

Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales†

MAYRA CHÁVEZ-COURTOIS,^a ALEJANDRA HERNÁNDEZ-MALDONADO,^b ERIKA ARCE-ZACARÍAS,^b IVETT BOLAÑOS-DELFIN,^b ITZEL GONZÁLEZ-PACHECO,^a TERESA LARTIGUE-BECERRA,^c

RESUMEN

La prevalencia de la presencia de depresión durante el embarazo, se encuentra entre el 10 y 20%, la cual puede continuar con altas probabilidades en la etapa posparto. Algunas de las consecuencias de la depresión, se centran en la afección de la relación madre-infante, poco interés e incapacidad de realizar actividades, y en el hijo puede causar a menudo déficit cognitivos, emocionales y de conducta. Siendo, por tanto, la depresión un problema de salud pública. En este trabajo, a través de la experiencia grupal con base en un curso previamente aplicado en el Hospital de San Francisco, Estados Unidos, se intentó identificar algunos factores sociales que llevan a la depresión, considerando los sentimientos y pensamientos de las participantes. Al final del curso las participantes cambiaron su estado de ánimo y manifestaron la importancia de compartir sus experiencias. Lo anterior nos dejó ver que las experiencias grupales son una alternativa viable para disminuir la presencia de la depresión en las etapas reproductivas de las mujeres. Por tanto, se refleja la necesidad que los servicios de salud proporcionen alternativas de solución que se encuentren al alcance de la mayoría de la población.

PALABRAS GUÍA: *Experiencia grupal, embarazo, posparto, factores sociales y depresión.*

INTRODUCCIÓN

El estado de ánimo es uno de los factores que determina la manera en cómo las personas se relacionan, ya sea con la familia, compañeros de trabajo, amigos, etcétera. Según el DSM-IV-TR,¹ la depresión es

considerada como un trastorno del estado de ánimo, es decir, una alteración en el humor. Algunos de los síntomas que se presentan en la depresión son: pérdida de interés, incapacidad para realizar actividades académicas, laborales, sexuales, disminución de apetito, alteración

† Proyecto financiado por CONACYT SEP -2003- CO243690/A-1 (PRONABES).

a Investigadora en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER).

b Pasante de la licenciatura en Psicología Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Iztapalapa.

c Co-Chair para América Latina del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Correspondencia:

Dra. Mayra Chávez. Subdirección de Investigación en Salud Pública, 2do. piso de la Torre de Investigación, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, C.P. 11000, México D.F.

Recibido: 19 de diciembre de 2007.

Aceptado: 3 de abril de 2008.

en el sueño, cambios psicomotores, falta de energía, cansancio, fatiga, sentimiento de culpa, falta de concentración y problemas para tomar decisiones. Cuando la depresión es prolongada y aguda se presentan pensamientos suicidas, que en algunos casos se llegan a cumplir.

En varios estudios se ha encontrado que entre 10 y 20% de las mujeres embarazadas presentan depresión, lo que se traduce en un problema significativamente clínico.²⁻⁵ Este trastorno afecta las relaciones sociales y determina el comportamiento del individuo, llevándolo a tener conductas y sentimientos “negativos” como indiferencia, molestia y aislamiento.⁶

Dicho estado de ánimo puede prolongarse más allá de la etapa de embarazo, pues se sabe que algunos episodios de depresión durante la etapa posparto tuvieron su origen durante el embarazo.⁷ Las consecuencias de la depresión pueden ser la causa de la construcción de relaciones conflictivas entre la madre y el futuro bebé. Asimismo, se ha observado que cuando se comparan los infantes de madres no depresivas con las que sí presentaron depresión, los hijos de estas últimas fueron más inseguros en la unión afectiva con los cuidadores principales y a menudo tuvieron déficit cognitivo, emocional y conductual.⁸

Otra de las consecuencias encontradas es el impacto que tiene la depresión en la etapa prenatal y posparto de la madre, en la relación con el estado de nutrición y el desarrollo de enfermedades en los infantes. En ese sentido, un tratamiento o apoyo temprano en cualquiera de las etapas antes mencionadas, no sólo ayudaría en la salud mental de la madre, sino en el desarrollo y salud del infante.⁹

