



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**REPRESENTACIONES MATEANALES EN MADRES PRIMERIZAS QUE
PRESENTAN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSTPARTO**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica que
presenta la Bachiller:

SOPHIA LORENA GÓMEZ CARDEÑA

Asesora: MAGALY NÓBLEGA

LIMA-PERÚ
2011



El pensamiento más fugaz obedece a un dibujo invisible
y puede coronar, o inaugurar, una forma secreta.

El Aleph. Jorge Luis Borges.

AGRADECIMIENTOS

A Betty y Mardo, mis padres, por ser los primeros en alentarme a realizar y terminar este y todos los proyectos. Gracias por su amor, presencia, ayuda y buen humor, así como por enseñarme a valorar las cosas que realmente importan. A Liceth, mi hermana, por su apoyo y compañía, que ayudaron a hacer más llevadero este proceso.

A Magaly Nóblega, por aceptar asesorarme de manera tan comprometida y rigurosa. Por su confianza en mis ideas y por compartir su experiencia académica conmigo, sin la cual este proyecto no hubiera sido posible. Por el genuino interés que demostró a lo largo de toda esta etapa y, sobre todo, por su calidez.

A Lourdes Ruda, Doris Argumedo, Beatriz Oré, Mónica Gayoso y Pierina Traverso, por el interés mostrado y los comentarios a este trabajo, los que ayudaron a darle la forma que ahora tiene.

A todas las mujeres que aceptaron participar en esta investigación. Por el tiempo brindado, por permitirme conocerlas (a ellas y a sus bebés) y por enseñarme cosas que van más allá del conocimiento formal.

A José Carlos Ponce de León y Constantino Gómez por la ayuda para contactar a las instituciones.

A Katherine Fourment, por su aliento desde el inicio y su amistad a lo largo del tiempo. A Eliana Rosas por su incondicionalidad y su buen ánimo en los momentos necesarios. A Edgar Montero por su ayuda y su amistad, traducida en contención y películas. A Daniel Blanco, por ayudarme en la recta final y, sobre todo, por su presencia cálida a lo largo del año. A Antonio Zavaleta, por su ternura y su capacidad de encontrar algo bueno en las situaciones más inverosímiles. A Karina Padilla, por sus buenas vibras y su colaboración en la última parte del trabajo. Y, de manera especial, a José Ernesto Quispe Coronel, por la precisión de sus palabras, por su presencia constante y atenta durante todos nuestros años de amistad.

Finalmente, a todos los discos que acompañaron mis noches de trabajo y al tiempo, que me enseñó que siempre es lógico.

RESUMEN

Representaciones maternas en madres primerizas que presentan sintomatología depresiva postparto

El objetivo del presente estudio es describir las representaciones maternas en un grupo de 15 madres primerizas de sector socioeconómico bajo que presentan sintomatología depresiva postparto. La edad de las participantes oscila entre los 18 y 32 años ($DE= 5.14$) y de la de sus bebés entre los 2 y 11 meses ($DE= 3.24$), siendo el promedio de 21 años y 5.6 meses, respectivamente. Las madres obtuvieron entre 14 y 22 puntos ($M= 15.67$) en la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh. A través de un enfoque cualitativo, se utilizó una entrevista semiestructurada elaborada bajo la teoría de la constelación maternal (Stern, 1997) y las representaciones que conforman la organización de la identidad: el modelo sobre sí misma como madre, el modelo sobre el bebé y el modelo sobre la propia madre.

Los resultados demuestran que si bien las representaciones elaboradas de estos tres modelos se centran en cualidades negativas de sí misma y de los otros, existen aspectos positivos en sus representaciones, aunque no son predominantes. Además, surge la preocupación de no poder ejercer efectivamente el rol de cuidado del bebé, al percibir que no cuentan con una red de apoyo capaz de proveer ayuda instrumental y contención afectiva y al evocar vínculos tempranos caracterizados por el descuido y conflicto. Se discuten estos resultados en relación a la dinámica propia de la sintomatología depresiva postparto.

