parte de la cliente así como la categorización de los mismos por parte de la primera y del terapeuta. Para este fin se procederá a identificarlos según la propuesta de Beck y col. (1983). En esta categorización predominan síntomas, que según el autor son característicos de la depresión, sin embargo, muchos de ellos también se manifiestan en casos de ansiedad. Si hay alguna manifestación que no se mencione en esta propuesta el facilitador podrá agruparla según su naturaleza (Afectiva, Motivacional, Cognitiva, Conductual o Fisiológica).

A continuación se muestra el modo en que se propone el abordaje de los síntomas, ya sea para propiciar su expresión o para contener la manifestación negativa de los mismos, con el fin de identificarles como síntomas “objetivo” y procurar conocerlos como producto de los pensamientos automáticos (Beck y col. 1983).

e.1 Síntomas Afectivos:

- Tristeza: Por lo general los sentimientos relacionados con tristeza son manifestados de manera verbal por parte del paciente, quien especifica sentir malestares físicos o emocionales. Es importante que la persona logre expresar este sentir ya que a partir de esto, ella así como el terapeuta lograrán identificar la relación funcional entre sus cogniciones y síntomas. Beck y col (1983) se refieren a la técnica de “sentir autocompasión”. La misma se refiere al hecho de animar a la persona a expresar sus emociones negativas verbalizando e incluso llorando para reducir la intensidad de éstas, lo que hace que la persona se sienta más aliviada. Beck afirma que “de este modo, sus cogniciones referentes a sí mismo pasan a ser de actitudes de rechazo y menosprecio a actitudes de compasión o lástima. Y la autocompasión es incompatible al sentimiento de culpabilidad” (pp158). Esta técnica va a ser muy útil en los casos en los que las personas tengan dificultad para expresar sus sentimientos de tristeza.

Asimismo, pueden utilizarse como técnica el hecho de contar a la paciente la historia de otra persona que tenga una vivencia similar. También se puede utilizar la técnica del ensayo conductual en la que el terapeuta puede asumir la posición y el discurso de la paciente. Esto puede ayudarle a cambiar sus cogniciones autocríticas a compasivas.

- Cólera inducida: Inducir a estados de expresión de sentimientos agresivos puede facilitar la manifestación o el contrarrestar sentimientos de tristeza en la paciente. Sin embargo, en este punto se debe ser cuidadoso ya que puede generar cierta culpa por parte de la mujer al experimentar enfado y por consecuencia, puede que se sienta peor.

Para inducir la cólera se pueden utilizar técnicas similares a las mencionadas para el caso de la “Tristeza” (autocompasión, ensayo conductual, contar una historia ajena). Es importante evitar que la paciente se encohere demasiado, para esto se le enseña a poner límites y a buscar distraerse con alguna

actividad. También se complementa con técnicas de relajación, tales como las vistas previamente.

Distracción: Para este caso la distracción puede verse como un método del que se pueden valer las pacientes, al menos temporalmente, a fin de reducir la experiencia de sentimientos dolorosos. La misma puede ser vista como una habilidad para hacer frente a los problemas. En este momento puede indagarse a la participante que brinde ejemplos de su propia vida en los que ella ha buscado distracciones en momentos en que experimenta sentimientos negativos (como buscar alguna actividad recreativa, salir del lugar donde está, hablar con alguien significativo, hacer deporte, hacer algún ejercicio de relajación o respiración, contar hasta 10, entre otros). Una vez que el terapeuta se asegure que ella los ha comprendido se le pedirá que proceda a llevar a cabo “ejercicios” de distracción entre sesiones. Lo ideal es que las actividades de distracción puedan ser llevadas a cabo siempre que la persona así lo desee, sin embargo, se le dice que cuando ella se sienta triste considere esto como una señal para llevar a cabo actividades que le distraigan. Las mismas pueden ser dar un paseo, salir a caminar, leer, conversar con alguien, hablar por teléfono, contemplar un paisaje, etc. La elección de la actividad dependerá de los intereses y gustos de la participante.

En algunas ocasiones la capacidad de llevar a cabo actividades de distracción es limitada. Para estos casos se recomienda que la cliente lleve a cabo la distracción a nivel imaginario. Esto se puede llevar a cabo en dos direcciones. Una, imaginándose en algún lugar agradable o viviendo alguna situación placentera y la otra recordando momentos felices que se vivieron en algún momento de la vida. En este último caso se trataría de revivir al máximo las sensaciones positivas que representó esa experiencia.

Humor: Hay muchas personas que conservan el sentido del humor aún en situaciones en que pueden sentirse tristes, ansiosos o enojados. Durante el postparto, así como en otras situaciones de la vida, el humor puede llegar a tener una función similar al punto anterior, es decir, de distracción. Cuando en una situación o experiencia negativa la persona capta el aspecto humorístico de la situación podemos entender que se está desarrollando una habilidad importante para resolver los problemas. Aunque el humor no sea la solución ideal para enfrentar algunas situaciones logra un cambio de ánimo que es muy

útil para llevar un cambio de actitud y de soluciones más duraderas. La aplicación del humor produce en el paciente la sensación de poder ejercer cierto control, lo cual se traduce en un sentimiento de seguridad y bienestar.

- Periodos de llanto incontrolable: Este es un síntoma frecuente. Algunas personas puede ser que se sientan mejor después de llorar, sin embargo también puede ser que provoquen un nivel mayor de depresión y/o pierden la comunicación con las personas a su alrededor o en la terapia misma. Para este último caso se propone permitir que la mujer llore, si así lo necesita, pero evitar a toda costa que esta sea la única actividad durante la terapia, procurando definir momentos durante la sesión en los que ella puede llorar, y así desarrollar en ella un mayor autocontrol.
- Sentimientos de culpa: Se busca reconocer ante qué situaciones la persona se siente culpable, pero específicamente debemos preguntar a la paciente porqué es responsable en estas situaciones. Una vez identificado este punto se puede asociar de qué manera esta culpa afecta a la paciente en el resto de sus actividades y cómo le limita emocional y conductualmente.
- Vergüenza: Para este síntoma se puede preguntar a la persona a) ¿Qué cosas le avergonzaban antes y ahora no?, b) ¿Qué cosas le avergüenzan a ella y a otras personas no? Y c) ¿Qué cosas le avergüenzan a otros y a ella no?. A partir de esto se pueden reconocer disfuncionalidades al ocultar la vergüenza o por el contrario, errores cognitivos relacionados con los motivos de vergüenza.
- Cólera: La persona malhumorada suele estar abrumada por pensamientos que giran en torno a la intolerancia hacia otros y una necesidad de venganza. Se busca en estos casos que se incremente la capacidad de empalizar con la otra persona para que surjan cogniciones de aceptación incompatibles con la cólera. Asimismo, se puede retomar la importancia de continuar con la práctica de técnicas de relajación para contraatacar los síntomas de enojo.
- Ansiedad: En los casos que existan ataques de ansiedad es importante dar un entrenamiento de reconocimiento de los síntomas a la paciente. Asimismo, se le debe hacer ver que aunque las respuestas que su cuerpo experimenta son incómodas las mismas no le van a causar un mal físico superior (como la muerte o un paro respiratorio) y que tienen una duración limitada. Igualmente importante es tratar de definir situaciones ansiógenas, si es que las mismas son

específicas y aclarar ante la participante que el único hecho de experimentar ansiedad no es equivalente al fracaso de las tareas.

e.2 Síntomas Motivacionales (Beck y col, 1983).

- Pérdida de motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación:
Estas acciones se dan una seguida de la otra, basadas en los sentimientos de insatisfacción que se producen, o se creen producir, después de invertir el tiempo y energías en una acción que no se desea hacer. Para superar estos bloqueos motivacionales se pueden llevar a cabo “experimentos” que permitan corregir los pensamientos erróneos así como que la persona se dé cuenta que puede ejercer control en aspectos importantes de su vida. Los “experimentos” serán tareas para la casa, en los que se le pedirá a la persona que desempeñe una labor que ha dejado de practicar por creer tener una falta de dominio. En la sesión anterior a la tarea, la paciente deberá explicar al terapeuta cuáles son los pasos a seguir para que esta tarea se lleve a cabo con éxito, puede resumirlos en puntos para que le sea más sencillo llevarla a cabo. En la sesión siguiente se debe retomar el episodio y medir el grado de control que experimentó la participante. En este punto se pueden utilizar cuadros de autoregistro calificando del 0 a 5 el grado de control experimentado en la tarea.
- Dependencia: Este es un síntoma común de las personas que experimentan un estado de depresión importante. Va desde un deseo de ser ayudados hasta exigencias a los demás que exceden la necesidad real de ayuda de la paciente. Es importante señalar a la participante los dos tipos de modalidades de dependencia: a) Adaptativa: Se reconoce que hay un problema que no se puede resolver solo, y con el fin de superación o de sentirse mejor, la persona busca ayuda de un experto; b) Regresiva: Buscar ayuda para algo que el individuo es capaz de hacer por sí mismo. Refuerza la idea de inutilidad que tiene el paciente. En estos casos es de suma importancia llevar un entrenamiento de autoconfianza en el que se enseñe a la paciente a ser cada vez más responsable de sus actos y de la modificación de sus reacciones emocionales. Al principio se pueden instaurar actividades independientes anteriores, por ejemplo, hacer la cama. Conforme se de un avance en este sentido se le anima a la persona a que lleve a cabo la mayor cantidad de actividades posibles solo, sean estas de diversión o de responsabilidades.

e.3 Síntomas Cognitivos (Beck y col, 1983)

- **Indecisión:** Este puede convertirse en un problema que estanque en muchas áreas los avances de la paciente. Ante esta dificultad se propone elaborar listas de prioridades o de ventajas y desventajas de la decisión. Las consecuencias deben reconocerse como básicas para tomar una decisión acertada y van a procurar el éxito de la decisión.
- **Percibir problemas como abrumadores:** Este punto puede que se maximice ante la sensación de las personas de estar llevando a cabo más cosas de las que creen. Se debe responder a estas dos preguntas de un modo exhaustivo: ¿Cuáles son los problemas concretos? y ¿Cuáles son las soluciones?. Se le debe decir a la paciente que solo debe hacer una cosa a la vez y que por lo tanto no puede prestar atención a todas las cosas que cree que tiene que hacer. Para estos casos también ayuda llevar a cabo listas de prioridades y definir una programación de actividades en función del orden considerado.
- **Autocrítica Negativa:** Es importante en el postparto reconocer a cuáles críticas negativas se está sometiendo la paciente. Esto porque van a tener un fuerte peso no solo en su autoestima, sino también en su capacidad de logro y autocontrol ante todas las experiencias nuevas que implica la maternidad. Es importante detener autovaloraciones de tipo negativo. Para estos casos se puede utilizar la técnica de Role-Playing en la que el terapeuta represente el modo como la paciente se percibe a sí misma (inadecuada, inepta, débil, por ejemplo). A la paciente se le prepara para asumir el papel de un crítico que va a atacar verbalmente a la “paciente” siempre que esta se autocritique de manera negativa e inadecuada. El terapeuta va a representar su papel de modo que la paciente pueda darse cuenta de sus distorsiones e inferencias arbitrarias. Si la paciente se ajusta bien a su papel crítico puede actuar y observar la extravagancia de sus juicios negativos simultáneamente. Se busca con esta técnica ir haciéndose más objetivo respecto a la autodestructividad de las autocríticas.
- **Pensamientos absolutistas:** Esta es una alteración del pensamiento que se puede analizar en términos primitivos vs. modos maduros de organizar la realidad. Se hacen juicios categóricos, extremos, unidimensionales y absolutistas. Se busca por medio del relato y de la intervención del terapeuta conceptualizar las situaciones en más dimensiones, empleando términos

cuantitativos en vez de cualitativos y aplicando pautas más relativas. Asimismo, se puede aplicar la técnica de Buscar Ganancias. La misma consiste en buscar aspectos positivos en la situación que se ve como negativa. Ver qué cosas a nivel de experiencia, control, entre otros, fortalecen la vivencia de la persona.

e.4 Síntomas Conductuales (Beck y col, 1983)

- Pasividad, Evitación e Inercia: La presencia de estos síntomas es característica de estados depresivos, principalmente. Los mismos pueden ser reducidos y controlados una vez que la paciente los ha detectado. Es importante que ella los pueda abordar por medio de Programas de Actividades. Los mismos no deben ser muy complejos ni que sobrepasen los gustos, intereses y capacidades de la paciente. La estructuración de un programa de actividades debe llevarse a cabo con la ayuda de la participante y tratando de anticipar todos los momentos del día sin sobrecargarse. El plan de actividades puede variar entre los días de la semana para que no exista una activación bajo condiciones de inercia.

e.5 Síntomas Fisiológicos (Beck y col, 1983)

- Alteraciones del sueño: El insomnio es una de las alteraciones más comunes que se reportan durante las noches y puede deberse a la dificultad de reconciliar el sueño después de haber tenido que alimentar al bebé. Asimismo, se perciben en muchos casos frecuentes siestas durante el día. Ante estas dificultades se debe animar a la paciente a averiguar cual es su ciclo de sueño natural y dormir únicamente cuando realmente se sienta cansada. Asimismo, y en complemento del punto anterior, se busca que ella lleve a cabo durante el día tareas y actividades que le lleven a mejorar otros aspectos. Esta actividad física y mental más adecuada mejorará las posibilidades de tener una mejor calidad del sueño.
- Alteraciones sexuales y de apetito: Estos son signos característicos de la depresión y es importante que la persona conozca este hecho, lo cual puede ser suficiente para una leve mejoría al respecto. Ambos se relacionan con la pérdida de la capacidad para experimentar placer. Con respecto a la disminución del interés sexual se deben considerar reeducar a la paciente en nuevas técnicas de estimulación y de exploración, sin embargo no se puede dejar de lado las variaciones hormonales características del postparto.

Una vez que se han llevado a cabo las descripciones anteriores de modo general, se procede a dejar una tarea para la casa en la que la participante deberá llenar la tabla que se muestra a continuación describiendo su conceptualización básica en relación a la maternidad, las nuevas responsabilidades y/o mitos asociados y los síntomas que provocan en la participante.

Cuadro #4 ¿QUÉ ES LA MATERNIDAD PARA MI? (Anexo #7)	
R/	
	SINTOMAS
RESPONSABILIDADES	
GRATIFICACIONES	
MITOS	
OTROS	

Los resultados que se obtengan en esta tabla serán trabajados como complemento o ejemplos para los apartados siguientes.

2. Modelo de la TREC

Este rubro es optativo y permite al terapeuta esquematizar el trabajo de reestructuración cognitiva en función de la propuesta de Ellis (1981). A modo general se le explica a la participante los criterios generales de esta propuesta. Al inicio del manual se muestra una explicación para el usuario sobre este tema. Sin embargo, se muestra a continuación una breve reseña:

A: Acontecimientos situaciones

B: Cogniciones (todas las creencias y sistemas de evaluación que la participante trabajo el apartado anterior)

C: Conducta: respuestas conductuales de tipo motor y emocional.

D: Debate de las ideas que puedan ser tipo irracional para sustituirlas por cogniciones de tipo racional que faciliten respuestas (C) más adaptativas y realistas.

Se debe explicar a la mujer que A no causa automáticamente C. Entre esos dos aspectos va estar siempre mediatizando y dando significado B. En este sentido enseñarle el valor de B como único factor capaz de definir un cambio conductual. Los cambios en B permiten la sustitución de ideas irracionales por ideas racionales.

Se debe describir el procedimiento de debate como el medio para confrontar las B de tipo irracional. Se busca que esta tarea se haga automática. En el rubro 5 de este apartado se profundiza sobre esta temática.

3. Identificar los supuestos que subyacen a errores cognitivos

Los errores cognitivos se entienden para este manual como aquellos pensamientos que perjudican el bienestar emocional, físico y/o conductual de la participante. Estos se definen a partir de los criterios o actitudes que le sirven a una persona para valorar las circunstancias que le acontecen. No está mal la existencia de diferentes tipos de valoraciones, lo que puede convertirse en un problema es cuando estas visiones constituyen un patrón, en algunos casos autodestructivo y en otros disfuncional a nivel de interacciones sociales y/o cotidianas.

Ya se ha descrito anteriormente la relación directa de los pensamientos o cogniciones en relación a nuestros pensamientos y conductas. Por lo general estos pensamientos se integran a la vida de la persona de manera muy rápida, o más específicamente, de modo automático.

Los pensamientos automáticos tienen varias características importantes, que en general se pueden describir de la siguiente manera:

- a. Se presentan como mensajes específicos.
- b. Pueden aparecer como si fueran un telegrama, cuya información provoca malestar o bienestar inmediato en el paciente.
- c. Generalmente se toma como una verdad absoluta que no se cuestiona.
- d. Estos pensamientos pueden generar mucha angustia, especialmente si empiezan con frases como: *debería de, habría que, tengo que*.
- e. Son difíciles de sacar de la cabeza porque la persona generalmente se ha acostumbrado a un patrón de pensamiento constante.
- f. Responden a nuestras experiencias de vida (situaciones familiares y culturales).

Hay varios tipos de pensamientos automáticos que dificultan y agobian la vida de quienes los experimentan. Para este caso se describen a continuación los tipos más comunes (Ellis, 1981):

Nota para el usuario: Conforme se avance en las descripciones de cada uno de los tipos de pensamiento irracional, se recomienda pedir a la participante dé un ejemplo de su realidad para cada caso.

1. **Filtraje:** Se refiere a poner atención o énfasis a uno o varios aspectos limitados de una situación. Por lo general estos factores seleccionados se refieren a cuestiones negativas y limitadas, que impiden ver la totalidad de la experiencia. Se decide recordar o ver una sola cosa (negativa) olvidando o descartando el resto (lo positivo). Ejemplo: Quejarse de haber asistido a una reunión social y describirla como incómoda y aburrida, porque el traje usado no le ajusta tan bien como antes del embarazo; aunque el resto de quienes asistieron recuerden el evento como divertido y ameno.
2. **Pensamiento Polarizado:** Tiene que ver con valoraciones extremas que atribuyen características de polos contrarios como: bueno - malo, blanco - negro, se es feliz o triste, se es perfecto o inútil. Ejemplo: Experimentar sentimientos de inutilidad y de culpa porque el bebé se ha enfermado; creer ser una mala madre por no saber como poner límites al niño.
3. **Sobregeneralización:** Se genera a partir de una situación que se da una vez y se convierte en una ley. Por lo general estos pensamientos van a empezar con palabras como: siempre, nunca, todos, nadie. Aunque se hayan presentado una sola vez pueden asumirse como una verdad o una ley que se aplicaría sin excepción. Ejemplo: Siempre que el bebé llora debo dejar lo que estoy haciendo para atenderlo, Nadie valora mi trabajo, Todos critican siempre mi modo de atender al bebé.
4. **Visión Catastrófica:** Se piensa que la situación experimentada y hasta la vida misma va a terminar en una tragedia. Cada acontecimiento se convierte en un problema sin solución. Ejemplo: Un resfrío en el bebé se asume como una infección o enfermedad que requerirá de hospitalización, no podré recuperarme del peso adquirido durante el embarazo y esto me desencadenara problemas de salud y una apariencia poco atractiva.
5. **Personalización:** Desencadena valoraciones negativas con respecto a uno mismo y en comparación con los demás. Los sucesos externos o comentarios de otras personas

se asumen como culpabilizantes y críticas directas a la propia persona, aunque no sea así. Ejemplo: Los paños que me regaló mi suegra son una indirecta para que mantenga al bebé más aseado; mi pareja y yo no fuimos invitados a ese evento porque a los anfitriones les molesta la presencia de bebés.

6. **Culpabilidad:** Existe cierta sensación de que la vida se hace más sencilla cuando se puede culpar a alguien de las experiencias propias. Cuando se actúa bajo este criterio domina el deseo de buscar a un culpable que justifique las malas decisiones o la irresponsabilidad con respecto a asuntos importantes. Ejemplo: No puedo realizar ninguna actividad de interés personal porque nadie se ofrece a cuidar al bebé; no establezco horarios de amamantamiento a mi bebé porque nadie me enseñó a hacerlo.

7. **Minimización y Maximización:** Se minimiza una situación cuando se le resta importancia o valor sin considerar las consecuencias pertinentes. Ejemplo: No importa que en este momento no busque actividades importantes o de crecimiento para mí, cuando termine la crianza de mis hijos lo haré; la alimentación del bebé no requiere de horas y cantidades pertinentes. Por otra parte, la maximización se refiere a lo contrario, a darle demasiada importancia a una situación y/o agrandar problemas más allá de lo real.