Lo anterior nos lleva a plantear la importancia de desarrollar estrategias preventivas para disminuir la depresión de la mujer durante el embarazo y, por ende, las consecuencias inmersas en la etapa posparto. Pues se ha demostrado que la presencia de depresión durante el embarazo aumenta el riesgo de representarse durante la etapa posparto.¹⁰

Algunos estudios han demostrado que los programas de apoyo dirigidos a disminuir la depresión en mujeres embarazadas tienen un efecto positivo. Por ejemplo, Spinelli¹¹ trabajó con un grupo de mujeres embarazadas inmigrantes de República Dominicana.

Este estudio comparó la eficacia de la psicoterapia interpersonal *versus* un programa de educación parental en mujeres embarazadas con depresión. Los grupos estuvieron integrados por 25 mujeres, semejantes en cuanto a sus características sociodemográficas. El nivel de depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés), el Inventario de depresión Beck y la Escala de Depresión Hamilton. Se encontró que el grupo con psicoterapia interpersonal tuvo una disminución significativa de la depresión; pero también las mujeres del programa de educación parental presentaron una respuesta positiva. En conclusión, la psicoterapia tuvo mayor eficacia, pero es menos accesible para la mayor parte de la población en comparación con los programas de educación parental.

Lara y cols.¹² mencionan que si bien en la actualidad se dispone de tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces contra la depresión, los cuales en la mayor parte del mundo están al alcance de la población con recursos para pagar dichos servicios, también es importante tomar en cuenta que en los países en desarrollo no existe una inversión “real” en el campo de la salud mental. Lara argumenta que no se cuenta con programas de salud mental pública que tengan un sustento metodológico probado que ayude a la población con depresión. Por lo que se requiere acudir a otras estrategias como son los programas psicoeducativos.

En ese sentido, Lara y cols.¹² realizaron un estudio en mujeres con sintomatología depresiva moderada o grave. El estudio comparó la intervención grupal y la individual. En la intervención grupal participaron 93 mujeres y 42 de éstas recibieron una intervención individual. Los síntomas depresivos fueron medidos antes y después de las intervenciones a través de la Escala de



Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés) y una evaluación clínica con la Entrevista Clínica Estructurada (SCID, por sus siglas en inglés). La intervención grupal (IG) consistió en seis sesiones de dos horas por semana en donde se les proporcionó a las participantes material didáctico y éstas formulaban preguntas y reflexionaban sobre el material proporcionado. La intervención grupal (IG) consistió en seis sesiones de dos horas por semana en las cuales se les proporcionó a las participantes material didáctico y éstas formulaban preguntas y reflexionaban sobre el material proporcionado. La Intervención Individual Mínima (IIM) se basó en una orientación terapéutica por 30 minutos. Los resultados encontrados entre el periodo pre-tratamiento y pos-tratamiento no encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los síntomas depresivos entre las condiciones (IG y IIM), pero entre los grupos sí disminuyeron significativamente los síntomas depresivos e incrementaron la autoestima.

Con base en el estudio anterior, es posible argumentar la importancia que tienen las intervenciones grupales para disminuir la depresión, pero que además de su eficacia, representan un tipo de tratamiento económicamente más accesible que la terapia individual.

En este sentido, como una manera de buscar soluciones inmediatas y directas al problema de la depresión, el grupo de trabajo llevó a cabo la aplicación del curso “Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable”.¹³ El curso fue elaborado por el Programa de Salud Mental del Hospital General de San Francisco y la Universidad de California. Dicho curso está organizado en 12 sesiones divididas en tres ejes temáticos: construcción de pensamientos y estado de ánimo; actividades y estado de ánimo, y contacto con otras personas.