Palabras clave: representaciones maternas, constelación maternal, modelos de-estar-con, sintomatología depresiva postparto

ABSTRACT

Maternal representations in first time mothers whom presented postpartum depressive symptoms

The goal of the present study is to describe the maternal representations on a group of fifteen first time mothers whom presented postpartum depressive symptoms and belong to a poverty context. The average age of mothers are 21 years ($SD= 5.14$) and the average age of their babies are 5.6 months ($SD= 3.24$). To detect postpartum depressive symptoms, we applied the Edinburgh Postpartum Depression Scale. The scores ranged between 14 and 22 points ($M= 15.67$) Through a qualitative approach, we used a semi structured interview based on the motherhood constellation theory (Stern, 1997): the schemas about the infant, about herself and about her own mother. The data show that the representations made based on the three schemas are focus in negative qualities of herself and the others. Besides, come the concern of not being able to achieve effectible the role of taking care of the baby, by no counting on a support network able to provide them instrumental help and affective containments. These elements, joint to the reactivation of early relationship experiences, characterized by the carelessness and conflict, wrap the maternal experience of the participants. These results are discussed according to the qualities of postpartum depressive symptoms.

Key words: Maternal representations, motherhood constellation, schemas of-being-with, postpartum depressive symptoms.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	13
Participantes	13
Técnicas de recolección de información	14
Procedimiento	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	39
REFERENCIAS	51
ANEXOS	
Guía de entrevista	59
Consentimiento informado	60
Ficha sociodemográfica	62



INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre las representaciones maternas tienen como antecedentes principales los desarrollos teóricos elaborados desde la teoría relaciones objetales. Esta teoría considera que las relaciones de objeto están conformadas por las “representaciones mentales del self y del otro y del rol de cada uno en sus interacciones” (Tyson, 2000, p. 87). De esta manera, el mundo representacional de una persona se compone por las representaciones del self y del objeto las que, una vez establecidas, asumirán un rol central en la vida mental (Sandler & Rosenblatt, 1962).

En una línea de investigación similar, Blatt (2008) define a las representaciones mentales como esquemas cognitivo-afectivos del self y el otro, compuestos de aspectos conscientes e inconscientes de afectividad, experiencia y cognición, formados a partir de las interacciones tempranas con la madre o el cuidador, que se encuentran en continuo desarrollo a lo largo de la existencia (Blatt, Auerbach & Levy, 1997; Blatt, 2004). Dichos esquemas están a la base de la manera en la que uno piensa y siente sobre sí mismo y sobre los demás, los cuales pueden ser hechos objetivos, aspectos de realidad consensuada, construcciones personales o distorsiones patológicas (Blatt, 1995b; citado en Blatt, 2004).

Estas propuestas han sido ampliadas por autores contemporáneos. Uno de éstos es Stern (1997), quien propone que las relaciones interpersonales están compuestas de interacciones, es decir, conductas desplegadas por dos personas en un diálogo de respuestas entre ambas. La agrupación de interacciones conforman un modelo de-estar-con, el cual se define como un “modelo mental de experiencia de estar con alguien de manera concreta” (Stern, 1997, p. 29). Esta forma relacional es constante en el tiempo y tiene características particulares establecidas.

Para dicho autor, un aspecto central de los *modelos de-estar-con* es la interpretación subjetiva de estas relaciones por parte de la persona que las representa. Así, si bien los *modelos de-estar-con* siempre tendrán a la base una experiencia de interacción observable con otro, se evocarán, a su vez, fantasías, deseos, temores, expectativas y recuerdos de la persona que construye el modelo (Stern, 1991; 1997). De esta manera, la relación a representar es moldeada y construida subjetivamente por el entramado psíquico de la persona. Esta aproximación es similar a la formulada por Raphael-Leff (1994) quien señala que el contacto con la realidad externa se ve

influenciado por la complejidad del mundo interior del individuo, en donde las figuras internalizadas y ciertos sucesos permanecen activos como realidad psíquica.