4. Registro de pensamientos automáticos

Una vez que se han abordado los tipos de pensamiento automáticos se pide a la participante que llene un cuadro de autorregistro como tarea para la casa. Se pretende que los pensamientos automáticos sean documentados en este registro con base en su contenido y debe de apuntarse la mayor cantidad de pensamientos que de modo automático interfieran en la mente de la cliente.

Los contenidos de los pensamientos estarán en función a ciertas áreas o características que pueden ser comunes para esta población. Sin embargo, está abierta la posibilidad de incluir cualquier otro criterio que no esté mencionado en la tabla a continuación:

Cuadro # 3:PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (Anexo #8)	
SITUACIÓN RELACIONADA	
Maternidad	
Bebé	
Cuerpo/Feminidad	
Pareja	
Familia	
Otros	

La información recopilada en este cuadro de autorregistro debe ser meticulosamente procesada y seleccionada por el terapeuta. Estos datos serán básicos para el paso que se expone a continuación, relacionado con el debate de los pensamientos irracionales.

5. Examinar y someter a prueba los pensamientos irracionales (Debate)

Una vez que la cliente ha demostrado la capacidad de identificar los pensamientos que le acontecen de modo automático, se procederá a la valoración de los mismos. El desarrollo de estas habilidades se fundamenta en la necesidad de suscitar una descripción y análisis más correctos de cómo son las cosas. Aunque exista una predisposición para que la participante tienda a ver las situaciones que le

acontecen de un modo pesimista, no quiere decir que la totalidad de sus pensamientos sean erróneos (Beck y otros, 1985).

Para poder diferenciar estas posibilidades de pensamiento el terapeuta utilizará el cuadro del apartado anterior. El mismo debe haber sido resuelto por la paciente como tarea para la casa. Se procederá a la muestra de pensamientos en colaboración con la participante. La base o evidencia de cada pensamiento debe someterse a una prueba de realidad, aplicando pautas objetivas a la hora de emitir un juicio.

Para poder delimitar cuáles pensamientos representan cuestiones reales o no para la cliente, se le explicarán los 11 tipos de ideas irracionales que plantea Ellis (1980, 1981). Con base en estos postulados se tratará de mantener una valoración racional de los pensamientos recolectados en la tarea para la casa.

Tipos de creencias irracionales:

- 1) Tener la necesidad extrema de ser amado y aprobado por cada persona significativa en su entorno.
- 2) Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
- 3) Las personas que no actúan como debería son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad.
- 4) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
- 5) La desgracia y malestar humano están provocadas por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
- 6) Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
- 7) Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- 8) Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
- 9) Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre.
- 10) Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.

11) Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Estas 11 ideas irracionales también se pueden sintetizar en tres ideas irracionales básicas, las exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras en forma de “deberías”, “es necesario que” entre otros, con respecto a tres dimensiones:

- a. Uno mismo (ej.: debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”).
- b. Otra(s) persona (s) (ej.. “debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”).
- c. La vida, el mundo (ej.: “debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad”).

Cuando estas exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras (pseudonecesidades) no se cumplen, surgen los pensamientos (cargados de emociones) derivados de esas exigencias absolutistas que son:

- d. Tremendismo: “Es terrible!”
- e. No-soportantitis: “No puedo soportarlo”
- f. Condena: “Es un miserable” o Autocondena: “Soy una inútil”.

Según la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis (1981) las perturbaciones emocionales tienen una gran probabilidad de estar relacionadas con las creencias irracionales expuestas anteriormente. En este manual se busca detectar y cambiar estas inferencias erróneas como las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan.

La principal labor a desarrollar en este punto será utilizar a la cliente para obtener contrargumentos. Es decir, que ella desarrolle las habilidades para ser suficientemente objetiva en la valoración de sus creencias, así como ser sincera con ella y con su proceso de recuperación.

Es de gran importancia que la participante pueda conectar el papel de las creencias con respecto a sus acciones y sentimientos. De igual importancia viene a ser la capacidad de comprender que el cambio de su pensamiento traería un cambio con respecto a los sentimientos que se experimentan. Esto es la variación del pensamiento negativo por uno más realista y adaptativo.

Una vez que se alcance esta meta en la terapia, se procede a sugerir una nueva tarea para la casa. Igual que la anterior consiste en un cuadro de autoregistro que

contempla algunas diferencias específicas de estas nuevas valoraciones. El cuadro a continuación busca no solamente el enriquecimiento de la experiencia por medio de una alternativa de pensamiento, sino también de una alternativa de sentimiento (Cuenca y Leiva, 2004).

CUADRO #5: DEBATE Y BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS A LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES (Anexo # 9)						
Día/ Hora	Situación	Me siento...	Pensamientos automáticos	Tipo de pensamiento	Pienso diferente	¿Cómo me sentiría si pensara diferente?

Este autorregistro debe llevarse a cabo como una tarea para la casa. El mismo será retomado en la sesión siguiente a modo de retroalimentación con el fin de evaluar cómo se logra aplicar a la participante, los criterios teóricos, a su vivencia y en especial, verificar el modo potencial en que se va desarrollando la aplicación de un pensamiento alternativo y más adaptativo.

La elaboración de esta tarea y el entendimiento de estos principios se toman como base para el siguiente punto.

6. Utilidad de los pensamientos irracionales a corto vs. largo plazo.

Para este punto la participante ha logrado diferenciar entre sus pensamientos racionales e irracionales y con ejercicios como el anterior se permite buscar una opción de pensamiento a aquellos criterios o exigencias desproporcionales.

Los pensamientos irracionales a corto plazo tienen una supuesta ganancia o utilidad que está muchas veces en función de la costumbre. Es decir, está relacionado de modo directo con la manera “habitual” de nuestro pensamiento. No precisa de ningún esfuerzo o indagación el hecho de que se produzca. Puede entonces vérselo como una pereza mental producto de la habituación que a corto plazo no representa para la persona ningún esfuerzo cognitivo.

Asimismo, a corto plazo tiene otro tipo de utilidad aún más cuestionada. Como se ha visto a lo largo de este manual el pensamiento va a producir de modo casi automático emociones y conductas específicas relacionadas con la valoración inicial. Si los pensamientos irracionales predominan en una persona los sentimientos y conductas consecuentes van a ser de carácter pesimista, negativo, impotente, entre otros. Dichas experiencias representan un desgaste emocional y físico casi que crónico y por lo tanto una imposibilidad por resolver los problemas de modo productivo y consistente con la realidad.

De este modo vemos que el costo del pensamiento irracional a largo plazo (sentimientos y actitudes negativas, crónicas e incapacidad real de solucionar problemas, desarrollar habilidades) representa una pérdida abismal en comparación a la supuesta ganancia a corto plazo correspondiente a la “habituación” del pensamiento.

En este sentido, es importante que la participante reconozca que el entrenamiento en reestructuración cognitiva, a pesar de requerir un esfuerzo inicial y una modificación del pensamiento y conducta habitual y automática, trae una ganancia que recompensa este esfuerzo. Estas ganancias le traerán un mejor sentimiento de autovalía, mayor autocontrol sobre sus actitudes y conductas y una mayor capacidad de aprendizaje de habilidades que le permitan ver su vida de modo más realista y responsable.

Gracias al entrenamiento en la reestructuración cognitiva la cliente tendrá para este nivel de la intervención las bases más sólidas para el trabajo posterior, donde su nuevo modo de evaluar la realidad le permitirá buscar alternativas para solucionar sus problemas así como para apropiarse de nuevos modos de interacción y de bienestar emocional y físico.

V MÓDULO: *DESCUBRIENDO NUEVOS MODOS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS Y AGOTANDO LOS MALOS HÁBITOS*

Duración: 1 sesión semanal durante 6 semanas
Duración aproximada: 1 hora cada sesión
SEMANAS 8, 9, 10, 11, 12 y 13

Objetivo:

- Proporcionar un entrenamiento y apropiación por parte de la participante, de nuevos modos de resolver situaciones cotidianas.
- Desarrollar habilidades relacionadas al manejo del tiempo, comunicación asertiva y autovalía.

Este módulo tiene como propósito la aplicación de los principios aprendidos a lo largo de la intervención, en complemento con la adquisición de nuevas habilidades. Las mismas se refieren a entrenamientos sobre modos de interacción y resolución de situaciones cotidianas. Se muestra a continuación, la propuesta en función a las diferentes áreas a tratar. El abordaje de estas tareas se puede dar a nivel interactivo o de modo independiente, según sea la necesidad del caso.

A. MANEJO DEL TIEMPO

La maternidad puede representar una situación totalmente nueva para muchas mujeres, particularmente para las primerizas. Esta nueva función en la vida de otro ser humano está llena de responsabilidades y tareas con las que muchas veces no se tenía contacto: cuidar al bebé, alimentarle, bañarle, limpiarle, curarle, entre otras funciones, son situaciones que pueden llegar a consumir el día entero de la madre sin que ella lo perciba.

Del mismo modo, estas nuevas labores de la maternidad pueden implicar el abandono de actividades propias de la mujer, como estudios, trabajo, actividades sociales y recreativas, entre otros. La pérdida de actividades a este nivel fácilmente

se da ante dos situaciones consecuentes, por un lado, la incorporación de las nuevas labores maternas que no tenían un espacio en la vida de la persona, la hacen sentir que “ya no hay tiempo” para cuestiones ajenas al cuidado de la nueva criatura. Por otro lado, se puede caer en el error de subestimar este tipo de actividades desplazándolas en el tiempo y espacios de la mujer y cortándolas de toda importancia ante la función materna.

Si bien es cierto, el posparto es un periodo donde generalmente puede haber un aumento en el nivel del cansancio como producto del desgaste físico del parto mismo, así como de la búsqueda automática por parte del cuerpo al equilibrio hormonal anterior al embarazo. A este desgaste interno del organismo se le suman factores externos relacionados con el amamantamiento, la necesidad de despertarse por las noches a alimentar o cuidar al nuevo bebé, las molestias corporales (especialmente cuando el parto fue por cesárea), el cuidado de otras personas, cambio de horarios de descanso entre otros.

Estamos entonces ante un periodo en el que al cuerpo y a la mente se les exige un poco más en función de las nuevas responsabilidades, pero donde a la vez no se han adquirido o hasta se han perdido habilidades cognitivas y físicas. Para impedir que se desencadenen percances emocionales o físicos producto del estrés de no manejar las actividades diarias, se crea este apartado.

El tiempo es siempre un factor que se considera muy valioso. Podemos por un lado, racionalizar su uso y distribuirlo de modo realista en las tareas que se deben cumplir, o por el contrario generar sentimientos de estar desbordado por las demandas, de lo que se debía hacer o experimentar la sensación de perderlo. Aprender a planificar y administrar el tiempo puede ser para muchas personas aprender un nuevo estilo de vida que contemple responsabilidades así como periodos de descanso apropiados (Buceta, 1988 en Olivares y Méndez).

Se busca entonces dar un entrenamiento a la paciente para que logre repartir y utilizar adecuadamente su tiempo, dándole espacio a los deberes y actividades cotidianas de manera provechosa y dentro de una distribución adecuada.

El primer paso para alcanzar este objetivo consta en la elaboración de un horario. En el mismo la cliente debe ordenar sus prioridades y buscar espacio para las actividades diarias o semanales (Olivares y Méndez, 1998).

Con base a la propuesta de Cuenca y Leiva (2004) se construye una guía para la elaboración del horario para la cliente, para este propósito se deben tomar en cuenta los siguientes requisitos:

- i. Utilizar el cuadro de autoregistro donde se cotemplen los siete días de la semana.
- ii. Anotar la fecha. Escribir las actividades correspondientes a cada día y cada hora desde el momento en que la persona se levanta hasta que se acuesta. Se deben apuntar todas las actividades (comidas, actividades laborales, actividades relacionadas al cuidado del niño, los momentos de recreación con la criatura, citas médicas, visitas familiares o sociales, entre otros).
- iii. Las actividades tienen utilidad diferente dependiendo de su categoría. Hay seis tipos diferentes que se mencionan a continuación:
 1. **Trabajo de rutina:** Actividades que se hacen todos los días (trabajar, oficio de la casa, ejercicio físico).
 2. **Descanso:** Espacios para el reposo o hacer cosas de interés personal como leer, ver televisión, salir a caminar, tomar una siesta.
 3. **Actividades de mucha urgencia:** Actividades que salen de un momento a otro y no se pueden esperar (atender al bebé enfermo o llevarlo al médico, atender o apoyar a un familiar en crisis).
 4. **Actividades relacionadas con las tareas propias de la maternidad:** atención del bebé, cuidados físicos propios relacionados al periodo del puerperio (cuidado de heridas en la cesárea, por ejemplo), periodos de amamantamiento, baño y limpieza del niño, ejercicios de la criatura, entre otros.
 5. **Actividades sociales:** Se refiere al periodo compartido con otras personas (familiares, amigos, pareja y compañeros), tomar café, salir a cenar, ir a una fiesta, recibir visitas o visitar a alguien, un cumpleaños.
 6. **Actividades de poca urgencia:** cosas que no son tan importantes, las cuales aunque se quieran hacer hoy se pueden dejar para mañana en caso de que no alcance el tiempo (ir al supermercado, contactar a una persona, revisar una revista).

D) Durante la primera semana la participante debe llenar todos los días el horario que se presenta a continuación. Puede hacerlo en las noches o en el momento del día que le resulte adecuado. Esta primera semana funcionará como un

autoregistro de actividades cotidianas. El día domingo por la tarde aparece programada una tarea que consiste en elaborar el horario de la semana siguiente. Tomando en cuenta los datos de la primera semana, se podrán programar las actividades de la siguiente semana con mayor precisión.

(A continuación se presenta el formato del cuadro, sin embargo en los anexos se puede encontrar un diseño con más espacio para el uso de la participante).

CUADRO # 6 TABLA DE AUTOREGISTRO MANEJO DEL TIEMPO

(Anexo #10)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)
1am							
2am							
3am							
4am							
5am							
6am							
7am							
8am							
9am							
10am							
11am							
12pm							
1pm							
2pm							
3pm							
4pm							
5pm							Programar actividades de semana siguiente (Paso D)

6pm				
7pm				
8pm				
9pm				
10pm				
11pm				
12am				

El simple hecho de autoobservarse puede modificar de forma positiva muchas creencias de la participante con respecto a cómo utiliza, o cómo consideraba que no aprovechaba su tiempo.

Para las siguientes semanas se busca poder cumplir con dos tareas principales: *establecer prioridades* a corto, mediano y largo plazo, y *planificar el horario diario y semanal*, diferenciándose claramente las horas de trabajo y de descanso.

Asimismo, existen una serie de reglas que la cliente debe aprender a poner en práctica con el fin de “ganar tiempo”. A continuación se muestran tres de ellas (Olivares y Méndez, 1998):

- Realizar una lista diaria de actividades, incluyendo en el horario tiempo para acontecimientos imprevistos.
- Aprender a decir “No”, liberándose de compromisos que puedan llevar a malgastar el tiempo en aspectos no prioritarios.
- Delegar en ciertos trabajos o tareas (pareja, hijos).

La aplicación de estas tres reglas pueden llegar a ser de suma utilidad para la participante, sin embargo, esta lista debe ser complementada con los criterios que ella considere propios de su experiencia. Es decir, debe identificar qué particularidades de su vida cotidiana se ajustan a esta disfunción y se pueden agregar a la lista.

B. ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN ASERTIVA

La comunicación es una herramienta clave en el proceso de resolución de problemas, sin embargo, en algunas ocasiones, la comunicación misma parece ser una

situación de conflicto, para los sujetos que han desarrollado a lo largo del tiempo malos hábitos en este aspecto, o un modo impulsivo e irracional de hacerlo.

La terapia cognitiva conductual emocional tiene grandes e importantes aplicaciones en el campo de la comunicación asertiva. Los problemas en el área de la comunicación pueden incrementar a raíz de los cambios y novedades que se relacionan al periodo del postparto y en ocasiones el incremento de irregularidades; esto se debe al mantenimiento de malos hábitos desde tiempos anteriores al postparto.

Para poder abordar esta situación es importante conocer cuáles son los problemas más comunes a este nivel. Epstein, Schlesinger y Dryden (1988) abordan las principales limitaciones en la comunicación familiar, las mismas se presentan a continuación:

- ✦ Déficit a nivel de técnicas de comunicación: La queja común de “no nos podemos comunicar” puede representar una variedad de problemas a nivel de las interacciones familiares o de pareja. Es importante entender que el mensaje que una persona intenta dar no es siempre el mensaje que la otra persona recibe. En algunos casos las discrepancias entre el intento y el impacto de algún tipo de comunicación es abismal (por ejemplo errores al referirse a descripciones o emociones) o también se puede hablar de factores que impidan al receptor escuchar adecuadamente (por ejemplo, formular algún argumento antes de que la persona termine de hablar o enfocarse en un solo detalle del argumento sin ver la totalidad del mismo).

Los déficits en la comunicación pueden darse por pobreza en el contenido, falta de especificación, contradicciones entre el lenguaje verbal y no verbal, generalización de argumentos (tales como “Tu siempre...”), entre otros.

- ✦ Exceso de intercambios de comunicación y conducta adversiva: En este punto se abordan casos en los que las partes sí logran comunicarse pero no siempre les agrada lo que escuchan o ven. Algunos excesos negativos en la comunicación tales como hablar de modo intrusivo (ej., interrumpiendo), invalidar la expresión de pensamientos y sentimientos de la otra persona (ej., al decirle a la otra persona que ella no sabe de lo que está hablando), dando mucha información redundante, cuestionando de modo irracional a la otra persona y/o centrándose en detalles exagerados; no solamente bloquean la comunicación sino que van a provocar una alienación entre las partes. La discusión excesiva y el intercambio adversivo de conductas tales como

críticas y violencia familiar, tienden a aumentar el conflicto, el estrés y la manifestación de afecciones tales como la depresión y la ansiedad, bloqueando en todo caso la comunicación.

- ✦ **Déficits en técnicas de asertividad:** Estas técnicas se refieren a habilidades de hacer peticiones a los demás, negarse a peticiones de los otros o incluso dar a conocer alguna queja. Lo importante en este sentido es que la comunicación asertiva ofrece una expresión clara y directa de los sentimientos y pensamientos de la persona. La asertividad se opone a la agresividad. Esta última tiende a ser la característica básica de la comunicación adversiva. La comunicación asertiva ha sido asociada a una mayor satisfacción con respecto a las relaciones interpersonales tales como las de pareja. Esto porque la comunicación adecuada, sin censura y respetuosa propicia a situaciones de compartir información sensible, permite expresarse con honestidad y seguridad entre las partes.

Algunos errores que impiden la comunicación asertiva pueden ser: bajo volumen de la voz, mal uso gramatical, así como algunas deficiencias no verbales, tales como: ausencia de contacto visual, falta de expresiones faciales. Se pueden entender muchas de las deficiencias en la comunicación asertiva como déficits mediados por inhibiciones cognitivas y habilidades no desarrolladas.

A nivel general el aporte de Epstein y col. (1988) debe complementarse con criterios básicos de la comunicación. En este sentido, es importante reconocer que los procesos de comunicación se desarrollan en dos sentidos: el verbal y el no verbal. El primero corresponde al uso común del lenguaje, de los símbolos fonéticos correspondientes al idioma. El segundo, se refiere a los mensajes transmitidos mediante los gestos corporales o faciales.

Para que la comunicación sea adecuada, debe existir una concordancia entre ambos niveles del lenguaje.

A estos dos puntos anteriores se deben sumar otros criterios como las palabras que se utilizan, el volumen y tono de voz, el tiempo en que se comunican las ideas y el que se le da a la otra persona para que responda.

Tomando en cuenta los factores anteriores, se describen a continuación tres tipos de comunicación inadecuada o no asertiva que dificultan el bienestar personal así como la superación de momentos importantes como lo puede ser el posparto (Salvat, 1988).

- a) Comunicación Pasiva: La persona no logra comunicarse por temor a las consecuencias. Los otros suelen asumir lo que piensa la persona y por lo tanto surge un sistema de comunicación irreal. Con frecuencia quien tiene esta dificultad termina asumiendo responsabilidades inadecuadas ante la incapacidad de decir no.
- b) Comunicación Agresiva: Los sentimientos e ideas se expresan de modo agresivo, violento o explosivo.
- c) Comunicación Pasivo/Agresiva, generalmente se da en personas silenciosas, que casi nunca se quejan pero que cuando explotan pueden hacerlo de modo violento aunque la situación no lo amerite. Pueden verse como peligrosas para los demás como para ellas mismas porque guardan sus pensamientos y sentimientos por mucho tiempo, acumulando la presión que saldrá en algún momento.