El curso “Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable” parece una propuesta educativa interesante para trabajar la depresión

en el embarazo y en el posparto, ya que presenta temáticas y dinámicas relacionadas con los pensamientos y sentimientos de las mujeres respecto al maternaje. El curso tiene un enfoque psicoeducativo que propone técnicas de intervención grupal con mujeres embarazadas que pueden estar presentando características de depresión. Contiene dinámicas que permiten la autoexploración de pensamientos, sensaciones y actividades respecto a sus vivencias cotidianas, entre ellas mismas y entre las personas de su entorno socio-familiar.

También explora algunos estados de ánimo que pueden presentar las mujeres durante el embarazo y propone ejercicios alternativos a los que se puede recurrir cuando existen sentimientos de ansiedad, tristeza o pensamientos dañinos. Al mismo tiempo, expone las herramientas con las que la mujer puede contar al aproximarse el parto.

La estructura y, por ende, la propuesta del curso parecen una forma interesante de explorar las expectativas que tienen las futuras madres ante el nacimiento de su bebé y el acontecimiento del parto. Presenta los cuidados y las necesidades que pueden tener los bebés en los primeros meses de nacidos y las dinámicas a las que pueden recurrir las mamás como una forma de relacionarse y convivir con ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez revisado el curso “Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable”, se reestructuró en cuanto al tiempo y número de sesiones. Los criterios de inclusión fueron: ser usuarias del INPerIER sin importar el tiempo de gestación o posparto; decidir su participación voluntaria, luego de leer y firmar la carta de consentimiento informado que se les proporcionó durante el curso. Se consideraron las características socioeconómicas de las mujeres y el número probable de asistentes. Las mujeres invitadas fueron parte del protocolo de investigación: “La depresión materna. Su efecto en la interacción madre-hijo en el primer año de vida”. Este proyecto fue financiado por

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Para la reestructuración del curso se consideraron otros obstáculos, como la dificultad de poder asistir continuamente al INPerIER, pues además de asistir al curso, las mujeres tenían que acudir a sus citas médicas de control de embarazo. Considerando esta problemática y con el afán de evitar que las mujeres faltaran al total de sesiones y modificaran sus actividades cotidianas, se optó por disminuir las sesiones.

En cada sesión se vieron los temas señalados en el manual, organizados en tres ejes: las actividades, los pensamientos y el contacto con otras personas. La primer sesión contempló la presentación grupal del tema de comunicación asertiva; la segunda sesión planteó los temas de estado de ánimo y actividades; la tercera abordó lo relacionado con el estado de ánimo del bebé y la construcción de un mundo saludable acompañados de actividades agradables; la cuarta sesión consistió en una revisión del pensamiento, el estado de ánimo y la importancia de auto-aconsejarse; en la quinta sesión se diseñó una dinámica donde se detectaran pensamientos dañinos y alternativas para combatirlos, así como los pensamientos que se desea enseñar al bebé; para la sexta sesión se revisó el contacto con otras personas, el apoyo que pueden recibir tanto ella como su bebé en relación con su estado de ánimo; en la séptima y última sesión se resaltaron los beneficios de la comunicación asertiva, la preparación del parto y un repaso general de cómo usar el curso para construir una vida saludable para ella y su bebé.

Cada sesión tuvo una duración de alrededor de dos horas; el curso se inició con una introducción del tema correspondiente y se realizaron dinámicas que permitieran el debate y poder compartir propuestas o experiencias al respecto. Esta dinámica generó un espacio en el que ellas podían expresar sus sentimientos libremente y ejemplificar sus vivencias cotidianas relacionadas con lo que se exponía.

Para poder participar en el grupo y en el curso era necesario que las participantes mantuvieran una tónica que incluía el respeto, la discreción, la asistencia, la puntualidad, etcétera. Un aspecto importante que se recordaba en cada sesión era la invitación a que se sintieran con la libertad de expresarse, de participar o no en las actividades, de sentarse, pararse, acostarse, etcétera. En particular se acordó que cuando se diera una opinión o sugerencia, ésta fuera escuchada por sus pares. Esta tónica nos permitió generar un ambiente de completo respeto y confidencialidad en el que no se juzgaba, sino más bien se generaba una comprensión recíproca.