Las características propias de la construcción del mundo representacional de la madre se enmarcan en el concepto de constelación maternal, el cual está compuesto de diversos *modelos de-estar-con*, los cuales se agrupan alrededor de una característica particular o tópico, ya sea sobre una situación concreta (por ejemplo, la alimentación) o sobre aspectos de mayor complejidad (por ejemplo: las características de una persona). El conjunto de *modelos de-estar-con* conforman la representación de-estar-con. De esta manera, la representación de la madre “consiste en cómo experimenta e interpreta subjetivamente los sucesos objetivos de la interacción, comprendidas su propia conducta y la de su bebé” (Stern, 1997, p. 20). Las nuevas experiencias de relación retroalimentan constantemente los *modelos de-estar-con* y, por ende, las representaciones que son conformadas por estos, siendo estructuras dinámicas con posibilidad de cambiar para incorporar nuevos elementos.

Retomando la concepción de representación materna, Stern (1997) sostiene que existen ocho *modelos de-estar-con* elaborados por la madre: los modelos sobre el niño, los modelos sobre sí misma, los modelos sobre su propia madre, los modelos sobre el padre del bebé, los modelos sobre su propio padre, los modelos sobre su familia de origen, los modelos sobre las figuras parentales sustitutorias y los modelos sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por la madre, es decir, aquellos sucesos no experimentados directamente pero que se mantienen presentes por medio de narraciones hechas por personas del entorno (por ejemplo, la influencia vigente de algún pariente fallecido al que no se tuvo la ocasión de conocer). Para los objetivos de la presente investigación, las representaciones maternas se describirán a partir de los tres primeros modelos ya que engloban los tres discursos más importantes durante la maternidad (Stern, 1997).

El *modelo sobre el niño* hace referencia a la diversidad de los roles ejercidos por el niño. Este modelo se basa en las experiencias subjetivas de interacción: el bebé en tanto hijo de un padre y una madre, en tanto hermano y como nieto. La diversidad de roles del bebé implica una multiplicidad de formas en las que puede comportarse y, por consiguiente, descripciones del bebé en términos que pueden ser distintos entre sí. Además, los diversos roles del bebé contemplan formas de comportamiento de éste a futuro. Estas elaboraciones mentales respecto a cómo es y cómo será el bebé ocurren desde antes del nacimiento e irán reestructurándose a lo

largo del tiempo en base de las nuevas interacciones y experiencias (Stern, 1997). Esta definición coincide con la propuesta de Brazelton y Cramer (1993) al considerar que los gestos o conductas de los bebés (ante los que las madres reaccionan) no pueden ser analizados solamente en el plano objetivo de éstas sino en “un significado que ellas mismas añaden a esa conducta” (p. 206). Dentro de las fantasías que influyen en la representación del bebé, los autores hacen referencia a tres. La primera fantasía es la del bebé como fantasma del pasado, representando a una figura importante en la historia de la madre. La segunda fantasía implica la instauración de formas de relación previamente conocidas o experimentadas por la madre. Por último, se da la fantasía del bebé como representante de una parte inconsciente del progenitor, lo cual suele ser un hecho muy común y deseable ya que está a la base de los procesos de identificación con el niño. Sin embargo, las características de estas proyecciones podrían originar dificultades en la percepción del bebé, lo cual impide una relación realista con éste, siendo tarea de la madre encontrar el equilibrio entre la identificación y lo objetivo del bebé. (Brazelton & Cramer, 1993).

Por otro lado, el *modelo sobre sí misma* implica un proceso de reestructuración de sus representaciones a raíz del nacimiento del niño, más aún si es el primer hijo. Es decir, es a través de la existencia del bebé que la madre inicia un proceso de transformación de su identidad (Stern, 1997), ya que deberá atravesar un desplazamiento central: pasar de ser hija a ser madre. Este cambio de perspectiva puede ir acompañado de sentimientos de pérdida. Un segundo reajuste radica en la necesidad de situar los intereses y deseos del bebé por delante de los suyos. En este sentido, la madre deberá monitorear si lo que la motiva a actuar de determinada manera son las cosas que ella quisiera hacer o las cosas que ella debe hacer porque el bebé así lo necesita (Stern, 1997).