Como solución a las opciones anteriores se propone la comunicación asertiva. Esta consiste en desarrollar la capacidad de expresarse en forma directa tanto a nivel de pensamientos como de emociones, preferiblemente sin hacer daño a los demás. También incluye la capacidad de saber escoger el momento, el lugar y la forma de comunicar información a otras personas (Olivares y Méndez, 1998).

Una vez que se ha brindado la información anterior a la cliente se debe procurar que ella identifique, de modo objetivo, en que tipo de comunicación localiza ella su manera habitual de expresarse. Es importante en este sentido que ella logre reconocer no solo qué dice, sino cómo lo hace.

Para este caso, se le puede pedir a la participante que describa experiencias de comunicación con personas significativas, tales como su pareja, hijos, padres, suegros, jefes o compañeros de trabajo y/o amigos. Se puede hacer alusión a situaciones en las que le es difícil comunicarse o en las que experimenta incomodidad, enojo o dudas de cómo hacerlo adecuadamente.

En este ejercicio se busca que ella pueda ir reconociendo los errores más comunes en su sistema de comunicación y poderlos contrarrestar con la siguiente tabla de recomendaciones para una comunicación asertiva.

Recomendaciones para la Comunicación Asertiva (Cuenca y Leiva, 2004)		
Antes	Durante	Después
Escoger una hora apropiada para la conversación y crear un ambiente apropiado para dialogar, que no hayan interrupciones ni apuros.	Prestar atención y escucharse.	Cumplir los acuerdos y compromisos que adquirió.
Ser paciente	Apreciar las opiniones y derechos del otro. Puede ser que también él o ella tenga razón.	Si cambia de parecer respecto a algún tema conversado, busque el momento para decirlo. Usted tiene derecho a cambiar de opinión, pero la obligación de decirlo.
Tratar a cada situación y a cada persona como si fueran únicas.	Escuchar con el corazón el mensaje que se nos quiere dar.	Aprenda a diferenciar lo que se puede contar y lo que no.
Aceptar que el otro tiene pensamientos y sentimientos privados.	Procurar ver la situación desde la perspectiva del otro. Póngase en los zapatos de la otra persona.	
Escoger qué decir y buscar la manera de expresarse de modo adecuado.	Ser cortés y usar una voz amable.	
Antes de expresar un mensaje negativo preguntarse ¿Es verdad?, ¿Es la hora propicia?, ¿Es de utilidad?, ¿Enriquece nuestra relación?. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es no, será mejor no decirlo.	Continuamente ampliar la comprensión del otro.	
	Confiar en el otro y comunicárselo. Si se piensa que le está mintiendo la conversación no tiene sentido.	
	Aceptar lo que la otra persona dice aunque no se esté de acuerdo.	
	Estar muy atento y aceptar emociones positivas y negativas del otro.	
	Mantener el respeto. No interrumpirse.	
	No ofrecer al otro consejos si no los ha pedido, ni crítica, sino ayudarlo a encontrar sus propias respuestas y soluciones.	
	No es aconsejable decir todo lo que uno piensa.	
	Expresar y adueñarse de sus percepciones, reflexiones, valores, sentimientos, expectativas, necesidades, deseos, intenciones y acciones, enviando mensajes que comiencen con “yo”.	
	Evitar palabra como “siempre” o “nunca” cuando se trata de una exageración.	
	Aprender del pasado, pero concentrar la comunicación mayormente en el presente y el futuro	

En esta etapa del postparto se sabe que aumentan los niveles de estrés en la mujer y algunas veces en las personas que le rodean. Este tipo de experiencias pueden facilitar que los sistemas de comunicación se dañen y como consecuencia a esta situación, que aumente el nivel de estrés aún más. Esta situación podría provocar un incremento en la manifestación de síntomas negativos y hacer sentir a la mujer fuera de control y en desventaja ante la vivencia de este periodo tan lleno de cambios. Esta es la principal razón del entrenamiento en esta área y se espera que pueda ser integrada a la vida de la persona para poder ser aplicada ante otras situaciones y momentos de la vida.

En la medida que la mujer (e idealmente quienes la rodean) aprenda a comunicarse de modo asertivo, evitará malos entendidos, y todo el desgaste que esto puede implicar, mejorando sus relaciones con los demás.

Es valioso dar a conocer a la participante la importancia de tomarse un tiempo prudencial para pensar lo que va a decir, especialmente si es un asunto delicado que significaría un cambio en los círculos en que ella se mueve.

A continuación se muestra un cuadro de autoregistro (en base a la propuesta de Cuenca y Leiva, 2004) que la paciente debe llenar durante la siguiente semana, no necesariamente con los días de la semana, sino más bien haciendo alusión a las situaciones en las que la participante se ha visto con problemas de comunicación. Al igual que los anteriores deberá brindarse a la siguiente sesión para someterlo a un proceso de retroalimentación.

CUADRO# 7 AUTORREGISTRO DE COMUNICACIÓN ASERTIVA (Anexo #11)				
<i>Situación</i>	<i>Pienso que los demás...</i>	<i>Esto me hace sentir...</i>	<i>Por lo tanto yo...</i>	<i>¿Cómo lo puedo decir?</i>
Ejemplo: Cada vez que mi suegra me visita me "llama la atención" con respecto a cómo debo cambiar los pañales de mi bebé.	Pienso que ella posiblemente me vea como incapaz de llevar a cabo estas tareas.	Me enoja y a la vez me da vergüenza porque me hace sentir como inútil.	Sigo sus instrucciones aunque me parezcan inadecuadas y luego cuando se va tengo que volver invertir tiempo colocando el pañal de nuevo.	Le diría: "Le agradezco su preocupación, pero me siento más cómoda poniéndole el pañal en la manera que siempre lo hago".
Ejemplo: Mi pareja asume	Creo que él no podrá entender	Me siento sola con esta gran	Paso disgustada a menudo con él	Le podría decir "Estoy muy agotada con la

que las tareas relacionadas con el niño me corresponden únicamente a mí, aunque paso el día igual de ocupada que él.	el desgaste que me provocan todas estas nuevas tareas.	responsabilidad y muy cansada física y emocionalmente.	sin resolver mi problema porque no le digo que me ayude.	carga sola del bebé. Me ayudaría mucho que me colaborarás con... (tareas específicas) tales días de la semana. Esto me ayudará a sentirme más aliviada y nos beneficiará como pareja”

Para la semana correspondiente a la retroalimentación se debe tomar en cuenta la importancia de poder comunicar estos aspectos que molestan o dificultan el desempeño de la mujer. Idealmente la mujer se entrenará para poderlos expresar de una mejor manera, en ensayos o prácticas tales como los del autorregistro anterior.

Se seguirá un procedimiento especial para las situaciones de mayor importancia o en las que la cliente no se sienta segura de cómo proceder. Para estos casos se seguirán los siguientes pasos (Cuanca y Leiva, 2004):

1. Escribirlo: La paciente debe reportar por escrito lo que debe decir, de la manera que mejor considere.
2. Revisar con terapeuta: Lo llevará a la terapia donde revisará el contenido para someter el discurso a recomendaciones que los dos aborden en ese momento. Se harán las modificaciones del caso.
3. Ensayo conductual (Beck y col, 1983): Ensayar la situación de comunicación, en la que se finja de modo terapéutico, que la participante comunica la información del modo que ha planeado. Puede utilizar al terapeuta como reemplazo imaginario que ocuparía el lugar de la tercera persona a la que se necesita hacer el comunicado, o recurrir al método de la “silla vacía” en el que imaginariamente se coloca a la persona con quien se debe tener la conversación en un silla desocupada en el consultorio, hacia la que se dirige la práctica del discurso. Esta práctica será sometida a una retroalimentación por parte de la sujeto y del terapeuta para

reforzar, en caso de ser necesario, el uso específico de palabras, tono y volumen del discurso. Pueden llevarse a cabo prácticas de refuerzo fuera de la consulta para que la cliente se sienta más segura y esté más preparada para emitir su comunicado.

4. Decirlo: Un vez que se ha practicado en la consulta y fuera de esta el discurso, se procederá a que la participante tenga la conversación planeada a nivel real con la persona correspondiente según su inquietud o situación. Para este último paso y culminación del proceso, se deben tener claros los criterios mencionados anteriormente con respecto a las Recomendaciones para la Comunicación Asertiva.

C. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LÍMITES

La puesta de límites es de gran importancia para cualquier periodo de la vida, sin embargo, para el momento del postparto, en el que las nuevas labores e interacciones aumentan, puede perderse el control de muchas de las acciones, disminuyendo los sentimientos de autovalía y autocontrol. En algunos casos este descontrol responde a que las interacciones son carentes de límites en los que las demandas o necesidades de terceros ahogan a la mujer de un modo descontrolado.

Este periodo puede estar lleno de alegría cuando la mujer recibe la ayuda y comprensión de quienes la rodean, de lo contrario, puede sentirse agobiada e incapaz de hacer frente a su maternidad. Para contrarrestar esta posibilidad e instrumentar a la mujer en un mejor desempeño de sus funciones se propone este apartado.

La carencia de límites se puede presentar a varios niveles, siendo los más comunes a nivel de la comunicación. Cuando las reglas o demandas no se expresan de manera clara, se prestan para que se asuman situaciones o responsabilidades equívocas. Esta disfuncionalidad, así como la desobediencia de reglas que se han asumido como verdaderas, se dan en la mujer en el postparto en función de algunos vínculos típicos, entre ellos: la pareja, el bebé, los hijos, otros significativos (padres, hermanos, suegros, compañeros o amigos).

Al igual que las habilidades en comunicación asertiva, es de gran importancia desarrollar capacidades relacionadas al manejo de límites, con respecto a la propia persona y con respecto a los demás. La capacidad de establecer y obedecer límites tiene, en gran medida, el potencial de facilitar la vida de la mujer en el postparto. El control sobre sus propias rutinas en función de las responsabilidades referentes a la maternidad o no, propicia en la mayoría de los casos, un nivel de autovalía positivo.

Los límites dirigidos a terceros, útiles para fomentar la colaboración y unificación de responsabilidades, es de gran valor para la madre que necesitará la ayuda de terceros en las tareas de cuidado y crianza de la nueva criatura.

Los límites se categorizan en este manual en función de diferentes áreas de interrelación de la mujer. Antes de hacer referencia a las mismas, se abordarán de modo general los principios básicos que las participantes deben conocer para plantear y hacer efectivos los límites. Estos pasos se basan en la propuesta de Calderón (2003) y se muestran a continuación.

1. ¿Por qué es necesario poner límites y establecer reglas?

En situaciones nuevas, como lo puede ser el postparto, las personas suelen necesitar una guía por parte de otras personas que conocen del tema o por parte de quienes se ven directamente en responsabilidad de la situación. Establecer reglas y poner límites viene a ser un modo de aprendizaje para aprender a realizar lo que se desea de un modo adecuado. Es fundamental establecer reglas para fortalecer conductas y lograr el crecimiento personal.

Los límites deben basarse en las necesidades de las personas implicadas en la situación. Lo que se LIMITA es la CONDUCTA, no los sentimientos que la acompañan. A una persona se le puede solicitar que no haga alguna cosa, pero nunca se le puede pedir que no sienta algo o impedirle una emoción o sentimiento.

Los límites deben fijarse de manera que no afecten el respeto y la autoestima de las demás personas. Se trata de poner límites sin que los demás se sientan humillados, ridiculizados o ignorados.

Asimismo, es importante que se señale la situación problemática empleando pocas palabras. Los sermones son poco efectivos y alteran a las personas. Se debe evitar calificar a los demás, solamente señale el problema. Hay que ser firme, pero tranquilo.

2. ¿Qué se puede hacer?

Se debe dedicar el tiempo suficiente a esta tarea. Cuando no se respetan los límites, debe traer consecuencias. Las cuales deben ser proporcionales, directas y, en la medida de lo posible inmediatas a la situación que las provoca. Las consecuencias deben ser adecuadas a la situación. Esto es, que guarden una relación natural o lógica con la conducta en cuestión.

Las reglas deben establecerse de común acuerdo entre ambas partes según corresponda, deben ser el producto de la discusión y el entendimiento.

La disciplina relacionada a los límites depende en gran parte de las habilidades y de las conductas de los adultos, como también de la capacidad para combinar el afecto y el control.

A continuación se presentan posibles deficiencias en límites con respecto a cada una de las relaciones. Los que se mencionan a continuación no son las únicas posibilidades de conflicto, sino que representan de modo general las disfunciones más comunes:

a) Pareja:

- Falta de colaboración en el cuidado del niño.
- Falta de colaboración en las tareas domésticas que incrementan el agotamiento de la mujer.
- Problemas relacionados a la actividad sexual.
- Problemas relacionados con el tiempo que se invierte en la relación de pareja.

b) Bebé:

- Control del amamantamiento.
- Problemas relacionados con los episodios de separación común (madre se separa momentáneamente del bebé para invertir en actividades laborales, sociales, académicas, entre otras, dejando a la criatura al cuidado de terceras personas).

c) Hijos:

- Si ya hay niños pueden reclamar la atención por medio de conductas disfuncionales (rebeldía, maltrato, enfermedad, hostilidad, desobediencia).
- Conflictos relacionados al no desear asumir nuevas responsabilidades de autocuidado o ayuda en labores de la familia.

d) Otros significativos:

- Diferencias problemáticas con respecto al modo de crianza y/o cuidado del nuevo bebé.
- Demandas de tiempo para invertir en actividades sociales o de cuidado de otros familiares, que se ven desfavorecidas por la situación del postparto.
- Falta de apoyo y aumento de exigencias con respecto a los cuidados de la nueva criatura como de la familia extensa o amistades.

Los criterios descritos son generales, y como se dijo anteriormente las carencias en este sentido obedecen a los círculos familiares y sociales en que se mueva la participante.

Para este apartado es de gran importancia tomar en cuenta los factores aprendidos en el apartado anterior de Comunicación Asertiva. El dominio de las técnicas aprendidas anteriormente serán la clave para que el manejo de límites se realice de un modo adecuado.

Muchos de los límites necesarios se pueden establecer de modo verbal especialmente con la pareja o familiares adultos, utilizando los criterios de una comunicación clara, directa y respetuosa tal y como se mostró en el apartado anterior. Otros límites, más difíciles de manejar para la participante podrán ser establecidos tomando en cuenta los siguientes pasos:

Pasos	Procedimiento	Ejemplo
<p>1er Paso: Definir el límite de modo funcional y racional. Estando segura de que la demanda que se hace en este límite no responde a caprichos y que será beneficioso para las partes o convivencia común.</p>	<p>Valorar de modo objetivo las pérdidas que genera la inexistencia del límite y buscar las ganancias implicadas. Responder preguntas ¿Para qué?, ¿Porqué?, ¿Como cambiaría positivamente la situación actual si se estableciera el límite?</p>	<p>Situación: Falta de colaboración de los niños en las labores de autocuidado y/o domésticas. Es funcional y racional establecer un límite en el que los niños asuman estas tareas ya que dificultan la interacción con los padres y el cuidado del nuevo bebé. Además agotan a la madre quien de manera inmediata se responsabiliza de estas tareas cuando ellos no las cumplen. Debería asumir el límite para apaciguar los conflictos y cansancio de la madre de modo inmediato y a mediano plazo aumentaría su autocontrol y autovalía.</p>
<p>2do Paso: Negociación</p>	<p>Las dos partes negocian los beneficios personales que obtendrían de dicho límite y proponen las modificaciones necesarias en caso de que no se esté en total acuerdo. Las dos partes deben de tratar de buscar el beneficio mutuo y no entrar en una lucha de poder. Es muy importante que el límite se describa de la manera más clara posible.</p>	

<p>3er Paso: Establecimiento de un contrato conductual</p>	<p>En caso de ser necesario el contrato se puede elaborar de modo escrito o sino de modo verbal, en el que se describa el compromiso de las partes y las tareas o responsabilidades específicas que se deben asumir. Asimismo, debe incluir las medidas que se aplicarán en caso de que una de las partes no cumpla con el contrato.</p>	
--	--	--

D. ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Este apartado busca emplearse como complemento de todas las habilidades desarrolladas a lo largo de la aplicación del manual (técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, manejo del tiempo, comunicación asertiva, entre otras.) y busca como objetivo principal el desarrollo de habilidades que garanticen la aplicación de soluciones convenientes a los problemas de la participante.

Al igual que algunos de los puntos anteriores, la resolución de problemas es en muchos casos una situación que puede obedecer a malos hábitos que nos llevan a acostumbrarnos a reaccionar de un mismo modo, aunque este no sea productivo, y al que recurrimos porque a corto plazo nos parece más cómodo o por medio del cual se “ahorran” mayores recursos.

“El modo en el que las personas afrontan y resuelven las situaciones conflictivas, no depende únicamente de la situación externa, sino de muchos otros factores, como el grado de amenaza percibida por el sujeto, las habilidades con que cuenta para superarla, la experiencia que posea, el tiempo que disponga para tomar una decisión, etc.” (Olivares y Méndez, 1998. pp 485).

Por lo tanto, el entrenamiento en resolución de problemas pretende brindar a la participante un método sistemático para la resolución de problemas que le proporcione estrategias para que la cliente analice y evalúe posibles opiniones y soluciones excluyendo la ansiedad y el estrés innecesarios.

De este modo, para tener una mejor calidad de vida, la mujer que siente tener dificultades en el posparto, debe aprender a resolver los problemas que le acontecen de un modo hábil e inteligente. Asimismo, se debe recurrir a pedir ayuda a terceros en caso de que no se hayan desarrollado las habilidades pertinentes.

Según la propuesta de Epstein y col. (1988) hay dos factores que pueden relacionarse con las dificultades en la resolución de problemas. Los mismos se describen a continuación:

- ✦ Déficit en la resolución de problemas y conflictos: idealmente la manifestación de algún conflicto en una relación debe generar la identificación de soluciones, la movilización de recursos y la implementación de decisiones. Sin embargo, son muchos los casos en los que la incapacidad de resolver conflictos es un problema crónico que frecuentemente conlleva a situaciones cada vez más estresantes. La ausencia de implementar estrategias efectivas para regular el desequilibrio puede causar mayor estrés y hasta crisis que causen daños permanentes en las relaciones familiares, laborales u otras. Un prerequisite para la buena solución de problemas son las habilidades en comunicación asertiva ya que las mismas crean una atmósfera adecuada para el intercambio de comunicación. Además, la habilidad de solucionar problemas conlleva no solo a la identificación de posibles soluciones, sino también a la identificación adecuada de contextos específicos para la implementación del plan.

Algunos componentes específicos relacionados con el aprendizaje en solución de problemas son:

- Discutir la naturaleza del problema tomando en cuenta la opinión de la otra persona de modo que operacionalmente se haga la definición consensualmente.
 - Generar soluciones alternativas sin inhibir la creatividad.
 - Evaluar sistemáticamente los pro y contras de cada solución potencial.
 - Seleccionar a modo de consenso la solución, o combinación de soluciones que pueden ser más prometedoras.
 - Planear cuales serían los pasos específicos de los que cada uno de los miembros se debe encargar para implementar la solución.
 - Evaluar los resultados.
- ✦ Déficit en habilidades de negociación: Se presenta con regularidad cuando se ha logrado una comunicación clara y se han generado soluciones alternativas, pero con respecto a estas hay diferentes preferencias con respecto a cuales implementar. Esta situación puede llegar a aumentar el conflicto y bloquear el proceso de solucionar el problema.

Stuart (1980, en Epstein y col, 1988) define esta orientación como “ganar-ganar” en la cual los miembros implicados en el conflicto tratan de establecer la solución que consideran adecuada para sí mismos con un fin, a veces egoísta, de poder establecer su propio criterio. En estos casos se puede caer en centrarse en un aspecto conflictivo de la situación, criticar negativamente a la otra persona y temer por el poder o control que se pueda “perder” mediante la negociación.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente se concluye que el entrenamiento en este tipo de habilidades puede facilitar, en gran medida, los procesos críticos por los que la mujer experimenta en el postparto.

En primer lugar la mujer debe lograr acceder de un modo real los problemas que le acontecen, en relación a las áreas en que se manifiestan y en función al malestar provocado. Para este propósito se presenta a continuación una tabla que se puede utilizar como base para este propósito y la cual la participante debe completar según su experiencia.