Se impartieron dos cursos. El primero fue el piloto, el cual estuvo integrado inicialmente por 14 mujeres, algunas estaban embarazadas y otras en etapa posparto. Los comentarios eran dispersos por la condición reproductiva de las participantes, pues las intervenciones giraban en torno a las vivencias y éstas eran diferentes; fue difícil el desarrollo del curso, pero al final se logró integrar los objetivos planteados. A pesar de lo anterior, al término del curso sólo asistieron cuatro mujeres. Por lo general las mujeres iban solas al curso, aunque había ocasiones en las que eran acompañadas por sus madres y sólo en una ocasión una mujer fue acompañada por su pareja.

En el segundo curso asistieron seis mujeres embarazadas quienes tuvieron una mejor integración y, por tanto, los resultados fueron favorables, tanto así que no hubo faltas durante todo el curso. Tal vez lo anterior fue debido a que las mujeres estaban en la misma etapa reproductiva, por lo que existían similitudes en relación con sus experiencias y expectativas.

La reestructuración del curso implicó que se revisará la estrategia de trabajo acorde a las necesidades y vivencias de las mujeres, que permitiera explorar sus pensamientos y sentir respecto al maternaje. Consideramos que el enfoque más cercano al tipo de trabajo para cumplir con lo anterior podría ser la combinación de lo teórico con lo vivencial, por lo que revisamos la propuesta de trabajo grupal



del Psicólogo Carl Rogers.*¹⁴ Este autor maneja una propuesta de trabajo llamada *enfoque centrado en el cliente*, que permite trabajar la dualidad teórica-vivencial. Dicha propuesta permitió acoplar las sesiones a las necesidades del grupo, es decir, que aunque previo a cada sesión había ya un tema y dinámicas propuestas, éstas cambiaban de acuerdo al estado de ánimo y necesidades presentes en cada mujer.

La intención del presente trabajo fue describir la experiencia grupal de las mujeres participantes, resaltando algunos factores sociales de la presencia de la depresión en este grupo.

RESULTADOS

Experiencia grupal

La dinámica general del grupo se dio en un ambiente de completo respeto con la libertad de expresar sus sensaciones que les generaban las actividades cotidianas. Las mujeres expresaban su sentir y pensamientos con la confianza de que no serían juzgadas ni rechazadas, al mismo tiempo que escuchaban lo que les sucedía a las demás compañeras, brindando apoyo y compartían sus opiniones. A veces era necesario profundizar en una situación particular de una de las integrantes, lo que no ocasionó que se desviara el objetivo de la sesión.

Es así como la dinámica teórica-vivencial del curso permitió seguir lo que el manual proponía respecto a cada tema y la participación de las mujeres al compartir sus experiencias lograban profundizar su realidad personal. Las sesiones finalizaban con una dinámica de relajación lo que permitía un mejor cierre.

Hubo ocasiones en que se recurrió a dinámicas extras, por ejemplo, si al final de una sesión las mujeres no querían retirarse del salón, se incrementaban la dinámica de relajación y recuperación de experiencias que se podían llevar a casa para reflexión. Lo anterior lo interpretamos como una manera de empoderamiento del espacio, es decir, lo hacían suyo.

El salón poco a poco se convirtió en un espacio de confidencialidad recíproca entre el grupo, parecía que sentían la libertad de hablar de cosas que en su núcleo socio-familiar no podían expresar. En ocasiones se trataba de situaciones que tenían un impacto importante en su estado de ánimo, ya que al manifestarlas las hacían sentirse culpables por expresarlas; por ejemplo, decían no sentir el deseo de ser madres, cuando se sabe que tal deseo se constituye en un “deber” del rol social femenino. O bien, desear no tenerlo para no desestabilizar el vínculo de pareja.