A raíz de la maternidad, las mujeres experimentan un acercamiento a sus propias figuras maternas, reestructurado y revalorando las representaciones en torno a esta figura, tanto en el papel de su madre cuando ella era pequeña, su rol de esposa, su rol actual de abuela del bebé. Así, el *modelo sobre su propia madre* será la segunda representación más importante, por la reelaboración que requiere (Stern, 1997). El autor sugiere que la narración de la relación con la madre actual y la integración de las experiencias infantiles repercuten en el vínculo madre-bebé. En este sentido, la indagación en este aspecto debe incluir la capacidad de reflexión de la madre, tanto en la relación como en los recuerdos y la distancia emocional actual de los mismos. Además, si bien las representaciones de la madre sobre su propia madre durante la infancia

influyen en las características de madre que ella tiene (Pines, 1999), cabe señalar que el modelo actual de relación con la madre tendrá más valor predictivo que el modelo de relación madre-hija cuando esta última era niña (Stern, 1997).

Las interacciones, los *modelos de-estar-con* y las representaciones, se unifican al ser componentes de la propuesta específica de Stern en relación al período postparto: la constelación maternal. Esta es la nueva forma de organización psíquica en la que la madre entra después del nacimiento del bebé y en la que se mantendrá por un período variable de tiempo. La importancia de esta formulación teórica radica en evidenciar la reestructuración de la identidad de la mujer a raíz de la experiencia de maternidad, además de permitir conocer y agrupar los nuevos temas prioritarios de la madre y la reorganización de sus intereses, los cuales serán ejes de la organización psíquica materna (Stern, 1997).

La organización psíquica materna se reestructurará a raíz de tres discursos predominantes que conforman la triada psíquica: el discurso de la madre con su propia madre, el discurso consigo misma y el discurso con su bebé, figuras correspondientes al modelo sobre el bebé, al modelo sobre ella misma y al modelo sobre su propia madre, anteriormente desarrollados.

Adicionalmente, como parte de la constelación materna, emergen nuevas fuentes de preocupación en la madre, las cuales se agrupan en cuatro temas específicos: el tema de la vida y del crecimiento, el tema de la relación primaria, el tema de la matriz de apoyo y el tema de la reorganización de la identidad (Stern, 1997). El tema de la vida y crecimiento hace referencia a las preocupaciones de la madre en torno al desempeño de su capacidad de cuidado, evidenciados en la habilidad de la madre para mantener al bebé con vida y para favorecer su adecuado desarrollo (Stern, 1997).

El tema de la relación primaria prioriza la relación afectiva entre madre e hijo y los elementos de la relación que deben instaurarse antes de que el niño socialice fuera de la diada madre-bebé, tales como la creación de vínculos, la sensación de seguridad y afecto, la regulación de los ritmos del bebé y la creación de señales sociales. De no lograrse, generará preocupación en la madre. Otras fuentes de preocupación serán el no poder identificarse con el bebé o la duda sobre los sentimientos que tiene hacia éste (Stern, 1997).

El tema de la matriz de apoyo enfatiza la importancia de formar una red de soporte que sea capaz de ayudar, sostener y proteger a la nueva madre, para favorecer el tránsito por las nuevas condiciones y demandas que la maternidad le exige. Las figuras centrales de la matriz de

apoyo son la madre y otras figuras femeninas. Sin embargo, también se incluye al padre, siendo fundamental para sostener y enmarcar la diada madre-hijo, al brindar una función de soporte y facilitar las tareas de la madre. Las preocupaciones de la madre en relación a este tema incluyen el temor de no poder crear una matriz de apoyo, la dificultad para poder mantenerla y la valoración negativa que, por parte de sus miembros, pueden tener de ella (Stern, 1997).

Finalmente, el tema de la organización de la identidad es transversal a los tres anteriores pues resume la necesidad de la madre de incorporar las transformaciones en sus relaciones y reorganizar su identidad. El éxito en los temas previos dependerá de la incorporación de las transformaciones en la reelaboración de su identidad, especialmente en torno a las representaciones sobre su propia madre (Stern, 1997).

A manera de síntesis, podemos decir que las interacciones y relaciones con otros se agrupan bajo los *modelos de-estar-con*, los que, en su conjunto conforman las representaciones maternas. La representación maternal estará compuesta por los *modelos de-estar-con*: el modelo sobre sí misma, el modelo sobre el niño y el modelo sobre la propia madre, entre otros. Dichos modelos están enmarcados dentro de una nueva organización psíquica de la mujer, denominada la constelación maternal, la cual reúne nuevas preocupaciones, prioridades y funciones de la madre: el tema de la vida y crecimiento, el tema de la relación primaria, el tema de la matriz de apoyo y, de manera transversal, el tema de la reorganización de la identidad. (Stern, 1997).