CUADRO #8: LISTA DE PROBLEMAS PERSONALES
(Anexo #12)

Relación de problemas potenciales en áreas relevantes	Grado de malestar				
	0	1	2	3	4
Salud					
<i>Ej.: Estoy descontenta con mi cuerpo</i>				x	
Trabajo					
<i>Ej.: Temo tener problemas con mi jefe por la incapacidad del parto</i>				x	
Relaciones sociales					
<i>Ej.: Me gustaría salir más con mis amigos</i>			x		

Familia

Ej.: Tengo problemas de comunicación con mi pareja

x

Psicológico

Ej.: Tengo problemas de agresividad

x

Después de que se han identificado los problemas, se propone la utilización del programa propuesto por D´Zurilla y Goldfried (1971, en Olivares y Méndez, 1998) , el cual consta de cinco pasos por medio de los que la habilidad se puede desarrollar de un modo apropiado. La información de cada paso debe ser explicada por el terapeuta y en la sección de anexos se adjunta una fórmula que puede ser facilitada a la paciente para que resuelva de modo escrito cada una de las etapas para la resolución del problema Estos pasos se presentan a continuación:

1er Paso: Orientación del problema ¿Cuál es el problema?

- | |
|--|
| <p>a) Percepción del Problema</p> <p>b) Valoración de las causas y de la importancia del mismo</p> <p>c) Saber de cuánto tiempo y esfuerzo dispone el sujeto</p> |
|--|

En este punto la participante debe definir de modo realista cual es el problema que le acontece. Debe ser sincera y objetiva en esta definición y procurar no depositar la culpa en terceros. Ejemplo: El problema real es que “nadie me ayuda con el cuidado del bebé” o en realidad que la cliente no ha desarrollado las habilidades necesarias para pedir esta ayuda de un modo asertivo o para evaluar esta responsabilidad como compartida con la pareja en vez de que sea única de la mujer.

2do Paso: Definición y formulación del problema ¿Qué otras características tiene este problema?

- | |
|--|
| <p>a) Buscar información relevante y subjetiva.</p> <p>b) Comprensión del conflicto.</p> |
|--|

- c) Establecer metas realistas.
- d) Revalorar el problema después de realizar los pasos anteriores.

En este punto se deben de pensar en las características de este problema y las personas implicadas, si las hay, que participan para que dicho conflicto se manifieste o se atenúe. Se busca responder a otras preguntas en función al problemas tales como ¿Quiénes?, ¿Qué es?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Porqué?. En el anexo se proporcionan las preguntas específicas.

3er Paso: Propuesta de alternativas. Lluvia de soluciones

Se le pide a la participante que haga una lista de posibles soluciones utilizando los siguientes criterios:

- a) Principio de cantidad: cuantas más mejor, para alcanzar el número máximo de posibilidades.
- b) Principio de dilación de juicio: no valorar las consecuencias en este momento, en principio todas las opciones pueden ser válidas.
- c) Principio de variedad

4to Paso: Revisar la lista

- a) Anticipar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa.
- b) Comparar unas alternativas con otras según las consecuencias.
- c) Preparar el plan de acción.

Cuando se termina con el punto anterior se busca hacer una selección de los aportes más importantes. Se pueden combinar soluciones y es de gran importancia evaluar las consecuencias.

5to Paso: Puesta en práctica

- a) Puesta en práctica del plan.
- b) Autoobservación.
- c) Autoevaluación.

Una vez que se han estudiado y evaluado las alternativas se busca que la participante logre aplicar la solución que considere más apropiada, siempre tomando en cuenta las consecuencias de esta y los factores implicados.

6to Paso: Evaluación de los resultados

- a) Autoevaluación.
- b) Autoreforzo si los resultados son satisfactorios o nuevo análisis del proceso de la puesta en práctica si son insatisfactorios.

Después de la aplicación de la solución la participante sabrá si esta fue la mejor elección. En caso de que se considere haber dejado fuera cuestiones importantes, se pueden llevar a cabo los cambios que se consideren prudentes.

Aparte del cuestionario adjunto en los anexos para este proceso, se recomienda el uso de la siguiente tabla que puede servir como base esquemática para el abordaje del proceso de resolución de problemas. La resolución de esta tabla será validada nuevamente en las sesiones posteriores.

**CUADRO#9: PASOS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SEGÚN ÁREAS
(Anexo #13)**

Problemas relacionados con:	Pasos de resolución
Maternidad	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Bebé	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Cuerpo/Feminidad	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	1.
	2.

Pareja	3.
	4.
	5.
	1.
	2.
Familia	3.
	4.
	5.
	1.
	2.
Otros	3.
	4.
	5.
	1.
	2.

E. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARENTALES

Para complementar con el entrenamiento de habilidades anteriores se propone a continuación una reseña general relacionada con nuevos procedimientos a adoptar por parte de la madre y padre del niño en función de dos aspectos: Cuidados y habilidades para la madre, y Educación en habilidades parentales de primer orden. Estos criterios se presentan a continuación.

1. Cuidados y habilidades para la madre en el postparto

a) Descripción general de la situación en el postparto

Como es de esperar, muchas de las mujeres a las que sea aplicado este manual, habrán experimentado, después del alivio, la euforia y la excitación a partir del nacimiento de su hijo y la vuelta a la casa, a los dos o tres días suele coincidir con una caída del nivel hormonal que había sostenido el embarazo, con una caída del estado anímico de la madre y con la bajada de la leche.

La madre pierde la protección del hospital o clínica y siente que ahora toda la responsabilidad del cuidado del bebé recae sobre ella. Le duelen los pechos llenos de leche (turgentes), arden los pezones y molestan los puntos de la episiotomía. Se siente muy insegura y que las cosas le pueden salir mal (Morgenroth, 2002).

La púérpera vive en un estado de vulnerabilidad particular y llora por cualquier insignificancia, o simplemente porque se siente agotada y vacía. Las exigencias nuevas la abruman piensa que nunca podrá ser una buena madre.

Es importante tener en cuenta algunos puntos fundamentales que ayudarán a la mamá a vivir su puerperio "prevenida":

La mamá debería dar desde el comienzo participación al papá en el cuidado del bebé. La pareja va a sobrellevar la crisis del puerperio mucho mejor si comparten esta experiencia nueva tan fascinante y agotadora a la vez. Hay una tendencia a encapsularse con el bebé en una especie de burbuja que los separa del resto del mundo, dejando de lado a la pareja que puede mostrarse resentido, poco colaborador y con la sensación de que ha llegado un intruso que ha robado el amor y la dedicación de su mujer.

La mamá tendrá que ser tolerante con sus emociones encontradas y ambivalentes. Se sentirá muy cansada y limitada, con la sensación de que nunca más va a recuperar su libertad para poder conectarse con el mundo y con sus antiguas ocupaciones. Debería tener en mente que "todo pasa", que el puerperio no es para siempre. Sería fantástico que, a pesar de todo lo mencionado, encuentre momentos en los que pueda disfrutar de tener a su bebé en brazos, acariciarlo, hablarle, cantarle, etc., momentos de felicidad que la maternidad brinda.

Es importante que tengan presente que las mamás también "se hartan" de sus bebés, no aguantan la sensación de encierro y sienten la necesidad de salir a tomar aire fresco. Sin embargo, cuando esto ocurre, les cuesta dejar al bebé al cuidado de otra persona. Las fantasías a veces no muy amables con el bebé las hacen sentir culpables (Morgenroth, 2002).

La recuperación física juega un papel importantísimo en la autoestima de la madre. Coincide con la inestabilidad emocional de la mamá puerpera la imagen poco alentadora que tiene de su físico. Ve con extrañeza su cuerpo amorfo y falto de tonicidad y su recuperación parece lejana, casi imposible de lograr.

Especial importancia exige la recuperación de la pared abdominal y del piso pelviano que han sufrido una gran distensión durante el embarazo y parto. Ya previamente la mamá ha tomado conciencia de la zona del periné, ejercitándolo por medio de la "contracción invisible" (o de Kegel) en cualquier momento del día para así prevenir posibles patologías ginecológicas y también recuperarlo para una buena vida sexual (Morgenroth, 2002).

b) Problemas durante el puerperio

Uno de los problemas más serios y que ocurre con alguna frecuencia es la llamada fiebre puerperal. Sus síntomas son: temperatura superior a los 38 grados, acompañada de escalofríos, intenso dolor en el vientre, loquios amarillentos o verdosos malolientes y en algunos casos hemorragia (UNICEF, 2002).

Dicho estado es consecuencia de una infección provocada por la falta de higiene en la atención durante el parto o el puerperio, o bien porque una parte de la placenta puede haber quedado en el útero. Si no se la combate, esta infección puede causar la muerte, por lo tanto cuando estos síntomas se presentan es preciso concurrir rápidamente al centro de salud.

Estas son algunas molestias que pueden presentarse durante este periodo:

- Que se produzcan algunas contracciones un poco dolorosas debido a que el útero se contrae para retomar su tamaño habitual y a que cuando amamanta al bebé se segregan hormonas que lo contraen.
- Que la mujer tenga pérdidas de sangre (o loquios), que al principio pueden presentar coágulos, abundantes y de color rojo oscuro. Paulatinamente, estas pérdidas se tornan más escasas y cambian al color blanco o amarillento. En general no tienen olor desagradable. Si lo tuvieran, puede significar que se está produciendo una infección interna, caso en el cual la consulta al centro de salud se hace imprescindible. La mujer que amamanta sufre pérdidas menores debido a que las hormonas que se producen durante la lactancia ayudan a la recuperación del útero (además que por el hecho de perder menos sangre también sufre menos de anemia) (UNICEF, 2002).

c) Cambios corporales

Ya durante el embarazo y después de este, se opera una transformación en la psique femenina que no deja de tener su correlato en el cuerpo. La mujer puede que experimente extrañeza con ella misma al sentir que ya no está embarazada, pero tampoco tiene el cuerpo de antes. Puede que se sienta que no está gorda ni delgada, hay estrías y algunas otras irregularidades físicas que pueden indisponer a la mujer con respecto a su propio cuerpo.

Ya que los cambios corporales se van a dar en todas las mujeres después del parto, aunque en diferentes dimensiones, se propone a continuación una rutina de ejercicios sencillos que pueden realizar las mujeres bajo supervisión médica. El fin terapéutico de una rutina de ejercicios es en sí mismo basado en el autocontrol del propio cuerpo que empezará a recuperar la participante. Para estas prácticas el bebé debe ser cuidado por alguna persona de confianza que puede estar en la misma vivienda que la mujer mientras practica los ejercicios.

Por sencillo que parezca la puesta en práctica de una rutina de ejercicios es el inicio de la recuperación de los espacios personales, comenzar nuevamente a hacer

algo sin el bebé. Desplazarse sola, estirarse, desperezarse y volver a sentir cada órgano y cada extremidad en su lugar, puede ser una experiencia muy placentera.

A continuación se muestra una guía de ejercicios, los cuales se deben tomar como base y hacer los cambios necesarios en caso de que existan necesidades o problemas físicos particulares en cada mujer.

Rutina de gimnasia postparto

(Anexo #14)

(Tomado de <http://www.tuytubebe.com>)

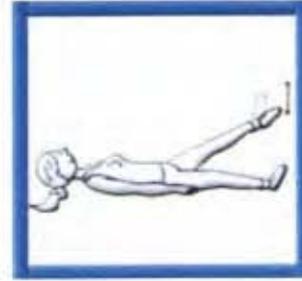
Una vez que se tenga la autorización del médico para realizar ejercicios, se propone la siguiente rutina para realizar diariamente de tres a cuatro veces cada ejercicio. Estos ejercicios pueden realizarlos tanto las mujeres cuyo parto fue vaginal como aquellas que tuvieron cesárea:

- Masajea el abdomen hacia abajo con presión estimulando la flexibilidad de las fibras musculares para volver a su estado inicial y acompañar el útero en su descenso

Realiza masajes circulares en el abdomen en dirección de las manecillas del reloj y el recorrido del intestino para estimular los movimientos del intestino y para evitar que las primeras deposiciones sean lentas y dolorosa. Antes de dar del cuerpo la madre debe envolver la mano en papel higiénico y apretar la zona del periné, o de los puntos para favorecer la expulsión de la materia fecal sin dolor.



- Respiración abdominal: acostada con las rodillas flexionadas, toma el aire y expúlsalo apretando los glúteos y el periné.
- Acuéstate boca arriba con las rodillas flexionadas , eleva un pie y mueve los tobillos realizando círculos y movimientos hacia arriba y hacia abajo de los pies primero un pie y luego el otro.



- En la posición anterior, sube un pie a la altura de la rodilla del otro pie y bájalo suavemente.

- Camina apretando los glúteos, el periné y el abdomen.
- Finalmente colócate de lado y siéntate lentamente, si te mareas espera unos segundos, una vez pase el mareo incorpórate totalmente.

d) Proceso de amamantamiento

El amamantamiento para algunas mujeres, especialmente para las primíparas es a veces una tarea difícil de aplicar. En algunos casos no se creen tener los conocimientos adecuados para este proceso y tras algunos intentos pueden despertarse sentimientos de incomodidad y hasta frustración.

Para los casos que así lo necesiten, se propone a continuación una guía básica sobre los pasos que podrían facilitar esta habilidad. Esta guía también se encuentra en los anexos de este manual para que sea facilitada a las mujeres que así lo necesiten.

Una guía para madres que amamantan: La primera semana (Calandro, 2003).

(Anexo # 15).

Las primeras semanas de lactancia son importantes pues usted y su bebé están aprendiendo una destreza nueva. Después de las primeras semanas, el lactar es más fácil.

Dar el pecho con frecuencia en las primeras semanas, desarrolla una producción de leche más generosa que en las semanas siguientes. La posición del bebé al pecho es muy importante para que el bebé tome el pecho correctamente y

cómodamente. Asegúrese que su bebé abra la boca grande y que cubra la mayor parte del pezón (la aureola). La lactancia no debe doler. Confíe en sus instintos. ¡Si usted siente que necesita ayuda colocando el bebé al pecho, solicítela!

Día 1 - Un día soñoliento para la mayoría de los bebés, manténgalo con usted y aliméntelo siempre que muestre señales (si abre la boca buscando el pecho o mordiendo la manita), o por lo menos cada 3-4 horas. Si él está soñoliento usted necesitará despertarlo para alimentarlo. Despiértelo quitándole la camisa y frotándole la espalda en una habitación con poca luz.

Día 2 - Su bebé debe lactar 8-12 veces por 10-40 minutos cada vez. La mayoría de los bebés se alimentan muy frecuentemente en el segundo día. ¡Eso es excelente!, ¡Su bebé sabe lo que él está haciendo, así que relájese!, usted no está siendo utilizada como chupete. (Recuerde que los chupetes pueden causar problemas, así que no los utilice en el primer mes a no ser que sean la única opción para alimentar al bebé.) Espere ver dos o más pañales orinados y dos o más con excremento. El suplementar con fórmula no es una buena idea, a menos que esté indicado por un médico.

Día 3 - Su bebé debe amamantarse frecuentemente. Su cantidad de leche puede aumentar hoy y usted podría notar que bebé toma más. Su bebé podría haber perdido peso, pero hoy debería comenzar a recuperarlo. Espere tres o más pañales mojados y tres o más con excremento (cada vez de color más claro). Usted podría necesitar sacar un poco de leche de su pecho antes de amamantar, para hacer la tarea más fácil. Duerma cada vez que el bebé duerme. No se olvide de comer para mantener alta su energía. También tome bastantes líquidos.

Día 4 - Amamante cada 2-3 horas, su bebé debe mostrarse más alegre después de comer. Él podría alimentarse varias veces seguidas. Aumentan los pañales orinados y con excremento. Permita 20 minutos en el primer lado, y después todo el tiempo que necesite en el segundo. Su estómago es pequeño. La leche materna se digiere rápidamente.

Día 5 - Hoy es un día importante. Revise la siguiente lista para ver cómo van las cosas. Si usted responde sí, la lactancia va bien. Si usted responde no, por favor contacte su

proveedor de cuidados de salud para ayuda adicional. ¡Es más fácil solucionar un problema pequeño que uno grande!

1. ¿Siente usted que la lactancia va bien?
2. ¿Ha aumentado su cantidad de leche? (Sus pechos se sienten más llenos, más tibios, el bebé toma más).
3. ¿Puede su bebé lactar cómodamente y permanecer en el pecho sin dificultad?
4. ¿Cada vez que su bebé se alimenta, lo hace bien al menos 10 minutos en cada lado?
5. ¿Se muestra su bebé alerta y pide comer cada 2-3 horas? (8-12 comidas/24 horas)
6. ¿Sus pechos se sienten más firmes antes de amamantar y más suaves después?
7. ¿Ha disminuido o desaparecido la incomodidad de los pezones?
8. ¿Está su bebé mojando 6 pañales y esta teniendo por lo menos 3 excrementos grandes, suaves y amarillentos cada 24 horas?
9. ¿Escucha que el bebé traga la leche cuando lo amamanta?
10. ¿Su bebé parece más satisfecho y alegre después de lactar?
11. Si la piel de su bebé era amarilla (ictérico) ¿Es ahora menos amarilla?
12. ¿Ha hecho usted la cita de seguimiento para evaluar el peso del bebé, para cuando cumpla una semana de nacido?

Después del día cuatro y hasta las cuatro semanas de edad, el excremento es el indicador más importante de cómo su bebé se encuentra. Por lo menos tres excrementos grandes (del tamaño del puño del bebé o más grande) más 6-8 pañales mojados son buenas señales.

Alrededor de 14 días, él deberá recuperar el peso que tenía al nacer. Recuerde, él necesitará mucho que lo toquen y carguen en las primeras semanas para el bienestar y el desarrollo sano.

e) La sexualidad en el postparto

Las mujeres, en el puerperio dicen sentirse frágiles, perdidas, extrañas en sus cuerpos, terriblemente vulnerables. Algunas extrañan la panza, otras, ante la inflamación y las puntadas en el periné, se preguntan si van a volver a sentir placer sexual alguna vez.

Como una mujer se sienta después del parto dependerá de como haya sido tratada por aquellos que la asistieron. Si ha sido considerada como una persona, si su cuerpo ha sido tratado con consideración, si ha sido informada acerca de lo que iba ocurriendo, es probable que sienta que su cuerpo aún le pertenece y que ella ha

jugado un rol activo y protagónico y que aún mantiene su autonomía. Si, por el contrario, ha sido tratada como un objeto, si ha sido examinada con brutalidad, sentirá que su cuerpo ya no le pertenece, y será muy penoso llegar a reconciliarse con esa experiencia y recuperar sus sensaciones placenteras (Fogliati, 2004).

Son muchos los cambios que tienen lugar en el cuerpo alrededor de las seis semanas posteriores al nacimiento, en la famosa "cuarentena". El útero se está contrayendo y retornando al tamaño y posición que tenía antes del embarazo. El sistema hormonal está en plena modificación, puede haber aún pérdidas de sangre, los pechos comienzan a lactar y están a veces tan pesados e inflamados, que producen la sensación de que van a explotar.

Muchas mujeres se sienten molestas, adoloridas, asexuadas, extrañas en sus cuerpos. Otras, por el contrario, se sienten plenas, sorprendidas con su capacidad de producir leche en abundancia, muy satisfechas con la conciencia de estar conectadas con las fuerzas naturales en sus cuerpos de mujer (Fogliati, 2004).

El nacimiento también afecta a los hombres en este sentido. Si han estado en el parto o han compartido con sus compañeras la preparación para el parto y han tomado conciencia de los sutiles e intrincados cambios por los que los cuerpos de sus mujeres han pasado, es probable que hayan ganado un nuevo conocimiento respecto de la sexualidad femenina.

Pero también puede suceder que el hombre sienta miedo de acercarse nuevamente a su compañera. La vagina se ha transformado en el canal de parto y los pechos se han preparado para amamantar al bebé. A cualquier mujer que le hayan hecho una episiotomía, se le puede hacer muy difícil, pensar en el reencuentro sexual.

Está, por otro lado, la dificultad en rearmar la imagen corporal, la fantasía de que la vagina quedó más grande después del paso del bebé, y por lo tanto el placer y la sensibilidad estarán disminuidos. Está también el miedo a que con la penetración, "los puntos se abran". Puede haber miedo también a quedar embarazada. El hombre puede sentir también culpa de lastimar a su mujer, o de ocasionarle dolor.

El reencuentro sexual puede no resultar fácil. El cuidado y la presencia del bebé dificultan la espontaneidad. Es importante poder esclarecer todo lo que aparece como atentatorio, y tal vez anticiparse a algunas situaciones que pueden ofrecer dificultad.

Los músculos de la vagina son lo suficientemente elásticos y flexibles como para permitir tanto la entrada del pene, como la salida de un bebé sin alterarse

demasiado. Podemos sugerirle a la mujer que practique los ejercicios de Kegel a fin de devolver a la vagina un tono muscular adecuado (Fogliati, 2004).