En la primera sesión hubo una lluvia de comentarios respecto a la manera en cómo se comunicaban con su entorno social y familiar. Algunas tenían dificultades para expresar sus sentimientos y optaban por reprimirse: “trato de no discutir con mi pareja para que él (refiriéndose al bebé) no la identifique”. Pues de lo contrario temían generar una discusión que terminara en un pleito; sin embargo, esto ocurría cotidianamente con su pareja. Además había una creencia generalizada respecto al daño que podían transmitir a su bebé durante el embarazo, si ellas no estaban bien emocionalmente. Así que para que esto no sucediera, evitaban hablar con sus parejas respecto a sus necesidades y disgustos.

* Carl R. Rogers fue un psicólogo estadounidense que creó un método de psicoterapia fundado en el humanismo, al que llamó “Enfoque centrado en el cliente”. Una forma de terapia no directiva que pone todo el peso del proceso terapéutico en la capacidad del cliente y la acción del terapeuta que debe ser ante todo empática, comprender al paciente, tal como se ve él mismo, dentro de su propio marco de referencia interna: ofrecer una comprensión y aceptación profundas. Sus principales características son:

- El término centrado en el cliente es sinónimo de empatía.
- Depuración de las técnicas no directivas como la clarificación, apareciendo el reflejo de sentimiento.
- Una mayor diferenciación de la actitud y la técnica, dando más importancia a la actitud.
- Una concepción humanista de la relación, enfática y centrada en el cliente.
- Una mayor insistencia en la capacidad del cliente, el impulso al crecimiento de todo individuo.

En síntesis, se trata de una psicoterapia optimista que pone su fuerza principal en la capacidad del propio individuo.

Aunque hubo una participación numerosa en cuanto a las experiencias durante esta primera sesión, fue posible constatar que no fue posible lograr entrar realmente en lo que se vivía al interior del núcleo social y familiar, pues más bien las participaciones estuvieron influidas por el deber ser, por ejemplo: *“ah, sí... en la casa se habla de todo y nos llevamos muy bien”, “yo creo que en la pareja debe haber comunicación y así tratamos de hacerlo”, “mi mamá decía que debía vivir bien con mi marido y estar al pendiente, así que en eso (refiriéndose a la comunicación) nos llevamos bien”.*

Sin embargo, en la segunda sesión se logró profundizar en sus sensaciones actuales, con la pregunta *¿Qué tipo de madre quieres ser?* Hubo respuestas con dos matices: primero expresaron anhelos y deseos por ser madres y parecía que se cuidaban de entrar en las expectativas sociales de la maternidad; el segundo tipo de respuestas surgió a partir del comentario de una mujer que no aceptaba lo que el resto de sus compañeras expresaban en cuanto a ser madre, las demás cambiaron sus respuestas y el ambiente se tornó a uno de mayor reflexión y revisión interna respecto a sus vivencias y sentir, colocando su situación presente (estar embarazadas) en una situación que no había sido planeada, por lo cual se arrepentían, ya que no deseaban la maternidad porque ésta a fin de cuentas, les había cambiado su proyecto de vida: *“antes yo trabajaba y me arreglaba, me gustaba, estaba delgada... ahora la ropa no me queda; estoy gorda”, “mi hija no me permitió continuar trabajando”.*

Pareciera que estos comentarios fueron los detonantes para que las mujeres pudieran expresar con libertad su realidad interna y pudieran ver que ésta no se parecía a las expectativas que debían sentir o tener.

La tercera sesión nos permitió revisar cómo las actividades repercutían en su estado de ánimo. La mayoría expresaba una sensación de tensión en su núcleo familiar que tenían que ver con la situación que estaban viviendo, algunas estaban separadas de su pareja, otras estaban a punto de terminar su relación, una estaba pasando por el proceso de duelo por la muerte de su pareja y la mayoría expresaba

vivir en situación de tensión respecto a su realidad; en ocasiones, esto las llevaba a sólo tener ganas de dormir: *“siempre estoy durmiendo, me gusta estar en mi casa, pero más me gusta estar acostada... a veces me siento mal por hacerlo y creo que no está bien”.*

La dinámica de relajación les ayudó a cerrar esta sesión con sensaciones distintas, además de que a manera de lluvia de ideas se revisaron las actividades que podían realizar en su entorno y que les pudiera permitir vivirse diferentes.