Una vez revisados los aspectos teóricos de la maternidad y de las representaciones maternas, detallaremos el segundo eje del presente trabajo: los síntomas depresivos postparto.

Se sabe que la depresión postparto es un episodio depresivo no psicótico que empieza o se extiende en el período postparto (Murray & Cooper, 1997). Los debates actuales alrededor de este concepto revelan que no existe un consenso sobre el diagnóstico de la depresión postparto como una entidad independiente o como una variante de la depresión mayor descrita en el DSM-IV (Whiffen, 1991), que la incluye como una manifestación particular del episodio depresivo (APA, 2002). A pesar de estas controversias, el diagnóstico de la depresión postparto utiliza los mismos criterios clínicos de diagnóstico del episodio depresivo mayor (O'Hara, 2009; Vega-Diesntmaier, Mazzotti & Campos, 2002).

La sintomatología particular de la depresión postparto incluye manifestaciones de ansiedad y, en ocasiones, crisis de angustia (APA, 2002). Así, entre las características de la

depresión postparto, los síntomas neuróticos- expresados en irritabilidad, ansiedad y fobia- podrían opacar a los síntomas depresivos (Murray & Cooper, 1997). Además, se considera que las actitudes maternas en estos casos incluyen la presencia de miedo, desinterés o excesiva preocupación por el niño (O'Hara, 2009), además de sentimientos de culpa y relaciones conflictivas con personas significativas para la madre (Whiffen, 2004).

Nicolson (1998) señala como una característica definitoria de la depresión postparto la localización temporal: ocurre durante los 12 meses siguientes del parto. La duración del episodio depresivo puede persistir algunos meses (O'Hara, 1994), siendo necesario distinguirla de la instancia denominada "baby blues", "maternity blues" o "blues", período ubicado dentro de los dos y diez días después del alumbramiento cuyas características incluyen episodios de llanto y ansiedad de la madre. A diferencia de la depresión postparto, los "baby blues" son percibidos como transitorios (Oakley, 1979; O'Hara, 2009) y no influyen de manera importante en el funcionamiento de la madre en su vida diaria (Aramburú et al., 2008).

Para fines de la presente investigación, es necesario establecer la distinción entre el diagnóstico de la depresión postparto y la sintomatología depresiva. La depresión postparto es un trastorno que es diagnosticado a través de los criterios considerados para el diagnóstico de episodio depresivo de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Vega-Diesntmaier et al., 2002). En cambio, la sintomatología depresiva no implica un diagnóstico formal, sino un indicador de la posible presencia del trastorno, el cual tendrá que ser corroborado por los especialistas en la materia. En este estudio, el constructo utilizado será el de sintomatología depresiva. Sin embargo, se describirán las características de la depresión postparto, dado que es el diagnóstico que correspondería corroborar en el caso de la sintomatología depresiva postparto.

Dado que las formulaciones teóricas que, desde la perspectiva psicodinámica, explican la presencia de depresión en el período postparto son aún incipientes, la presente investigación considera necesario desarrollar las propuestas de Blatt (Segal & Blatt, 1993) en torno a dos tipos de depresión: la depresión anaclítica y la depresión introyectiva.

La depresión anaclítica se caracteriza por el temor de perder el afecto de los otros y experimentar soledad, siendo su cualidad principal la dependencia en las relaciones interpersonales. En cambio, la depresión introyectiva se centra en la alta crítica al self, preocupaciones por fallar y experimentar situaciones que cuestionen la autovalía.