Sabemos que debido a las modificaciones hormonales, la vagina pierde lubricación en el puerperio, por lo que es recomendable recurrir a algún lubricante como puede ser vaselina, a fin de elastizar por un lado los músculos del periné, y por otro, facilitar la penetración, que de todos modos no deberá ser muy profunda en estos tiempos. Es conveniente poder relajar los músculos del periné en el momento de la penetración.

Respecto del fantasma del embarazo es recomendable, en los primeros tiempos tener a mano preservativos, hasta tanto la consulta con el médico oriente a la pareja respecto de la forma de anticoncepción que se va a utilizar (Fogliati, 2004).

No obstante, aunque todas estas modificaciones corporales pueden causar en la mujer sentimientos de temor o de incomodidad con respecto a la vivencia de su sexualidad, esta es un área con la que ella debe retomar paulatinamente contacto y control.

Si existen disfunciones en la vida sexual de la pareja es un tema que se puede incluir en la terapia. Si es necesario se debe incluir a la pareja de la mujer para lograr un trabajo más integral y conjunto.

Los puntos principales a tratar en esta área tienen que ver con la comunicación de la pareja y herramientas para retomar el espacio de la intimidad sexual.

Como se ha mencionado anteriormente, durante el postparto la mujer puede experimentar algunos sentimientos encontrados en función de su vida sexual. El coito, particularmente, puede ser un acto que se desea por un lado y al que se teme por el otro. La tendencia a evitar el encuentro sexual puede responder al temor por experimentar dolor y por consecuencia, el hecho de no lograr experimentar placer.

El primer paso para abordar el este tipo de problemas gira en torno a conocer la causa específica que motiva el distanciamiento sexual (Penner y Penner). En este sentido, se retoma la importancia de trabajar este apartado con la pareja de la participante para lograr una recuperación más integral y en que las dos partes estén implicadas en la tarea.

Entre las posibles causas comúnmente se mencionan las siguientes (Penner y Penner, 1998):

- **Ansiedad:** esta sensación se puede experimentar como producto de temor a no alcanzar alguna norma o temor a experimentar dolor. Si este es el caso es importante contrarrestar sus efectos por medio de la reestructuración cognitiva y técnicas de relajación.
- **Circunstancias de la vida**
- **Experiencias del pasado**
- **Problemas en la relación**

Estos tres últimos aspectos pueden estar relacionados entre sí como producto de la experiencia del postparto y de los cambios físicos del propio cuerpo, que no siempre son bien aceptados.

Es importante que ambos miembros de la pareja estén en disposición de referirse abiertamente a los malestares o deseos que puedan estar experimentando en función de esta área. En este apartado se pueden retomar las técnicas ya conocidas para la comunicación asertiva. Asimismo, se pueden retomar la rutina de ejercicios descrita antes para trabajar sobre la imagen corporal y propiciar las modificaciones necesarias para que la mujer se sienta más satisfecha con su apariencia.

La pareja debe definir tareas y espacios en función exclusiva de la relación de pareja (por ejemplo, tratar de salir solos al menos una vez al mes, por lo menos una vez a la semana buscar un contacto de intimidad sexual y retroalimentarse en función a los avances, y dedicar al menos 15 minutos diarios exclusivamente a la pareja para conversar, compartir una comida, entre otros).

2. Educación en habilidades parentales de primer orden

El recién nacido es un ser que estará por un largo período en un proceso de continua transformación. La adaptación de este nuevo ser exige la progresiva organización de sus acciones. Esto conducirá al desarrollo de su inteligencia y a la construcción del conocimiento. A continuación se describen algunos criterios que pueden ayudar a la mujer a manejar algunas tareas relacionadas al cuidado del bebé.

- **Estimular al bebé:** El niño necesita que se favorezca una ejercitación de su esquema corporal y una estimulación de los sentidos para facilitar su desarrollo y potenciar la comunicación con los adultos y ambiente que le rodea. Cuando nace el niño presenta acciones reflejas, entre las más importantes está la succión y deglución que le permiten alimentarse. Las acciones se reflejan y se

activan mediante las necesidades corporales como el hambre o algún estímulo externo.

Algunos tipos de estimulación son ejercicios sencillos de aplicar, tales como colocar un foco de luz frente al bebé y moverlo lentamente. Esto estimula al bebé a que mueva la cabeza de un lado a otro. Al tocarle la palma de la mano intenta agarrar, lo que se siente como una presión. Si se le sujeta por las axilas, en la posición de pie, tiende a andar de forma automática. El bebé oye pero no puede localizar los ruidos, pero se tranquiliza con una voz suave o con sonidos agradables.

El bebé duerme casi todo el día. Se despierta si tiene hambre, se vuelve a dormir cuando está satisfecho.

- *Cómo se comunica el bebé:* La comunicación del pequeño se lleva a cabo a lo largo del día mediante las diferentes interacciones que tienen lugar, tales como el baño, la alimentación. Esta última tiene una importante carga afectiva para el niño en la cual percibe el olor de la madre, del alimento y hay una comunicación entre niño y madre mediante sonidos, caricias y miradas.

El llanto es el primer lenguaje del recién nacido. El adulto irá entendiendo qué quiere decir el llanto (hambre, sueño, gases, entre otros). Es muy importante que el adulto logre ir diferenciando entre distintos llantos. Esto evitará tensiones en el adulto, que con frecuencia acaban transmitiéndose al bebé, complicando y llenando a menudo de temores las relaciones entre este y el adulto. Según Gisbert (2003) se pueden diferenciar casi en todos los niños los siguientes tipos de llanto:

- Un llanto fuerte que se interrumpe por movimientos de succión, puede significar que el bebé tiene hambre.
- El llanto más prolongado y de tono más bajo puede ser indicativo de malestar.
- El llanto agudísimo puede significar que el bebé tiene un dolor intenso.

El llanto extensivo, que parece un lamento, puede indicar que el niño está percibiendo una situación de conflicto a su alrededor. Es un gimoteo que puede durar horas.

La madre o quien cuide al bebé podrá dar respuesta a estas manifestaciones pero no de modo indiscriminado. Si cualquier expresión de llanto conlleva a una intervención, el bebé se acostumbra a que el llanto atraiga la atención y muchas veces llorará por esta única razón. Por eso es tan importante que exista

una pauta de actuación y respetarla, teniendo en cuenta que hay que reconocer el tipo de llanto.

Guispert (2003) se refiere a la *ansiedad* que experimenta el bebé con respecto a muchas situaciones de su entorno. Para el recién nacido todas las situaciones a su alrededor son nuevas y ante muchas de éstas experimenta inconformidad o temor. A medida que va apareciendo la memoria, el niño va haciéndose capaz de contener la ansiedad que algunas experiencias le propician. Asimismo, las personas que rodean al pequeño irán aprendiendo a contener sus ansiedades, no poniéndose nerviosas cuando el niño llora, por ejemplo. De este modo estarán más preparadas para enseñar al bebé a esperar y contener sus deseos, en contraposición a las personas ansiosas las cuales quieren dar una respuesta inmediata a todo, pero lo único que se logra es transmitir sus nervios al bebé. En relación con el llanto y la ansiedad el autor se refiere al espasmo del sollozo. El mismo es un acceso violento de llanto, motivado por un fuerte estado de ansiedad, que puede dejar al bebé sin respiración durante un instante e incluso hacerle perder el conocimiento. Suele ser un trastorno ocasional que si se repite frecuentemente debe ser motivo de consulta médica.

- *Cuidados del bebé:* Entre los cuidados del bebé más básicos se mencionan los siguientes:
 - *El baño:* El baño es un momento importante en el que el bebé puede tomar un papel activo desde el primer momento. La temperatura del agua influye en la actividad muscular del niño, si es tibia (alrededor a los 37 grados centígrados) le ayudará a relajarse, si es fría ocurrirá lo contrario. Es importante que al momento del baño el bebé esté tranquilo para que disfrute del mismo, y los padres deben tener el tiempo suficiente con tal de compartir el momento de modo apropiado. Si hay hermanos también ellos pueden participar de este proceso que enriquecerá la experiencia del descubrimiento del propio cuerpo.
 - *La habitación:* Deben existir condiciones adecuadas de luz, ventilación, temperatura y humedad. La posición más adecuada del bebé en su cuna es boca abajo, de este modo si mientras duerme devuelve líquidos disminuye la probabilidad que haya un ahogo. Los colores sirven para estimular el sentido de la vista. No es necesario que haya un exceso de juguetes o de objetos decorativos.

- *La ropa del bebé:* Es muy importante que la ropa deje en libertad de movimiento al bebé. Los tejidos deben ser suaves y ligeros, preferiblemente de algodón ya que la piel es muy sensible y delicada.
- *La alimentación:* La alimentación natural (pecho) o artificial (chupón) ha sido influida por factores sociales tales como la comodidad, necesidad, trabajo de la madre, razones estéticas, entre otras. Sin embargo, la leche materna se sigue considerando como el alimento por excelencia para el niño. El proceso de amamantamiento, como bien se conoce, proporciona no solo la dosis de alimento que el niño necesita, sino también propicia una sensación de calidez, ternura y afecto que el niño percibe, tales como intercambio de miradas, sonrisas, tacto de la piel, entre otros. En los casos en que la madre no pueda amamantar al bebé es importante que se sustituya el biberón con leches maternizadas preparadas y se continúe el contacto físico en la medida de lo posible, para que se trate de reducir la única diferencia en relación con la sustitución del pezón.
- *El sueño del bebé:* Es muy necesario proteger el sueño del bebé en beneficio de su salud. Debe de dormir tanto como necesite y estos periodos de descanso deben de protegerse tanto del ruido como de la agitación. El ritmo de sueño del recién nacido está estrechamente relacionado con el grado de satisfacción alimentaria y bienestar corporal. Este ritmo es particular para cada niño y los cuidadores deben aprender a reconocer este patrón. Las alteraciones del ritmo habitual suelen estar en relación con la rigidez de los horarios, aplicación inadecuada del régimen alimentario, exceso de estimulación o carencia de ella. Los niños hiperactivos necesitarán un ambiente más relajado y acogedor para conciliar el sueño.

Quienes rodean al bebé deben de disfrutar de sus periodos de descanso y reposo, sin verse agobiados por su cuidado, ni por lograr que el ambiente de silencio se convierta en una obsesión. Cuando el bebé duerme continúa su proceso de adaptación al mundo exterior y lo que necesita es calma, lo cual no quiere decir que no pueda dormir con los ruidos ambientales que el sentido común considera tolerables, como una conversación, ruidos externos a la vivienda.

V MÓDULO: **SEGUIMIENTO**

El presente es el último capítulo de este manual. El mismo busca dar un seguimiento y una evaluación a los procesos que se han aprendido a lo largo de la aplicación de este documento.

Este módulo inicia con la última sesión de terapia, la cual ha venido avisándose a la participante desde que se le explica la estructuración del tratamiento. En esta última sesión se busca evaluar los conocimientos y destrezas adquiridas por la cliente. Para este propósito se recurre a dos momentos que se exponen a continuación:

- *Aplicación de instrumentos de evaluación* (Inventario de Ansiedad/Depresión de Beck o Escala de Ansiedad/Depresión de Hamilton): Los resultados de este cuestionario deberán ser comparados posterior a esta sesión con los resultados anteriormente obtenidos en el Módulo I (Módulo de Diagnóstico), y con las evaluaciones elaboradas a lo largo del proceso. La finalidad de este procedimiento es corroborar la presencia de cambios positivos en el estado de ánimo en función de la aplicación del tratamiento. Esta repetición de las pruebas así como el siguiente punto permitirán la evaluación del proceso en general, los logros alcanzados y cómo ha avanzado la cliente desde que empezó la terapia.
- *Entrevista abierta a la participante*: Se le pide a la cliente que haga una descripción de los avances subjetivos que considera haber alcanzado a lo largo de la intervención. Se busca que ella misma pueda hacer una comparación entre el estado de ánimo predominante al inicio, durante y al terminar el tratamiento psicológico. Por su parte, se debe realizar una retroalimentación en función de las habilidades desarrolladas. Se busca en este punto que ella especifique en que áreas se siente más fortalecida o con más herramientas. Asimismo, es importante que manifieste en que aspectos necesita tener más conocimientos y práctica. Esto con el fin de fortalecer las debilidades explícitas en sesiones de seguimiento o facilitando algún material didáctico que pueda aplicar la persona fuera de la terapia para solidificar lo aprendido en la terapia.

- *Instrucciones del seguimiento:* Se expone a la participante la importancia de mantener la práctica de las habilidades adquiridas así como lo ha hecho hasta este último módulo del tratamiento. Se le menciona que son posibles las recaídas o retrocesos en el estado de ánimo y se le instrumenta a ser sincera con ella misma y reconocer cuando estos episodios se presenten. Si fuera el caso de que se presente una recaída la cliente podrá contactar al terapeuta para concertar una cita, si la gravedad así lo amerita. El terapeuta evaluará la situación para considerar la cita a corto o a mediano plazo (siguiente cita de seguimiento). Si es una detección temprana de la recaída, la participante podrá simplemente reforzar o supervisar sus conocimientos para aplicarlos de modo eficaz.

Como parte del seguimiento se llevarán a cabo una serie de sesiones espaciadas durante los siguientes tres meses, tal como se muestra a continuación:

1ra sesión de seguimiento: Un mes después.

2da sesión de seguimiento: Dos meses después.

3er sesión de seguimiento: Tres meses después.

La finalidad de dichas sesiones será la aplicación de evaluaciones y verificación del manejo de habilidades después del entrenamiento. Se buscará ampliar el manejo de habilidades en áreas específicas si así se requiere. En algunas de estas sesiones se puede incorporar la presencia de terceros significativos que corroboren los resultados permanentes que el proceso terapéutico alcanzó.

Lo que se busca en las sesiones de seguimiento es determinar la *generalización del estímulo*, es decir, que la participante logre poner en práctica las conductas aprendidas en diferentes contextos, así como la *generalización de respuesta* en la que la cliente lleve a cabo conductas similares a las aprendidas durante la intervención terapéutica. Estos dos elementos y el mantenimiento de una conducta adaptativa son los resultados deseados de esta intervención (Milan y Mitchell, 1991).

Asimismo, el refuerzo social de la conducta adecuada ayudará a la generalización y mantenimiento de la conducta, de ahí el apoyo de la familia y de otros significativos (Milan y Mitchell, 1991).

- *Cierre general:* A parte de los puntos anteriormente mencionados, el terapeuta podrá retomar cualquier otro que considere adecuado según cada caso en

particular.

El terapeuta debe recalcar y hacer notorios a la cliente los logros alcanzados y la importancia de este mantenimiento, animándole y responsabilizándole de practicar las diferentes técnicas aprendidas para su beneficio físico y mental.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA), (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR. (4ed.). Washington, DC, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA), (2000). Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- Arrufat F.J. (2000). Diagnóstico de los trastornos mentales del embarazo y el puerperio. En: Revista JANO EMC. Viernes 28 Abril 2000. Volumen 58, No. 1342 pg. 57 - 60. En: www.doyma.es
- Beck, Rush, Shaw y Emery. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. (11 ed.). España: Biblioteca de Psicología, Desclée De Brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología (Volumen 2). España: McGraw Hill.
- Bernstein, D.A. y Borkovec. T.D. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva: Un manual para terapeutas (2ª ed.) Bilbao, España: Desclée Brouwer.
- Caballo, V. (comp.) (1995). Manual de Técnicas de Terapia y modificación de Conducta. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Calandro, A. (2003) Una guía para madres que amamantan: primera semana. En: www.tuytubebe.com
- Carrasco, I. (1996). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva (pp. 667-709). En: J.M. Buceta y A.M. Bueno. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid, España: Editorial Pirámide.

- Comeche MI, Díaz MI, Vellejo MA. (1995). Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Madrid, España: Fundación Universidad-Empresa.
- Corsini, R; Wedding, D. (1989). Current Psychoterapies. Itasca, Illinois. F.E. Peacock Publishers, cuarta edición.
- Davis, M, Fanning, P. Y McKay, M. (1998). Técnicas Cognitivas para el manejo del estrés. España: Ediciones Martínez Roca.
- Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia (3era ed.). España, Editorial Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. (1981). Manual de psicoterapia racional emotiva. (3era ed.) España, Editorial Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. (1999). Una terapia breve más profunda y duradera. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Ellis, A. (2000). Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted. México: Editorial Paidós.
- Engler, B. (1996). Introducción a las Teorías de la Personalidad. (4ta. Ed) México: Editorial Mc Graw Hill.
- Epstein, N. (1982) Cognitive Therapy with couples. En: American Journal of Family Therapy, 10, 1982
- Foglia, L. (2002). La sexualidad en el postparto. En: www.planetamama.com/parto
- Kaplan, H.I. y Sadock B.J. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta, Psiquiatría Clínica. (8va ed). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Jacobson, N. y Christensen, C. (1996) Acceptance and Change in Couple Therapy. A Therapist's Guide to Transforming Relationships. New York: U.S.A.: W.W. Norton y Company.
- Jacobson, N.S., y Margolin, G.(1979). Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York: Bruner/Mazel.
- Jadresic, E. (1996). Depresión Postparto: Aspectos Antropológicos y Transculturales. En: Revista PSYKHE de la Universidad Católica de Chile. Volumen 5, Número 2, Noviembre 1996. Santiago, Chile.
- Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M.A., y Zeiss, A. (1986). Control your depression. New York, Estados Unidos: Prentice Hall Press.
- Martín G., y Pearl, J. (1999). Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla. (5 ed.). México: Prentice-Hall.
- Masters, Johnson y Kolodny (1985). Human Sexuality (2da ed.). Estados Unidos: Little, Brown and Company.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). Facilitating treatment adherence. A practitioners guidebook. Nueva York: Plenum Press.
- Minici, A., Dahalo, J., y Rivaneira, C. (2000) La terapia Cognitivo-Conductual. En: www.campodepsicología.com/cdp105htm
- Olivares, J., y Méndez, F.X. (1998). Técnicas de relajación y respiración (pp. 27-78). Manual de técnicas de modificación de conducta. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.
- Penerini, A. (2002). Quiero mi cuerpo de antes!!!. En: www.planetamama.com/parto
- Penner, C.; Penner, J (1998). El hombre y la sexualidad. (2da Ed.) Estados Unidos, Editorial Caribe.

- Pérez, T., Pedros, A. y Aguilar, C. (2000) Trastornos afectivos relacionados con el postparto: blues y depresión. En: C. Leal. Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona, España: Editorial Masson
- Pichot, P., López, J.J., Valdés M. (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Poling, A., Schlinger, H., Starin, S., Blakely, E. (1990). Psychology: A behavioral Overview. Nueva York, Estados Unidos: Plenum Press.
- Ramírez, R. (2003). Definición conceptual de la Modificación de Conduita. Perspectivas contemporáneas de la Modificación de conducta. Modelos Emergentes. Conferencia presentada en el XIV Simposio costarricense de Psicobiología - I Simposio Costarricense de Análisis Conductual Aplicado. Auditorio de la Ciudad de la Investigación, Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica.
- Rehm, L. (1998). Métodos de autocontrol (pp. 655-683). En: V.E. Caballo (Ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (4ta Ed). Madrid: Siglo XXI.
- Salamero, P. Navarro García, L. García Esteve. (2000). Urgencias psiquiátricas en el puerperio. En: Jano, Medicina y Humanidades, Viernes 25 de Febrero, 2000, No. 1333, pg. 63. En: www.doyma.es
- Skinner, B.F. (1977). Sobre el Conductismo. Barcelona, España: Editorial Fontanella.
- Valerio, F. (2002) Propuesta de un Manual Cognitivo Conductual Emocional familiar Dirigido a Terapeutas para el Tratamiento de la Bulimia Nerviosa. Trabajo final para optar por el título de Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Vallejo, J. (1999). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. (4 ed.). Barcelona, España: Editorial Masson.
- UNICEF, (2002). Problemas durante el puerperio. En: www.planetamama.com/parto

UNICEF (2002). Molestias durante el puerperio. En: www.planetamama.com/parto

Williams JW, Hitchcock P, Cordes JA, Ramírez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed?. JAMA 2002; 287: 1160-1170

En Internet:

www.bipfaes.es. Mayo, 2004

www.iespana.es/cryssa/relajación_larga. Mayo, 2004

www.psicomag.com/neuropsiquiatria. Octubre, 2004

www.tuytubebe.com/contenido/posparto/rutina_gimnasia_posparto. Diciembre, 2004

-ANEXOS-

ANEXO #1

Test Psicométrico de Depresión de Hamilton

Marque el círculo al final de cada síntoma que haya experimentado su paciente, en forma casi diaria, durante el último mes.