En la cuarta sesión, al momento de revisar los pensamientos, se identificó que a la mayoría le provocaba incertidumbre la escasez económica: *“A veces quiero cosas y no puedo, es como si quisiera comprar algo de \$50 y sólo tengo \$5 pesos”.* También les generaba angustia pensar en su parto o en su convivencia con el bebé, pues creían que podrían cometer “errores” que sus papás hicieron: *“tengo miedo de que cuando nazca, lo ahogue con mi necesidad de hablar o que lo fastidie... mis papás me decían ya cállate...”.*

Al final del curso se pudo observar la generación de cambios en la manera de pensar y de conducirse. De hecho, ellas referían que su núcleo de amistad y sus familiares también lo notaban: *“me consideran más madura”*, decía una mujer; otra mujer compartía un problema que tuvo con su pareja, del cual pudo salir tranquila, haciendo referencia a las técnicas que aprendió en el curso.

Los comentarios siguientes son resultado de los cursos que se impartieron. También es posible citar algunos de los factores de riesgo sociales que influyen en el desarrollo de la depresión en el embarazo y en la etapa posparto:

- **Embarazo no previsto.** En la segunda sesión que tenía que ver con la realidad personal y el maternaje fueron interesantes los comentarios de una mujer que estaba en etapa posparto de un bebé de tres meses y con una niña de cinco años; ella refirió que no podía convivir con sus hijos, lo cual le generaba angustia: *“Yo no quería estar embarazada pero cuando se lo dije a mi pareja se puso muy feliz y por eso continué con el embarazo... ahora no me gusto, la ropa no me*



queda, perdí mi empleo por el bebé... prefiero que mi suegra cuide a mi hija, yo no la tolero". Otra mujer comentó que se le estaba haciendo muy difícil aceptar que estaba embarazada y que gran parte de los problemas que tenía con su pareja eran a partir del embarazo: *"ella (en referencia a su bebé) es la culpable de que yo no pueda continuar con mis proyectos de vida"*. Otra mujer expresó: *"decidí continuar con el embarazo, pero hay ocasiones en las que no sé si quiero continuar"*.

Esto nos habla de la no aceptación del embarazo, de la resignación a vivirlo por aceptar el rol de ser madre o por la complacencia de la pareja. Esto llevaba a las mujeres, entre otras cosas, a presentar depresión. Por tanto, la no planeación del embarazo puede considerarse como un factor de riesgo.

- **Perspectiva de género.** El género fue uno de los temas principales de discusión, ya que se daba la ambigüedad entre el "deber ser madre" y el "deseo de ser madre", pues por un lado, argumentaban que la maternidad respondía al ser mujer, pero que también les bloqueaba otros roles como el profesional o laboral. Pero que también el ser madre era una manera de "fortalecer" la relación de pareja.

Como se puede observar el rol de género fue un tema determinante para expresar sus sentimientos y pensamientos reales respecto a la maternidad, los cuales a veces eran contrarios a sus expectativas como mujer.

- **Miedo al abandono o pérdida de la pareja.** Una mujer que enviudó a los cinco meses posparto y con una hija de tres años, comentó que le era difícil mantener a sus hijos, además, vivir sin una pareja era algo que le dolía mucho. Otra de ellas refería que por los problemas que se daban en su hogar, temía mucho que su pareja la dejara: *"a veces pienso que se va a ir, pienso que mi bebé no tendrá papá... una vez que se va, me veo en la pobreza, sin tener para los pañales, con el niño enfermo..."*

- Por último, uno de los aspectos que se repetían con frecuencia en las sesiones era la forma en cómo se relacionaban las mujeres en su entorno con respecto a la comunicación. La mayoría reprimía sus necesidades de afecto, cariño, atención y reconocimiento. Evitaban hablar de los problemas cotidianos para no generar discusiones. Evitaban pedir según sus necesidades o comentar lo que les molestaba en la etapa de embarazo, según ellas, para no pelear o generar disgustos en la pareja. En sí, no se atrevían a expresarles nada (sobre todo a sus familiares) sobre su sentir y la "urgencia" de tener acompañamiento.