Asimismo, estos dos tipos de depresión implicarían diferencias en tres áreas importantes del self: la capacidad reflexiva, la capacidad de tolerar e integrar la experiencia afectiva y el sentido de agencia (Segal & Blatt, 1993). De éstas, la más elaborada es la depresión de tipo introyectiva, ya que la posibilidad de autocrítica implica una capacidad autoreflexiva instaurada. Otra característica de este subtipo de depresión es la distorsión del self, evidenciada en la percepción mayoritaria de características negativas. Asimismo, serían personas que expresan su malestar de manera más directa, teniendo un estilo de afrontamiento activo. Mientras que, en la depresión anaclítica, la capacidad de agencia se ve disminuida al sentir que se depende de otros para afrontar situaciones. Además, preferirían no expresar sus sentimientos displacenteros directamente por temor a alejar a las personas de su entorno, las que, sin embargo, serán rápidamente reemplazadas en caso de distanciamiento, lo cual refleja la falta de elaboración de la experiencia, así como la dificultad de contactarse con aspectos movilizadores.

Las investigaciones sobre este modelo teórico y su relación con la sintomatología depresiva postparto (Vliegen & Luyten, 2007; citado en Besser Vliegen y Blatt, 2008) concluyen que las madres con depresión postparto experimentan niveles altos en dependencia y crítica al self. En su estudio con madres deprimidas en período postparto, es más frecuente la presencia de componentes autocríticos, lo cual coincide con los hallazgos de Besser y Priel (2003). Finalmente, se concluye que la crítica hacia uno mismo está altamente asociada con altos niveles de ira (Besser Vliegen y Blatt, 2008), producida por los eventos que frustran el adecuado desempeño de la persona.

Las investigaciones sobre la depresión postparto enfatizan la heterogeneidad de los factores de riesgo para el desarrollo del cuadro. Respecto a los factores biológicos, Bloch et al. (2000), encontraron que el estrógeno y la progesterona son las hormonas involucradas en el desarrollo de la depresión postparto. Sin embargo, otros estudios evidencian la dificultad para determinar una etiología hormonal única de la depresión postparto (Hendrick, Altshuler & Suri, 1998; Whifen, 2004) ya que debido a la multiplicidad de factores psicológicos y sociales de esta patología, no es posible determinar una etiología biológica única de la depresión postparto.

Por otro lado, la evidencia empírica describe la ausencia o inadecuación de soporte social como un importante factor de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto. Al respecto, las madres con depresión postparto refieren una baja percepción de la pareja como fuente de soporte y altos niveles de conflicto en la relación, unida a la ausencia de un entorno social cercano que

pueda cumplir esos roles (Dennis & Ross, 2006; Diaz, Le, Cooper & Muñoz, 2007; Murray et al., 1997; Tammentie, Paavilainen, Asted-Kurki & Tarkka, 2004).

Otro aspecto de la relación de pareja que puede influenciar en la aparición del trastorno es la violencia en la pareja. Gomez-Beloz, Williams, Sanchez y Lam (2009) demostraron que las mujeres expuestas a la violencia de sus parejas antes y durante el embarazo fueron más proclives a experimentar distintos niveles de depresión (media, moderada y severa) que aquellas que no.

Como factores adicionales, Murray et al. (1997) mencionan complicaciones ginecológicas u obstétricas, eventos de vida estresantes, conflictos con los padres y dificultades en los procesos de ajuste durante y después del embarazo. Dentro de los eventos de vida estresantes, el desarrollo de enfermedades por parte de los bebés puede originar sentimientos depresivos en la madre.

Investigaciones realizadas en Lima Metropolitana (Vega-Diesntmaier & Zapata-Vega, 2007) revelan que, por orden de importancia, los factores de riesgo para el desarrollo de depresión postparto son la existencia del trastorno obsesivo compulsivo en la madre, la presencia anterior de episodio depresivo mayor, el desorden disfórico pre menstrual y el episodio previo de maternity blues. Otras características que representan factores de riesgo son una edad menor de 25 años, bajo nivel educativo y alto número de embarazos previos, aumentando el riesgo cuando existen antecedentes de trastorno de estado de ánimo fuera del período postparto o antecedentes familiares de este tipo.

A continuación, se procederá a detallar algunos aportes de diversos teóricos acerca del impacto y consecuencias de la depresión postparto, en relación a dos ejes: en el vínculo madre-hijo y en la formación de representaciones.