1	<p>Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente</p> <p><input type="checkbox"/> Estas sensaciones las relata espontáneamente</p> <p><input type="checkbox"/> Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)</p> <p><input type="checkbox"/> Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea</p>
2	<p>Sentimiento de culpa:</p> <p><input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones</p> <p><input type="checkbox"/> Siente que la enfermedad actual es un castigo</p> <p><input type="checkbox"/> Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</p>
3	<p>Suicidio:</p> <p><input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Le parece que la vida no vale la pena ser vivida</p> <p><input type="checkbox"/> Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse</p> <p><input type="checkbox"/> Ideas de suicidio o amenazas</p> <p><input type="checkbox"/> Intentos de suicidio (cualquier intento serio)</p>
4	<p>Insomnio precoz:</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad ocasional para dormir, por ej. le toma más de media hora el conciliar el sueño</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para dormir cada noche.</p>
5	<p>Insomnio intermedio:</p> <p><input type="checkbox"/> No hay dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea</p> <p><input type="checkbox"/> Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)</p>
6	<p>Insomnio tardío:</p> <p><input type="checkbox"/> No hay dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</p> <p><input type="checkbox"/> No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>

7	<p>Trabajo y actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No hay dificultad <input type="checkbox"/> Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en su actividad (dis. de la atención, indecisión y vacilación) <input type="checkbox"/> Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o dis. de la productividad <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda
8	<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Palabra y pensamiento normales <input type="checkbox"/> Ligero retraso en el habla <input type="checkbox"/> Evidente retraso en el habla <input type="checkbox"/> Dificultad para expresarse <input type="checkbox"/> Incapacidad para expresarse
9	<p>Agitación psicomotora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Juega con sus dedos <input type="checkbox"/> Juega con sus manos, cabello, etc. <input type="checkbox"/> No puede quedarse quieto ni permanecer sentado <input type="checkbox"/> Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos
10	<p>Ansiedad psíquica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No hay dificultad <input type="checkbox"/> Tensión subjetiva e irritabilidad <input type="checkbox"/> Preocupación por pequeñas cosas <input type="checkbox"/> Actitud aprensiva en la expresión o en el habla <input type="checkbox"/> Expresa sus temores sin que le pregunten
11	<p>Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Incapacitante
12	<p>Síntomas somáticos gastrointestinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen <input type="checkbox"/> Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13	Síntomas somáticos generales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. <input type="checkbox"/> Pérdida de energía y fatigabilidad. <input type="checkbox"/> Cualquier síntoma bien definido
14	Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales): <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Grave
15	Hipocondría: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Preocupado de si mismo (corporalmente) <input type="checkbox"/> Preocupado por su salud <input type="checkbox"/> Se lamenta constantemente, solicita ayuda
16	Pérdida de peso: <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana <input type="checkbox"/> Pérdida de más de 500 gr en una semana <input type="checkbox"/> Pérdida de más de 1 kgr en una semana
17	Perspicacia: <input type="checkbox"/> Se da cuenta que esta deprimido y enfermo <input type="checkbox"/> Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. <input type="checkbox"/> No se da cuenta que está enfermo
Puntaje: <input type="text"/>	

ANEXO #2

Test Psicométrico de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no durante el último mes los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems que conforman este test.

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Humor ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>				
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>				
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria.	<input type="radio"/>				
6	Humor depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>				
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>				
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>				
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>				
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>				
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>				
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación	<input type="radio"/>				

	precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					
Puntaje:						

ANEXO #3

Inventario de Depresión de Beck

En éste cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea cada uno de ellos atentamente. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos *durante la última semana incluido el día de hoy*, pinchando en el círculo correspondiente. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo, antes de hacer la elección.

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. No me siento triste | <input type="radio"/> |
| Me siento triste | <input type="radio"/> |
| Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo | <input type="radio"/> |
| Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo | <input type="radio"/> |
| 2. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro | <input type="radio"/> |
| Me siento desanimado de cara al futuro | <input type="radio"/> |
| Siento que no hay nada por lo que luchar | <input type="radio"/> |
| El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán | <input type="radio"/> |
| 3. No me siento como un fracasado | <input type="radio"/> |
| He fracasado más que la mayoría de las personas | <input type="radio"/> |
| Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro | <input type="radio"/> |
| Soy un fracaso total como persona | <input type="radio"/> |
| 4. Las cosas me satisfacen tanto como antes | <input type="radio"/> |
| No disfruto de las cosas tanto como antes | <input type="radio"/> |
| Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas | <input type="radio"/> |
| Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo | <input type="radio"/> |

5. No me siento especialmente culpable	<input type="radio"/>
Me siento culpable en bastantes ocasiones	<input type="radio"/>
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	<input type="radio"/>
Me siento culpable constantemente	<input type="radio"/>
6. No creo que esté siendo castigado	<input type="radio"/>
Siento que quizá esté siendo castigado	<input type="radio"/>
Espero ser castigado	<input type="radio"/>
Siento que estoy siendo castigado	<input type="radio"/>
7. No estoy descontento de mí mismo	<input type="radio"/>
Estoy descontento de mí mismo	<input type="radio"/>
Estoy a disgusto conmigo mismo	<input type="radio"/>
Me detesto	<input type="radio"/>
8. No me considero peor que cualquier otro	<input type="radio"/>
Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores	<input type="radio"/>
Continuamente me culpo por mis faltas	<input type="radio"/>
Me culpo por todo lo malo que sucede	<input type="radio"/>
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio	<input type="radio"/>
A veces pienso en suicidarme pero no lo haré	<input type="radio"/>
Desearía poner fin a mi vida	<input type="radio"/>
Me suicidaría si tuviese oportunidad	<input type="radio"/>

10. No lloro más de lo normal	<input type="radio"/>
Ahora lloro más que antes	<input type="radio"/>
Lloro continuamente	<input type="radio"/>
No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	<input type="radio"/>
11. No estoy especialmente irritado	<input type="radio"/>
Me molesto o irrito más fácilmente que antes	<input type="radio"/>
Me siento irritado continuamente	<input type="radio"/>
Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	<input type="radio"/>
12. No he perdido el interés por los demás	<input type="radio"/>
Estoy menos interesado en los demás que antes	<input type="radio"/>
He perdido gran parte del interés por los demás	<input type="radio"/>
He perdido todo interés por los demás	<input type="radio"/>
13. Tomo mis propias decisiones igual que antes	<input type="radio"/>
Evito tomar decisiones más que antes	<input type="radio"/>
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	<input type="radio"/>
Me es imposible tomar decisiones	<input type="radio"/>
14. No creo tener peor aspecto que antes	<input type="radio"/>
Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	<input type="radio"/>
Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	<input type="radio"/>
Creo que tengo un aspecto horrible	<input type="radio"/>

15. Trabajo igual que antes	<input type="radio"/>
Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	<input type="radio"/>
Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo	<input type="radio"/>
Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	<input type="radio"/>
16. Duermo tan bien como siempre	<input type="radio"/>
No duermo tan bien como antes	<input type="radio"/>
Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormirme	<input type="radio"/>
Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme	<input type="radio"/>
17. No me siento más cansado de lo normal	<input type="radio"/>
Me canso más que antes	<input type="radio"/>
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	<input type="radio"/>
Estoy demasiado cansado para hacer nada	<input type="radio"/>
18. Mi apetito no ha disminuido	<input type="radio"/>
No tengo tan buen apetito como antes	<input type="radio"/>
Ahora tengo mucho menos apetito	<input type="radio"/>
He perdido completamente el apetito	<input type="radio"/>
19. No he perdido peso últimamente	<input type="radio"/>
He perdido más de 2 kg	<input type="radio"/>
He perdido más de 4 kg	<input type="radio"/>
He perdido más de 7 kg	<input type="radio"/>

20. No estoy preocupado por mi salud	<input type="radio"/>
Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago o los catarrros	<input type="radio"/>
Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas	<input type="radio"/>
Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	<input type="radio"/>
21. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	<input type="radio"/>
La relación sexual me atrae menos que antes	<input type="radio"/>
Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	<input type="radio"/>
He perdido totalmente el interés sexual	<input type="radio"/>

ANEXO #4

Inventario de Ansiedad (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)				
A continuación le presentamos una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea, por favor, cada uno de ellos atentamente. Haga una valoración del grado de molestia que le ha provocado cada síntoma <i>durante los últimos 7 días</i> , e indíquelo marcando en el círculo correspondiente.				
SÍNTOMAS	VALORACIÓN			
	0	1	2	3
1. Inestabilidad física o cosquilleo (como cuando se duerme un miembro).	○	○	○	○
2. Acaloramiento (no debido al calor o actividad física)	○	○	○	○
3. Debilidad en las piernas	○	○	○	○
4. Incapacidad para relajarme	○	○	○	○
5. Temor a que suceda lo peor	○	○	○	○
6. Mareos o vértigos	○	○	○	○
7. Aceleración del ritmo cardíaco	○	○	○	○
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	○	○	○	○
9. Sensación de estar aterrorizado	○	○	○	○
10. Nerviosismo	○	○	○	○
11. Sensación de ahogo	○	○	○	○
12. Temblor de manos	○	○	○	○
13. Temblor generalizado o estremecimiento	○	○	○	○
14. Miedo a perder el control	○	○	○	○
15. Dificultad para respirar	○	○	○	○
16. Miedo a morir	○	○	○	○
17. Estar asustado	○	○	○	○
18. Indigestión o malestar en el abdomen	○	○	○	○
19. Sensación de irse a desmayar	○	○	○	○
20. Rubor facial (sensación de calor en la cara)	○	○	○	○
21. Sudor (no debido al calor o actividad física)	○	○	○	○
RESULTADO				

ANEXO #5

CUADRO #1: AUTOREGISTRO DE FRECUENCIA Y SENSACIONES ASOCIADAS A LA RELAJACIÓN

DÍA	HORARIO	TIPO DE ESTIMULO	TIPO DE SENSACIONES	SENSACIONES DE SUEÑO
LUNES	am			
MARTES	am			
MIÉRCOLES	am			

JUEVES	am					
VIERNES	am					
SABADO	am					
DOMINGO	am					

ANEXO # 6

CUADRO #2: AUTOREGISTRO DE INTERACCIONES POSITIVAS		
DÍA DE LA SEMANA	ACTIVIDAD	¿CÓMO ME SENTÍ?
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		

Viernes		
Sábado		
Domingo		

ANEXO #7

Cuadro #3 ¿QUÉ ES LA MATERNIDAD PARA MI?

R/		
		SINTOMAS
RESPONSABILIDADES		
GRATIFICACIONES		
MITOS		
OTROS		

ANEXO #8

Cuadro # 4 :PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
SITUACION RELACIONADA	
Maternidad	
Bebé	
Cuerpo/Feminidad	
Pareja	
Familia	
Otros	

ANEXO # 9

CUADRO #5: DEBATE Y BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS A LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES

Día/ Hora	Situación	Me siento...	Pensamientos automáticos	Tipo de pensamiento	Pienso diferente	¿Cómo me sentiría si pensara diferente?

ANEXO #10

CUADRO # 6 TABLA DE AUTOREGISTRO MANEJO DEL TIEMPO

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)	(_/_)
1am							
2am							
3am							
4am							
5am							
6am							
7am							
8am							
9am							

10am

11am

12pm

1pm

2pm

3pm

4pm

5pm

6pm

7pm

8pm

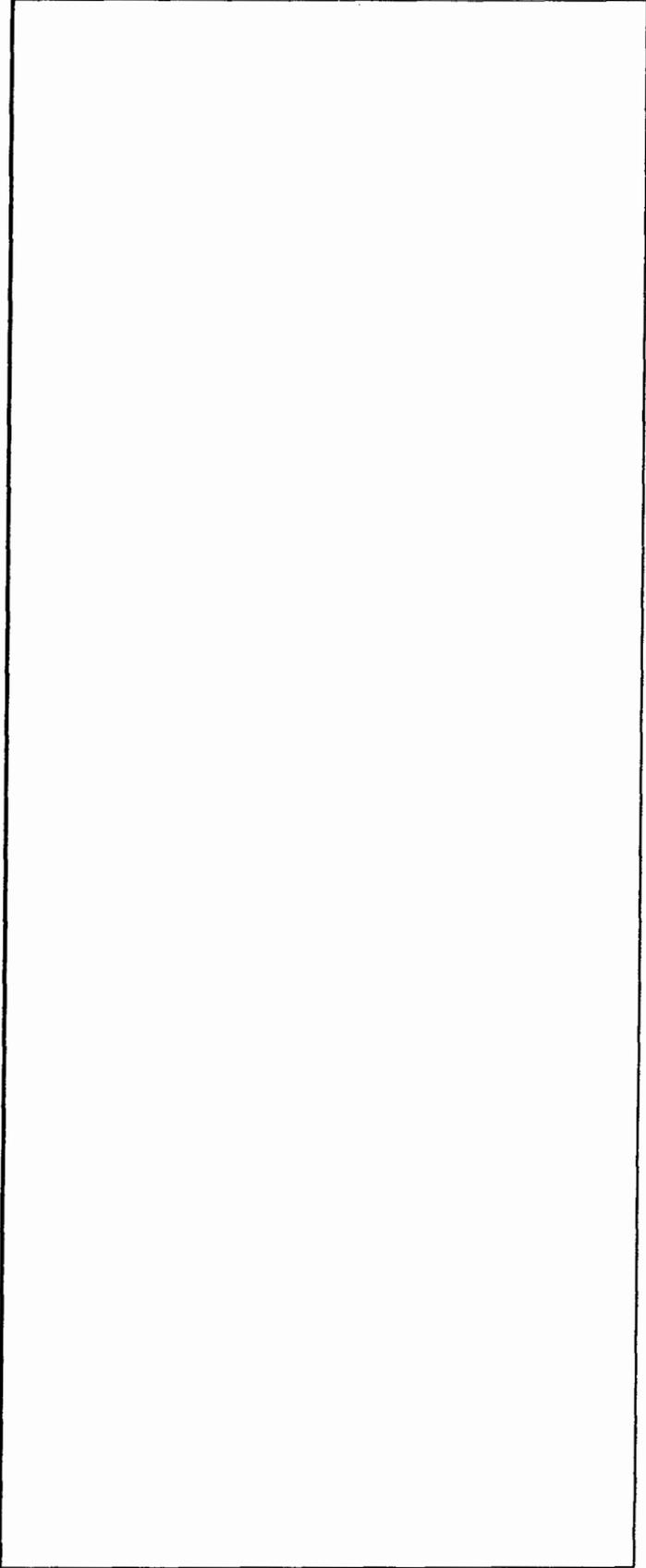
Programar actividades de semana siguiente (Paso D)

9pm				
10pm				
11pm				
12am				

ANEXO #11

CUADRO# 7 AUTORREGISTRO DE COMUNICACIÓN ASERTIVA

<i>Situación</i>	<i>Pienso que los demás...</i>	<i>Esto me hace sentir...</i>	<i>Por lo tanto yo...</i>	<i>¿Cómo lo puedo decir?</i>
Ejemplo: Cada vez que mi suegra me visita me “llama la atención” con respecto a cómo debo cambiar los pañales de mi bebé.	Pienso que ella posiblemente me vea como incapaz de llevar a cabo estas tareas.	Me enoja y a la vez me da vergüenza porque me hace sentir como inútil.	Sigo sus instrucciones aunque me parezcan inadecuadas y luego cuando se va tengo que volver invertir tiempo colocando el pañal de nuevo.	Le diría: “Le agradezco su preocupación, pero me siento más cómoda poniéndole el pañal en la manera que siempre lo hago”.
Ejemplo: Mi pareja asume que las tareas relacionadas con el niño me corresponden únicamente a mí, aunque paso el día igual de ocupada que él.	Creo que él no podrá entender el desgaste que me provocan todas estas nuevas tareas.	Me siento sola con esta gran responsabilidad y muy cansada física y emocionalmente.	Paso disgustada a menudo con él sin resolver mi problema porque no le digo que me ayude.	Le podría decir “Estoy muy agotada con la carga sola del bebé. Me ayudaría mucho que me colaboraras con... (tareas específicas) tales días de la semana. Esto me ayudará a sentirme más aliviada y nos beneficiará como pareja”



ANEXO #12

CUADRO #8: LISTA DE PROBLEMAS PERSONALES

Grado de malestar

Relación de problemas potenciales en áreas relevantes 0 1 2 3 4

Salud

Ej.: Estoy descontenta con mi cuerpo

Trabajo

Ej.: Temo tener problemas con mi jefe por la incapacidad del parto

Relaciones sociales

Ej.: Me gustaría salir más con mis amigos

Familia

Ej.: Tengo problemas de comunicación con mi pareja

Psicológico

Ej.: Tengo problemas de agresividad

ANEXO #13

CUADRO#9: PASOS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SEGÚN ÁREAS

Problemas relacionados con:	Pasos de resolución
Maternidad	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Bebé	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Cuerpo/Feminidad	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Pareja	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Familia	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Otros	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

ANEXO #14

Rutina de gimnasia postparto

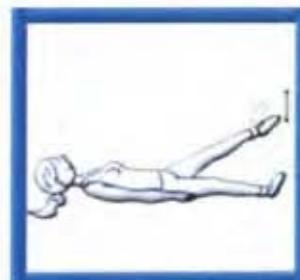
Una vez que se tenga la autorización del médico para realizar ejercicios, se propone la siguiente rutina para realizar diariamente de tres a cuatro veces cada ejercicio. Estos ejercicios pueden realizarlos tanto las mujeres cuyo parto fue vaginal como aquellas que tuvieron cesárea:

- Masajea el abdomen hacia abajo con presión estimulando la flexibilidad de las fibras musculares para volver a su estado inicial y acompañar el útero en su descenso

Realiza masajes circulares en el abdomen en dirección de las manecillas del reloj y el recorrido del intestino para estimular los movimientos del intestino y para evitar que las primeras deposiciones sean lentas y dolorosa. Antes de dar del cuerpo la madre debe envolver la mano en papel higiénico y apretar la zona del periné, o de los puntos para favorecer la expulsión de la materia fecal sin dolor.



- Respiración abdominal: acostada con las rodillas flexionadas, toma el aire y expúlsalo apretando los glúteos y el periné.
- Acuéstate boca arriba con las rodillas flexionada , eleva un pie y mueve los tobillos realizando círculos y movimientos hacia arriba y hacia abajo de los pies primero un pie y luego el otro.



- En la posición anterior, sube un pie a la altura de la rodilla del otro pie y bájalo suavemente.

- Camina apretando los glúteos, el periné y el abdomen.
- Finalmente colócate de lado y siéntate lentamente, si te mareas espera unos segundos, una vez pase el mareo incorpórate totalmente.

(Tomado de <http://www.tuytubebe.com>)

ANEXO # 17

Una guía para madres que amamantan: La primera semana

Las primeras semanas de lactancia son importantes pues usted y su bebé están aprendiendo una destreza nueva. Después de las primeras semanas, el lactar es más fácil.

Dar el pecho con frecuencia en las primeras semanas, desarrolla una producción de leche más generosa en las semanas siguientes. La posición del bebé al pecho es muy importante para que el bebé tome el pecho correctamente y cómodamente. Asegúrese que su bebé abra la boca grande y que cubra la mayor parte del pezón (la aureola). La lactancia no debe doler. Confíe en sus instintos. ¡Si usted siente que necesita ayuda colocando el bebé al pecho, solicítela!

Día 1 -

Un día soñoliento para la mayoría de los bebés, manténgalo con usted y aliméntelo siempre que muestre señales (si abre la boca buscando el pecho o mordiendo la manita), o por lo menos cada 3-4 horas. Si él está soñoliento usted necesitará despertarlo para alimentarlo. Despiértelo quitándole la camisa y frotándole la espalda en una habitación con poca luz.

Día 2 -

Su bebé debe lactar 8-12 veces por 10-40 minutos cada vez. La mayoría de los bebés se alimentan muy frecuentemente en el segundo día. ¡Eso es excelente!, ¡Su bebé sabe lo que él está haciendo, así que relájese!, Usted no está siendo utilizada como chupete. (Recuerde que los chupetes pueden causar problemas, así que no los utilice en el primer mes.) Espere ver dos o más pañales orinados y dos o más con excremento. El suplementar con fórmula no es una buena idea, a menos que esté indicado por un médico.