En la finalización del curso, los comentarios de las mujeres eran de agradecimiento. Para una de ellas, el curso significó: *"una guía a través de la cual pude cruzar el puente de incertidumbre mental y dándome la confianza de querer llegar o no al otro lado... calidez, respeto y empatía", "ahora sé que soy la única responsable de mi vida... libre, feliz..."*

CONCLUSIONES

Se puede decir que el curso "Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable" resultó ser una experiencia importante para las mujeres en la etapa posparto, pero sobre todo durante la etapa de embarazo. La experiencia grupal fue un espacio de empoderamiento, ya que lo hicieron suyo al manifestar "sin peros" sus sentimientos y pensamientos sobre la maternidad y su estado de ánimo.

A través de la experiencia grupal se identificaron algunos factores sociales que determinan la presencia de la depresión –embarazo no previsto, miedo a la pérdida de la pareja, los problemas de comunicación con su entorno y lo que representa el rol de género– en este sentido podemos decir que la integración grupal permitió que las mujeres reivindicaran sus objetivos de vida, de maternidad, de salud mental y proponerse nuevos proyectos.

Fue posible observar que se generaron cambios en la manera de pensar y de conducirse. También las mujeres lograron

asumir su responsabilidad del embarazo y de la etapa posparto desde la perspectiva de la construcción de un proyecto de vida que incluyera la atención a sus necesidades. Y obtuvieron consejos para solucionar sus problemas de pareja.

Con base en lo anterior, se puede reconocer la importancia de los cursos como herramienta de apoyo para las mujeres embarazadas y en etapa posparto, pues por el

simple hecho de ser un espacio de expresión, modificaron el estado de ánimo de las mujeres participantes. En este sentido, es necesario reconocer la importancia de realizar este tipo de cursos por parte de los servicios de las instituciones públicas de salud como una alternativa de solución para disminuir la depresión, siendo además una alternativa con mayores posibilidades al alcance de la población.

ABSTRACT

The prevalence of the presence of depression during pregnancy, which ranges from 10 to 20 percent, has high probabilities of continuing in the postpartum stage. Some of the consequences of depression, which centre around affection in the mother-child relationship and little interest and ability in carrying out activities, can often cause cognitive, emotional and behavioral deficits in the child. Thus, depression is a public health problem. This article is based upon the group experience of a course previously carried out in the Hospital of San Francisco, United States. This article attempts to identify some of the social factors that lead to depression considering the feelings and thoughts of the participants. By the end of the course. This shows that group experiences are a viable alternative to decrease the presence of depression in women's reproductive stages. This consequently highlights the need for health services to provide alternative solutions that are within reach of the majority or the population.

KEY WORDS: *Group experience, pregnancy, postpartum, social factors and depression.*

REFERENCIAS

1. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tomo II. México: Masson; 2003.
2. Kumar R, Robson K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
3. O'Hara M, Zekoski EM, Philips LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non-childbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990; 99: 3-15.
4. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's self-Rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 446-50.
5. Cox JL. Psychiatric morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi-rural Uganda women. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 401-5.
6. Lee D, Chan S, Sahota D, Yip A, Tsui M, Cheng T. A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. *J Affect Disord* 2004; 82: 93-9.



7. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
8. Nylén K, Moran T, Franklin C, O'Hara M. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Ment Health J* 2006; 27(4): 327-43.
9. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 946-52.
10. O'Hara M, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders psychological, environmental and hormonal variable. *J Abnorm Psycho* 1991; 100: 63-73.
11. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 555-62.
12. Lara A, Navarro C, Navarrete L, Mondragón L, Rubí N. Seguimiento de dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental* 2003; 26(3): 27-36.
13. Disponible en: <http://www.medschool.uccsf.edu/latino/manuals.aspx>.
14. Rogers C. *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós; 1972.