Día 3 -

Su bebé debe amamantarse frecuentemente. Su cantidad de leche puede aumentar hoy y usted podría notar que el bebé toma más. Su bebé podría haber perdido peso, pero hoy debería comenzar a recuperarlo. Espere tres o más pañales mojados y tres o más con excremento (cada vez de color más claro). Usted podría necesitar sacar un poco de leche de su pecho antes de amamantar, para hacer la tarea más fácil. Duerma cada vez que el bebé duerme. No se olvide de comer para mantener alta su energía. También tome bastantes líquidos.

Día 4 -

Amamante cada 2-3 horas, su bebé debe mostrarse más alegre después de comer. Él podría alimentarse varias veces seguidas. Aumentan los pañales orinados y con excremento. Permita 20 minutos en el primer lado, y después todo el tiempo que necesite en el segundo. Su estómago es pequeño. La leche materna se digiere rápidamente.

Día 5 -

Hoy es un día importante. Revise la siguiente lista para ver cómo van las cosas. Si usted responde sí, la lactancia va bien. Si usted responde no, por favor contacte su proveedor de cuidados de salud para ayuda adicional. ¡Es más fácil solucionar un problema pequeño que uno grande!

1. ¿Siente usted que la lactancia va bien?
2. ¿Ha aumentado su cantidad de leche? (Sus pechos se sienten más llenos, más tibios, el bebé toma más)
3. ¿Puede su bebé lactar cómodamente y permanecer en el pecho sin dificultad?
4. ¿Cada vez que su bebé se alimenta, lo hace bien al menos 10 minutos en cada lado?

5. ¿Se muestra su bebé alerta y pide comer cada 2-3 horas? (8-12 comidas/24 horas)
6. ¿Sus pechos se sienten más firmes antes de amamantar y más suaves después?
7. ¿Ha disminuido o desaparecido la incomodidad de los pezones?
8. ¿Está su bebé mojando 6+ pañales y esta teniendo por lo menos 3 excrementos grandes, suaves y amarillentas cada 24 horas?
9. ¿Escucha que el bebé traga la leche cuando lo amamanta?
10. ¿Su bebé parece más satisfecho y alegre después de lactar?
11. Si la piel de su bebé era amarilla (ictérico) ¿Es ahora menos amarilla?
12. ¿Ha hecho usted la cita de seguimiento para evaluar el peso del bebé, para cuando cumpla una semana de nacido?

Después del día cuatro y hasta las cuatro semanas de edad, el excremento es el indicador más importante de cómo su bebé se encuentra. Por lo menos tres excrementos grandes (del tamaño del puño del bebé más grande) más 6-8 pañales mojados son buenas señales.

Alrededor de 14 días, él deberá recuperar el peso que tenía al nacer. Recuerde, él necesitará mucho que lo toquen y carguen en las primeras semanas para el bienestar y el desarrollo sano. ¡La Lactancia es un regalo que usted se da a sí misma - y a su bebé!

Crédito

Realizado por Ana Calandro, RN,C, IBCLC
Especialista de la lactancia en el centro médico de
Piedmont, Rock Hill, SC.

-TABLAS-

TABLA #1
Guía de relajación progresiva

	Orden	Grupos musculares	Ejercicio de tensión
EXTREMIDADES SUPERIORES	1	Brazo y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
	2	Brazo dominante	Apretar codo dominante contra brazo del sillón
	3	Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
	4	Brazo no dominante	Apretar codo no dominante contra brazo del sillón
CABEZA Y CUELLO	5	Frente	Levantar las cejas
	6	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
	7	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar
	8	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloje)
TRONCO	9	Hombros, pecho y espalda	Echar hacia atrás intentando que se toquen los omoplatos
	10	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él.
EXTREMIDADES INFERIORES	11	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón
	12	Pierna dominante	Doblar pierna dominante hacia arriba
	13	Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia adentro y curvar el pie
	14	Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón
	15	Pierna no dominante	Doblar pierna no dominante hacia arriba
	16	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia adentro y curvar el pie

TABLA #2
Recomendaciones para la Comunicación asertiva

(Cuenca y Leiva, 2004)		
Antes	Durante	Después
<p>Escoger una hora apropiada para la conversación y crear un ambiente apropiado para dialogar, que no hayan interrupciones ni apuros.</p> <p>Ser paciente</p>	<p>Prestar atención y escucharse.</p> <p>Apreciar las opiniones y derechos del otro. Puede ser que también él o ella tenga razón.</p>	<p>Cumplir los acuerdos y compromisos que adquirió.</p>
<p>Tratar a cada situación y a cada persona como si fueran únicas.</p>	<p>Escuchar con el corazón el mensaje que se nos quiere dar.</p>	<p>Si cambia de parecer respecto a algún tema conversado, busque el momento para decirlo. Usted tiene derecho a cambiar de opinión, pero la obligación de decirlo.</p>
<p>Aceptar que el otro tiene pensamientos y sentimientos privados.</p>	<p>Procurar ver la situación desde la perspectiva del otro. Póngase en los zapatos de la otra persona.</p>	
<p>Escoger qué decir y buscar manera de expresarse de modo adecuado.</p>	<p>Ser cortés y usar una voz amable.</p>	
<p>Antes de expresar un mensaje negativo preguntarse ¿Es verdad?, ¿Es la hora propicia?, ¿Es de utilidad?, ¿Enriquece nuestra relación?. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es no, será mejor no decirlo.</p>	<p>Continuamente ampliar la comprensión del otro.</p>	
	<p>Confiar en el otro y comunicárselo. Si se piensa que le esta mintiendo la conversación no tiene sentido.</p> <p>Aceptar lo que la otra persona dice aunque no se esté de acuerdo.</p> <p>Estar muy atento y aceptar emociones positivas y negativas del otro.</p> <p>Mantener el respeto. No interrumpirse.</p> <p>No ofrecer al otro consejos si no los ha pedido, ni crítica, sino ayudarlo a encontrar sus propias respuestas y soluciones.</p> <p>No es aconsejable decir todo lo que uno piensa.</p> <p>Expresar y adueñarse de sus percepciones, reflexiones, valores, sentimientos, expectativas, necesidades, deseos, intensiones y acciones, enviando mensajes que comiencen con “yo”.</p> <p>Evitar palabra como “siempre” o “nunca” cuando se trata de una exageración.</p> <p>Aprender del pasado, pero concentrar la comunicación mayormente en el presente y el futuro</p>	

TABLA #3
Pasos básicos en el proceso de resolución de problemas

Pasos	Procedimiento	Ejemplo
<p>1er Paso: Definir el límite de modo funcional y racional. Estando segura de que la demanda que se hace en este límite no responde a caprichos y que será beneficioso para las partes o convivencia común.</p>	<p>Valorar de modo objetivo las pérdidas que genera la inexistencia del límite y buscar las ganancias implicadas. Responder preguntas ¿Para qué?, ¿Porqué?, ¿Como cambiaría positivamente la situación actual si se estableciera el límite?</p>	<p>Situación: Falta de colaboración de los niños en las labores de autocuidado y/o domésticas. Es funcional y racional establecer un límite en el que los niños asuman estas tareas ya que dificultan la interacción con los padres y el cuidado del nuevo bebé. Además agotan a la madre quien de manera inmediata se responsabiliza de estas tareas cuando ellos no las cumplen. Debería asumir el límite para apaciguar los conflictos y cansancio de la madre de modo inmediato y a mediano plazo aumentaría su autocontrol y autovalía.</p>
<p>2do Paso: Negociación</p>	<p>Las dos partes negocian los beneficios personales que obtendrían de dicho límite y proponen las modificaciones necesarias en caso de que no se esté en total acuerdo. Las dos partes deben de tratar de buscar el beneficio mutuo y no entrar en una lucha de poder. Es muy importante que el límite se describa de la manera más clara posible.</p>	
<p>3er Paso: Establecimiento de un contrato conductual</p>	<p>En caso de ser necesario el contrato se puede elaborar de modo escrito o sino de modo verbal, en el que se describa el compromiso de las partes y las tareas o responsabilidades específicas que se deben asumir. Asimismo, debe incluir las medidas que se aplicarán en caso de que una de las partes no cumpla con el contrato.</p>	

-GRÁFICOS-

GRÁFICO #1

Conexión entre Pensamientos, Acciones y Sentimientos

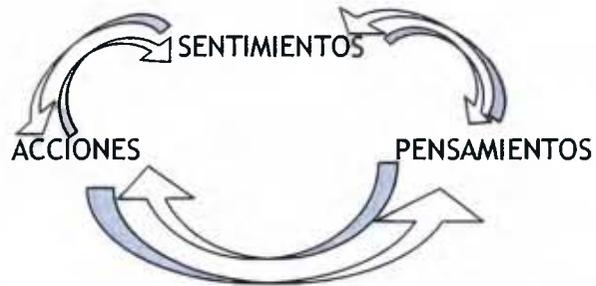


GRÁFICO #2

Ruta a la depresión

Diagrama propuesto por Lewinsohn y colaboradores (1986)

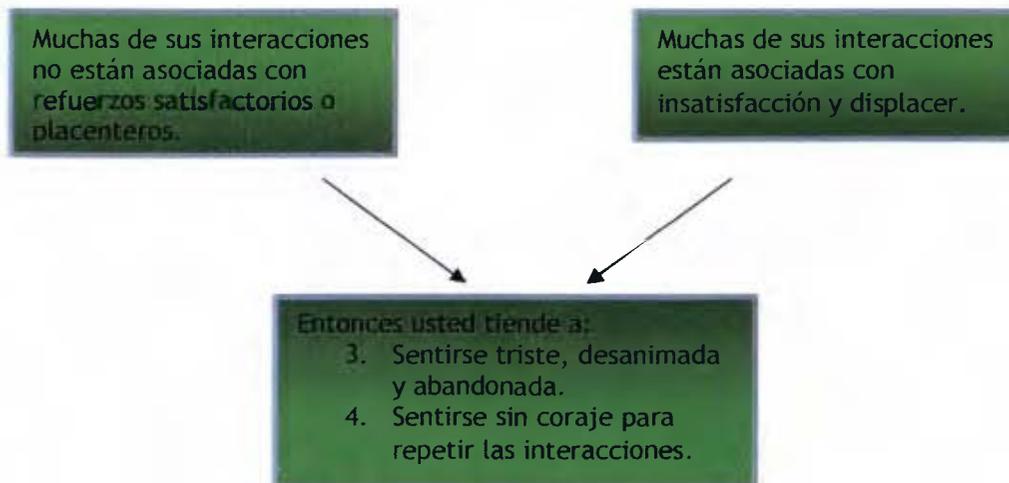


GRÁFICO #3

Espiral de los Círculos Viciosos Lewinsohn y col. (1986)



Fuente:
Lewinsohn y
col. (1986).

3. VALIDACIÓN DEL MANUAL

a) Validez de contenido

La validez de contenido busca identificar la consistencia interna del documento con el fin de valorar sus fortalezas y debilidades en función de realizar las posibles mejoras que se requieran para la óptima implementación del manual.

Para llevar a cabo este procedimiento el “Manual de intervención dirigido a profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos en el postparto” fue facilitado a tres expertos dentro del modelo Cognitivo Conductual Emocional. Dos psicólogas y un psiquiatra.

La finalidad de esta entrega fue la revisión del manual por parte de los profesionales y la retroalimentación en función de definir la validez de los contenidos. A los expertos se les facilitó una guía de preguntas a partir de la que se describen las temáticas que fueron abordadas, las mismas se presentan a continuación:

a.1 Consistencia en criterios teóricos utilizados en la propuesta de intervención

Los profesionales consideran el documento como una propuesta de completa consistencia entre el modelo teórico y la propuesta técnica (práctica) del mismo. Dispone de una muy buena estructuración de los principios teóricos en relación al modelo así como a los trastornos. Asimismo, la exposición y asociación de las técnicas es apropiada y siempre se organizan en función de las necesidades a tratar.

a.2 Fortalezas de la propuesta

El trabajo se considera extenso y en función de cubrir la totalidad de los aspectos propios de la temática propuesta. Por su parte, se considera el modelo teórico práctico a utilizar como una fortaleza ya que favorece la atención de esta población desde una perspectiva sencilla, directa y efectiva. Asimismo, que la descripción de los constructos teóricos se exponen de modo sencillo y claro. La utilización del modelo cognitivo conductual emocional es una fortaleza ya que representa un modelo psicoterapéutico que garantiza, estadísticamente, el mejoramiento en personas que padecen trastornos afectivos. Además está relacionado con manejo moderno de la depresión por la alta probabilidad del mejoramiento de los síntomas.

Por su parte, el modo en que se elabora el encuadre se ha valorado como una fortaleza ya que permite, desde el principio, la clarificación de los aspectos implicados, así como la participación de la cliente desde un rol activo.

El proceso de psicoeducación que se elabora a lo largo de los diferentes módulos, con la paciente identificada y sus familiares se caracteriza como una fortaleza ya que

permite una apropiación y entendimiento de los síntomas. También, facilita la desculpabilización y el reconocimiento de campos de acción para la mujer como para los terceros significativos que le acompañen en su proceso de terapia.

Otra fortaleza mencionada implica el hecho de retomar un tema que no es claramente identificado como tal en Costa Rica, pero que si es común entre las mujeres. Es un tema de género, y para los validadores resultó importante la combinación de los elementos cognitivo conductuales emocionales con las propuestas teóricas de género, las cuales se visualizan de una forma muy positiva, y amplían la visión que pueda tener el profesional en Salud Mental que trabaje con ésta patología. Respetar los derechos de las mujeres y les permite obtener control de una forma pausada y comprensible, sin menospreciar o minimizar las sensaciones y percepciones que -efectivamente- suceden luego de un parto.

Con respecto, propiamente a la estructuración del manual se apunta que sirve de guía al terapeuta para reconocer las áreas importantes de trabajo en las mujeres después del parto. Asimismo, la sistematización por módulos ayuda al terapeuta a estructurar su trabajo pues es coherente y adecuada para el abordaje de esos casos.

a.3 Debilidades de la propuesta

Debido a que este documento consiste en ser un manual para terapeuta, es necesario hacer un señalamiento de que el mismo debe ser utilizado por psicólogos interesados y conocedores de la práctica Cognitiva Conductual Emocional. A pesar de la correcta implementación del plan de intervención, si no se explica este aspecto, se podría dificultar el proceso.

a.4 Recomendaciones para la mejor implementación del manual

Con el fin de que la utilización del manual sea más apropiada se hacen algunas recomendaciones en *función del formato del documento* que se muestran a continuación:

- Se considera valioso integrar en alguna sesión o sesiones a la pareja u otros significativos. Específicamente, se considera apropiada esta apertura después de la segunda o tercera sesión, como un espacio en el que exista una psicoeducación a los miembros respecto al trastorno y sus posibles modos de colaboración. Asimismo, puede ser importante la presencia de los otros significativos cuando se tratan temáticas como comunicación o resolución de conflictos. Esto le facilita a la paciente su trabajo porque la pareja (o la madre, por ejemplo, en los casos en que no se tenga pareja) llegan a comprender mejor lo que sucede con la mujer y

es más probable que le brinden su colaboración. Además así la mujer no siente que todo el trabajo y la responsabilidad recae sobre ella.

- Es necesario incluir más sesiones en el módulo IV porque no es posible abordar tantas temáticas en las dos citas que inicialmente se proponían.
- El apartado referido al reinicio de las relaciones sexuales requiere de estrategias simples que orienten a la pareja a recuperar su espacio íntimo y a buscar la posibilidad de que las relaciones sexuales sean atractivas y agradables (estímulos y estrategias ambientales motivantes).
- Se recomienda considerar el número de sesiones de seguimiento. Estas pueden ser tres en vez de cuatro y ubicar la sesión sobrante a la nueva extensión del módulo IV.

Respecto a la *utilización y alcance del documento* se recomienda una posterior publicación del manual con el fin de que cumpla su objetivo externo. Con este objetivo se recomienda sintetizar algunos elementos, pero esto no se debe hacer aún, porque para el proyecto de tesis la amplitud es importante, pues clarifica a todo lector. Pero para un futuro, se podría pensar en sectorizar en varios volúmenes los capítulos presentados, si fuera más corto (sintético) sería más fácil de utilizar y consultar. Los validadores consideran que en ese caso también se podría agregar un apartado con bibliografía afín, en caso de que el lector quisiera ampliar en la perspectiva teórica propuesta.

Se recomiendan investigaciones afines a este tema para enriquecer la práctica clínica, tal es el caso de investigar con respecto a las distorsiones cognitivas más comunes en el padecimiento de trastornos afectivos en el postparto. Esto funcionaría para idear planes de contingencia más específicos y ciertamente efectivos.

b) Validez Social

El criterio de validez social se refiere a la utilidad práctica que el manual puede tener con respecto a la temática a tratar. Para definir este propósito también se facilitó a los validadores una guía de preguntas con respecto a la posible utilidad profesional del documento. Las respuestas de los expertos según la temática se describen a continuación:

b.1 Utilidad práctica y contribución de la propuesta para el tratamiento de estos casos

Los profesionales que validaron el manual consideran que el documento tiene una utilidad real y de gran importancia para la psicología nacional. Consideran que el psicólogo inmerso en el tratamiento de esta patología, puede encontrar en el manual un bastón de ayuda en su práctica cotidiana, con técnicas efectivas, ejemplos prácticos y pasos concretos a seguir para la resolución final y mejoramiento en la satisfacción del cliente o paciente. Asimismo, introduce una modalidad de tratamiento corta, con tiempos claros, pero flexibles, así como procesos terapéuticos concretos a seguir.

Se expresa que el uso del modelo cognitivo conductual emocional promueve confianza en los profesionales porque revela una mayor evidencia empírica en relación a su eficacia. El presente manual se considera una ayuda de gran valor al terapeuta para conocer y trabajar con modelo homogéneo.

b.2 Utilización clínica del manual por parte de los validadores

Los profesionales consultados expresaron estar en disposición de utilizar el manual para el tratamiento de casos de trastornos afectivos en el postparto ya que consideran que es una propuesta clara, concisa y concreta, además de útil y sencilla de aplicar. Sin embargo, es necesario hacer la salvedad de ellos quienes expresan que es una herramienta a utilizar por psicólogos seguidores de la modalidad cognitivo conductual emocional, para su efectiva aplicación.

Asimismo, en este apartado, se retoma la importancia de que en un futuro sintetizar el documento para una más fácil consulta y utilización de manual por parte de profesionales.

Otra razón por la que expresan que asumirían la aplicación de este manual es que a partir de su propia experiencia y con base en la literatura, ellos saben y confían en que estos procedimientos funcionan en la recuperación clínica de casos similares.

También se considera que al abordaje propiamente relacionado a los trastornos afectivos en el postparto es muy completo e integral.

b.3 Recomendación del manual a otros profesionales

Los validadores del manual consideran la implementación del manual como un aporte importante para el tratamiento de este tipo de casos. Por esta razón recomiendan, otros profesionales en psicología la utilización de esta propuesta de intervención al considerarla una valiosa herramienta.

Describen que en el abordaje de estos casos, algunas veces, se tiende a vulnerabilizar, discriminar y minimizar las percepciones y emociones de las mujeres,

siendo éstas reales. La combinación entre la modalidad teórica psicológica y la teoría de género resulta particularmente valiosa y digna de rescatar para futuras prácticas psicológicas. Sobretudo porque demuestra la flexibilidad y capacidad de combinación del modelo Cognitivo Conductual Emocional con otras propuestas teóricas, y con multiplicidad de poblaciones. Esta situación se complementa con la confiabilidad que este modelo tiene de antemano para el tratamiento de múltiples afecciones.

Los validadores expresan que la primer recomendación que ellos hacen de este documento está dirigida a las instuciones públicas de salud, particularmente a la Caja Costarricense del Seguro Social, con el fin de procurar un tratamiento estandarizado respaldado en principios válidos y efectivos.

También expresan que lo recomiendan a entidades encargadas de investigación en temas de psicología y salud pública con el fin de aumentar la investigación en esta área y promover cada vez mejores posibilidades de tratamiento y prevención.

VI DISCUSIÓN

La experiencia relacionada con esta investigación y el manual de intervención se ha caracterizado por una síntesis de aspectos de interés profesional que se mueve dentro de los criterios de la propuesta del modelo Cognitivo Conductual Emocional, en función del tratamiento de un problema de salud mental, que tiene importante relación con los principios de la teoría de género.

Como se ha dicho anteriormente, el periodo del postparto, por la experiencia que representa, puede ser sinónimo de estrés para algunas madres, y por consiguiente puede verse como un desencadenante de trastornos mentales de gran importancia, casi siempre de índole afectivo.

El proceso de investigación reafirmó la importancia de los criterios sociales y culturales que tienen, de modos particulares y subjetivos para cada mujer, la vivencia de la maternidad. A nivel de la literatura consultada, del criterio de los profesionales entrevistados, así como en el relato de la vivencia de las mujeres que han padecido el trastorno de este tipo, se pudo identificar como el mantenimiento de ideas irracionales y errores cognitivos tienen una importante conexión con la experimentación de síntomas afectivos disfuncionales.

A grandes rasgos, se pretendió que la estructuración del plan de intervención estuviera contemplada con base en las técnicas cognitivas conductuales emocionales idóneas para la adquisición de habilidades importantes para la mujer que atraviesa el período del postparto, como su mantenimiento y generalización en otras etapas y contextos de su vida.

Por esta razón, la investigación bibliográfica estuvo en gran parte organizada en función del material orientado al modelo cognitivo conductual emocional, criterios clínicos de los trastornos en cuestión y tratamientos modernos de la depresión y ansiedad.

El abordaje de este tema, así como la elaboración del manual, tuvo una influencia importante de los relatos de las mujeres que han experimentado trastornos afectivos en el postparto. Los resultados de estas entrevistas permiten ser contemplados desde los principios cognitivos conductuales.

Por su parte, los roles y estereotipos maternos pueden ser considerados como conductas gobernadas por reglas. Las mismas existen a partir de que hay una transmisión social de sus contenidos, que culturalmente han sido definidas con intereses particulares

y en función de un modelo patriarcal. Es decir, son reglas que se han heredado y aprendido en sociedad y este valor verbal y cultural es el que provoca su mantenimiento.

Asimismo, la propuesta que Bandura llevó a cabo sobre el aprendizaje por modelamiento es también aplicable en este ámbito. Las conductas relacionadas con la maternidad pueden haber sido aprendidas, si no reforzadas, por medio del aprendizaje por observación. Las niñas pueden haber tenido una gran influencia en sus roles femeninos y maternos a partir de lo que observaron en otras madres o mujeres significativas. En este sentido, existe la posibilidad de que los patrones heredados por medio de reglas y códigos sociales no concordaran con los comportamientos observados en los modelos. Es decir, que no necesariamente lo que se les dijo que implicaban estos roles (amor incondicional, instinto materno, realización personal, felicidad, entre otros), fue lo que ellas aprendieron por medio de la observación en la experiencia de seres significativos o en la propia (con sus propias madres).

En este caso, no extraño del todo, se puede desencadenar una crisis de confusión de roles, por un lado, y por el otro una serie de cuestionamientos con respecto al propio desempeño o las capacidades personales para cumplir con ese patrón social de comportamiento.

Aunado a lo anterior se puede llevar a cabo un mantenimiento y generalización de modos de pensamiento disfuncional, ideas irracionales y comportamientos patológicos, como los que se trabajaron a lo largo de este documento.

Asimismo, los reforzadores de conducta cumplen una función determinante en la estructuración de los roles sociales y, para este caso, del mantenimiento de algunos trastornos afectivos. Entre estos reforzadores se pueden mencionar los estereotipos, las normas sociales aceptables y sobretodo la influencia y evaluación llevada a cabo por los otros significativos.

A raíz de la importancia que representan estas otras personas, es que se les tratan de incorporar en el tratamiento de las participantes, con el fin de lograr una alianza y entendimiento de los factores implicados en el trastorno, en vez de que ellos representen un factor negativo que obstaculicen la recuperación.

Volviendo a los recursos de recolección de la información, la experiencia pretendía ser más enriquecedora, esto debido a que el procedimiento inicial buscaba extender la entrevista a algunos de los varones que representaban a la pareja estable de las mujeres durante la manifestación del trastorno.

En este sentido hubo una importante limitación en el proceso de recolección de información, ya que los hombres que se necesitaban consultar para este propósito no presentaron interés en participar del proceso. Fuera por razones laborales, porque estaban fuera del país o por que no mantenían, para el momento de la investigación, un contacto significativo con las mujeres entrevistadas.

Este dato se presenta de modo importante como limitante, no solo en esta investigación, sino que puede ser que represente un patrón de falta de colaboración de esta población en otros procesos similares, tal es el caso de la propuesta de Sánchez (1994) en el que un manual de intervención para familias en proceso de divorcio también se vio limitada por la ausencia de las exparejas de las mujeres participantes.

Por otro lado, en este apartado es importante describir, de modo general, los principales retos que implicó la elaboración de este manual. Los mismos se exponen a continuación:

- Después de la recolección del material relacionado con las técnicas de intervención se ordenó el manual de modo que el mismo tuviera una secuencia lógica para instrumentar a la participante con la utilización de herramientas cada vez más difíciles o complementarias.
- Uno de los principales retos de este manual fue idear su diseño en función de que las participantes logren reconocerse como agentes de su propio cambio y autocotrol. El diseño de actividades de monitoreo y autoobservación, así como los procedimientos de psicoeducación, son parte de los instrumentos para que esta apropiación del proceso terapéutico sea posible.
- Asimismo, el papel del terapeuta se encuentra definido como reforzador de las conductas positivas y avances en el proceso de terapia de la cliente, buscando siempre la elección de mejores alternativas que sustituyan las disfunciones cognitivas y conductuales, como la generalización de los resultados positivos.
- Otro reto fue identificar los puntos que permiten complementar el modelo cognitivo conductual emocional y la teoría de género. Algunos de estos valores fueron explicados anteriormente.

Los retos de esta experiencia no son menos que gratificantes ya que la importancia de este manual ha sido reconocida por los validadores, profesionales y mujeres entrevistadas, como una herramienta de gran utilidad para el abordaje de estos casos. La aceptación y anuencia a implementar esta propuesta responde a una necesidad

fundada en el incremento de los casos de trastornos afectivos en el postparto y a un vacío con respecto a estandarizaciones, o al menos propuestas viables de tratamiento, principalmente en el sector público de salud.

VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Una vez finalizado este proceso de investigación se exponen las siguientes conclusiones como las más significativas de este proceso:

- La elaboración de un manual de intervención para profesionales en psicología requiere una fundamentación teórica importante con respecto al diagnóstico diferencial de los trastornos a evaluar.
- El lenguaje a utilizar puede ser técnico sin dejar de lado la importancia de la expresión sencilla y factible de directrices como de los criterios teóricos, con el fin de facilitar la utilización y consulta de los profesionales que atienden este tipo de casos. Esto porque no se puede olvidar que el objetivo externo de este proyecto es la utilización a nivel clínico de este instrumento.
- El tiempo y modelo a utilizar en esta propuesta permite cambios efectivos en las variables implicadas. Asimismo, posee un nivel de confiabilidad reconocido con base en investigaciones nacionales e internacionales respecto a la aplicabilidad de este modelo para el tratamiento de trastornos mentales.
- El modelo cognitivo conductual emocional demuestra una vez más su capacidad de complementación con otros modelos psicológicos, así como su aplicación a múltiples situaciones y contextos culturales.
- La reestructuración cognitiva es un recurso indispensable en el tratamiento de afecciones de este tipo, debido a la importante relación que mantienen la presencia de distorsiones cognitivas con la manifestación de síntomas afectivos en el postparto.

Recomendaciones

Con la elaboración de esta investigación y el diseño del “Manual de intervención para profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos en el postparto” se ha logrado un avance importante en este campo de acción, sin embargo después de llevar a cabo esta propuesta surge una serie de recomendaciones que en este momento se consideran como importantes a nivel de tratamiento y de prevención de los trastornos afectivos en el postparto.

En primer lugar se hace una recomendación a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica y al Instituto de Investigaciones Psicológicas para que en un

proceso de investigación general se lleve a cabo la validación empírica del manual que aquí se propone. Es decir, que el mismo sea aplicado a un grupo de mujeres para obtener resultados estadísticos y que la validación no se limite a ser de contenido y social.

Asimismo, se propone a estas entidades la elaboración de manuales similares al que se propuso en este documento para aplicaciones clínicas y de intervención de otros trastornos mentales.

Además, se propone llevar a cabo una investigación relacionada con la etiología de tipo socio-familiar de los trastornos afectivos en el postparto. Puede ser un estudio comparativo donde se profundice la recolección de información, no solo con la paciente identificada, sino con su familia de origen. En este sentido, quizás se puedan determinar patrones comunes en las realaciones familiares, estilos de comunicación, experiencias con la madre, que permitan identificar criterios potenciales de riesgo.

Específicamente, a la **Caja Costarricense del Seguro Social** se le hace una recomendación en función de la prevención de los trastornos afectivos en el postparto. En este sentido, se considera importante que este organismo implemente en los programas de los cursos del parto información referente a este tipo de padecimientos. Que la mujer conozca la existencia de este tipo de trastornos en el postparto hace una diferencia importante en caso de que los llegue a experimentar.

Además se propone en esta recomendación que las mujeres embarazadas no sólo sean advertidas de esta problemática, sino que se incluyan en el curso de parto directrices generales de autoayuda en caso de que las mujeres identifiquen en ellas síntomas de trastornos emocionales asociados al puerperio. También se propone facilitar a las embarazadas contactos de emergencia en caso de necesitar ayuda por esta causa, tales como centros de salud, clínicas psicológicas, entre otros.

Al **Hospital Nacional Psiquiátrico** se le ofrece este documento como guía para el tratamiento de los trastornos afectivos en el postparto. Esta propuesta originalmente surgió como un interés por la población que acude a este centro de salud a causa de estos padecimientos. Se recomienda su utilización como tratamiento alternativo, estandarizado o para investigación en esta área, según sea la necesidad que identifiquen los funcionarios de este centro.

Al **Ministerio de Salud** se le hace una recomendación de gran valor, dirigida también a la prevención. Debido a que los trastornos afectivos en el postparto se presentan en su mayoría en primerizas el plan de prevención es indispensable en ellas.

En este sentido, se busca que esta institución revalorice el riesgo que corren estas mujeres (con base en trastornos afectivos familiares, indicadores culturales o socioeconómicos, condiciones del embarazo, educación de la mujer, entre otros) e implementen un plan de acción para identificar posibles casos de afecciones en el postparto, basándose en procedimientos sencillos como parte de las consultas de médicas de rutina durante el periodo de embarazo.

Este plan de intervención puede complementarse con el anteriormente propuesto para la CCSS, ya que una vez identificados los casos potenciales se podría buscar preparar a nivel emocional y en adquisición de habilidades sociales y parentales a las madres primerizas.

Por su parte, el jurado de evaluación de la defensa de este proyecto sugirió la publicación de este documento de modo accesible a una mayoría de la población, para este fin se propuso la utilización de sitios de internet existentes, o la elaboración de nuevos vínculos en la página de internet de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. También, se sugirió la elaboración de sitios de internet dedicados específicamente a recopilar documentos como el manual de intervención que aquí se propone, para conformar una fuente de información y propuestas prácticas.

Dentro de las recomendaciones de este organismo evaluador, también se suscita una futura modificación de esta propuesta para que pueda ser dirigida a otros profesionales en salud, tales como médicos, enfermeras, ginecólogos, entre otros, que son profesionales que tienen un contacto importante a lo largo del proceso de embarazo de la mujer como en el periodo del postparto.

En este caso, se recalca que es imprescindible que los profesionales en salud a los que se amplíe la aplicación de este manual, deben tener una formación teórica y práctica respecto al modelo cognitivo conductual emocional. Solo de este modo se podría garantizar una adecuada utilización de esta propuesta de intervención.

Los trastornos afectivos en el postparto posiblemente no van a dejar de ser una afección importante para las mujeres costarricenses, sin embargo con la valorización de recomendaciones como las que aquí se proponen, puede facilitarse la prevención el control y sobretodo el mejoramiento de la calidad de vida de muchas mujeres.

VIII BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA), (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR. (4ed.). Washington, DC, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- Arrufat F.J. (2000). Diagnóstico de los trastornos mentales del embarazo y el puerperio. En: Revista JANO EMC. Viernes 28 Abril 2000. Volumen 58, No. 1342 pg. 57 - 60.
En: www.doyma.es
- Beck, Rush, Shaw y Emery. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. (11 ed.). España: Biblioteca de Psicología, Desclée De Brouwer.
- Burt, V., Altshuler, L., Zuckerbrow, J. Faibanks, L. (2001). Fluvoxamine for postpartum depression. En: The American Journal of Psychiatry; Washington; Oct 2001.
- Cassem, N.H. (1998). Massachussets General Hospital, Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales. (4 ed.). Madrid, España: Diorki Servicios Integrales de Edición.
- Corsini, R; Wedding, D. (1989). Current Psychoterapies. Itasca, Illinois. F.E. Peacock Publishers, cuarta edición.
- Cooper y Col (1988). Non Psychotic disorders psychiatric after childbirth. En: Journal of psychiatry. No. 152: pg.799-806.
- Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia (3era ed.). España, Editorial Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1981). Manual de psicoterapia racional emotiva. (3era ed.) España, Editorial Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1999). Una terapia breve más profunda y duradera. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Departamento de estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico (2004). Anuario Estadístico 2004. San José, Costa Rica.

Hales, R., Talbott, J.A. y Yudofsky, S.C. (2000). DSM-IV: Tratado de psiquiatría. Tomo II. (3era ed.). Barcelona, España: Editorial Masson.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. (2 ed). México: Editorial Mc Graw Hill.

Hidalgo, R. y Chacón, L. (1994). Cuando la feminidad se trastoca en el espejo de la maternidad. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica

Hyde, J.S. (1995). Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. Madrid, España: Ediciones Morata.

Kaplan, H.I. y Sadock B.J. (1999). Síntesis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta, Psiquiatría Clínica. (8va ed). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Klompener J.L., van Hulst A.M. (1999). Classification of postpartum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in The Netherlands. En: www.ncbi.nih.gov o www.pubmed.com

Jadresic, E. (1996). Depresión Postparto: Aspectos Antropológicos y Transculturales. En: Revista PSYKHE de la Universidad Católica de Chile. Volumen 5, Número 2, Noviembre 1996. Santiago, Chile.

- Leal, C. (2000). Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona, España: editorial Masson.
- Matías, J., Montejo, A.L., de la Vega P y Montero I. (1994). Psicosis puerperal. Implicaciones nosológicas. A propósito de un caso. En: www.psiquiatria.com
- Mínici, A., Dahalo, J. y Rivaneira, C. (2000) La terapia Cognitivo-Conductual. En: www.campodepsicologia.com/cdp_105htm
- Novo-Gueimonde, L. (2000). Psicosis postparto. En: Revista Clínica e Investigación. En Ginecología y Obstetricia. Viernes 1 Diciembre 2000. Volumen 27. No. 10 pg. 386-390 . En: www.doyma.es
- Pantoja, I. (1995). Investigación de Factores de Riesgos en la Psicosis Post-Parto. Universidad de Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico. San José, Costa Rica.
- Pérez, T., Pedros, A. y Aguilar, C. (2000) Trastornos afectivos relacionados con el postparto: blues y depresión. En: C. Leal. Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona, España: Editorial Masson
- Pichot, P., López, J.J., Valdés M. (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Platz, C. (1988). A matches control follow up and family study of puerperal psychosis. En: Journal of Psychiatry. No. 153. pg. 662-663.
- Salamero, P. Navarro García, L. García Esteve. (2000). Urgencias psiquiátricas en el puerperio. En: Jano, Medicina y Humanidades, Viernes 25 de Febrero, 2000, No. 1333, pg. 63. En: www.doyma.es

Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M, Alvarez E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depresion (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. En: Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatría; 25: 243-249.

Vallejo, J. (1999). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. (4 ed.). Barcelona, España: Editorial Masson.

Valladares, B. (1998). Los mitos sociales de la maternidad. En: Revista Reflexiones del Instituto de Investigaciones Psicológicas. Volúmen 14, Número 99, Año 1998. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

-ANEXOS-

ANEXO #1

Consentimiento Informado para las mujeres entrevistadas

Al aceptar colaborar con el proceso de elaboración de un proyecto de tesis usted necesita conocer cierta información con el fin de obtener su consentimiento en la participación del presente manual. Se solicita leer atentamente el siguiente documento.

- Su participación en este proyecto obedece a la investigación y elaboración de un Manual de ayuda a profesionales en psicología para el tratamiento de los trastornos afectivos en el postparto. Esta tesis tiene como fin alcanzar el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad de Costa Rica.
- Durante su participación en este proceso se garantiza su integridad física y psicológica.
- La información recopilada es confidencial y obedece únicamente a fines profesionales y la misma no podrá ser utilizada en su contra.

Acepto participar voluntariamente en este proceso. De acuerdo con lo anteriormente expuesto, me queda claro que mi firma no implica consecuencias legales adversas en mi contra, además, yo tendré una copia de este documento para uso personal.

Firman en San José

Fecha:

Participante: _____

Investigadora: _____

ANEXO #2

Guía de preguntas para entrevistas de expertos

Esta entrevista consta de tres preguntas abiertas que sirven más bien como una guía de los temas a tratar con los profesionales. Su constitución se basa en los ejes temáticos que se han definido en el apartado correspondiente a la segunda fase del procedimiento metodológico.

Las preguntas se plantean de una manera general y pudieron ser replanteadas a los profesionales, en caso de que sea necesario, para facilitar el entendimiento de las mismas, siempre y cuando no se modifique el contenido de la pregunta. Antes de llevar a cabo la entrevista, se explicó de manera general el motivo de la misma y la importancia que tiene esta información para la elaboración del presente proyecto de investigación.

Entrevista

1. ¿Cuál es el motivo de consulta con el que se presentan las mujeres que padecen de un trastorno afectivo en el postparto, o con el que las presentan terceros significativos ante un especialista como usted?, ¿Encuentra alguna diferencia entre la descripción que hace la mujer de sus propios síntomas y la descripción que hace una tercera persona acerca de este mismo problema?
2. ¿Cuál considera usted que es el impacto en las diferentes áreas de la vida (a nivel cognitivo, conductual, emocional, social y físico) de la mujer que experimenta un trastorno afectivo en el postparto, así como en la vida de las personas significativas que la rodean (pareja, hijos, familiares y/o amigos)?
3. Basado en su experiencia profesional, ¿Qué procedimientos de intervención ha utilizado usted para el tratamiento de este tipo de casos clínicos?, ¿Qué resultados y limitaciones ha encontrado usted en la aplicación de este tipo de principios y/o técnicas? y ¿En qué medida ve usted limitada o no la eficacia según las diferencias entre un caso y otro?

ANEXO #3

Guía de preguntas para entrevistas de mujeres

La entrevista elaborada para las mujeres consta de cinco preguntas abiertas basadas en los ejes temáticos ya definidos en el apartado correspondiente a la tercera fase del procedimiento metodológico.

Antes de llevar a cabo la entrevista, la investigadora explicó a las mujeres la importancia y confidencialidad de la información que ahí se maneje. Asimismo, las mujeres firmaron el consentimiento informado que les protege de cualquier uso inadecuado de la información.

Las preguntas se muestran como una guía para abordar los temas de interés y no buscó limitar la participación de las mujeres al respecto. Es decir, las entrevistadas, estuvieron en la libertad de referirse a temas relacionados y que enriquecieran el proceso de la elaboración del manual. Asimismo, las preguntas pudieron ser replanteadas para facilitar el entendimiento por parte de las entrevistadas, siempre y cuando no se cambiara el contenido esencial de la pregunta.

Para el caso de esta entrevista existe una consideración importante ya que la misma se llevará a cabo con dos subgrupos:

- Dos mujeres que no tenían pareja estable durante el padecimiento del trastorno.
- Dos mujeres que hayan tenido una pareja estable durante el padecimiento del trastorno.

A partir de estas consideraciones, se entiende que la entrevista se llevó a cabo a un total de cuatro personas.

Entrevista

1. ¿Qué significó para usted como mujer experimentar un trastorno afectivo en el postparto?, ¿Qué impacto cree usted que tuvo este acontecimientos en su vida (a nivel emocional, conductual, físico, cognitivo y social)?

2. ¿Qué ideas y creencias tiene usted con respecto a la maternidad y a la feminidad?, ¿Cree usted que existe alguna variación en estas ideas antes y después de haber experimentado el trastorno?
3. ¿Cuáles fueron los problemas más significativos a los que se tuvo que enfrentar como producto de experimentar este padecimiento?
4. ¿Cuál fue la influencia (y/o apoyo) que representó la ausencia (o presencia) del padre del niño (o de su pareja) durante la crisis?
5. Según su experiencia ¿Qué factores puede identificar como esenciales o limitantes en el tratamiento que usted recibió durante el padecimiento del trastorno afectivo en el postparto y durante su fase de recuperación?