La relación entre una madre con síntomas depresivos y su bebé estaría caracterizada por la falta de responsividad, evidenciada en inhibición y retraimiento en el contacto con el infante, que podría conducir al repliegue del bebé en sí mismo, adoptando una conducta poco exigente o, por el contrario, desarrollando una atención activa hacia el progenitor en un intento por consolarlo (Brazelton & Cramer, 1993). Al respecto, Ammanitti (1991) sugiere que la falta de responsividad materna en las interacciones tempranas puede influir en la instauración y calidad del vínculo y en las representaciones que desarrollará sobre sí mismo y sobre los otros.

En cuanto a los estilos de interacción de las madres deprimidas, Tronick y Reck (2009) identifican el estilo intrusivo y el estilo desconectado. Las primeras se caracterizan por ser

toscas en el trato con los bebés, su tono de voz evidencia sentimientos de cólera e interfieren activamente con las actividades que el bebé realiza. Sus bebés reaccionan mostrando reiterados intentos de separarse físicamente de la madre, alejando su mirada de ésta y de los objetos que están a su alrededor. Además, expresan ira, lloran y se frustran con mayor rapidez. Se postula que estos bebés adoptan las reacciones coléricas como una forma de protegerse al relacionarse con otros, ya que esperan el mismo grado de intrusividad percibido con la madre.

Por otro lado, las madres depresivas que adoptan un estilo desconectado de interacción se caracterizan por la falta de disponibilidad emocional hacia sus hijos, mostrando un afecto plano, sin involucrarse ni alentar sus actividades (Tronick & Reck, 2009). Esta forma de interacción es vivida por los bebés de manera más aversiva que la anterior, ya que sus niveles de protesta son mayores o reflejan el estado de tristeza de las madres mediante su propia afectividad.

Otra investigación (Roseblum, Mazet y Benony; 1997) identificó dos tipos de madre deprimidas: aquellas retraídas y lentificadas y las del tipo estresado e irritable, caracterizadas por presentar grandes dosis de tensión e irritabilidad y conductas de intrusividad con sus hijos.

Investigaciones previas sobre los modelos de interacción de madres deprimidas (Cohn, Matias, Tronick, Connell & Lyons-Ruth, 1986) coinciden con esta clasificación, pero elaboran dos patrones adicionales: las madres con interacciones positivas (aquellas que pueden involucrarse con sus bebés de diversas maneras y muestran expresiones positivas en al menos el 35% de las interacciones) y madres con características mixtas, las que despliegan grandes esfuerzos para lograr reacciones en el niño y tienden, en menor medida, a mostrar las reacciones positivas anteriormente señaladas.

Otro aspecto de la interacción madre-bebé que puede ser afectado por la presencia de sintomatología depresiva postparto es la calidad del apego del niño. Cicchetti y Aber (1986) identifican que la falta de disposición psíquica de los padres deprimidos afecta la seguridad de la relación de apego entre los padres y el bebé. Blehar, Lieberman y Ainsworth (1977) sostienen que algunas características del bebé a los 4 meses, relacionadas a la presencia de una madre deprimida, como el apartar la mirada, la irritabilidad y apatía, se asocian con un apego ansioso al año de vida.

Por otro lado, Tronick y Reck (2009) coinciden en afirmar que la depresión postparto de la madre dificulta la capacidad del niño para autoregular sus emociones y su nivel de actividad, siendo difícil para él la reparación ante los momentos de desencuentro o falta de ajuste con su

madre. Cuando la falta de ajuste entre madre e hijo no es reparada, el infante acumula estas experiencias, fomentando un estado depresivo en él y ocasionando que el bebé juzgue negativamente las nuevas situaciones de interacción.

Moon (2000) refiere que el deterioro de la capacidad de constancia objetal en las madres deprimidas hace vulnerables a los hijos de éstas a amplias formas de psicopatología. Entre éstas destacan la depresión, con mayor frecuencia en las niñas (Weissman et al., 1987) y la presencia de conductas agresivas en los niños (Hay, Pawlby, Angold, Harold & Sharp, 2003). Otro factor de riesgo para los niños de madres deprimidos es la exposición a entornos familiares disruptivos, en especial situaciones de maltrato psicológico y/o físico (Mendelson, Robins & Jonson, 2002). En este sentido, cabe señalar que si el episodio depresivo de la madre se da en un contexto donde carezca de soporte social, las consecuencias serán más difíciles para el niño, en tanto no exista un tercero que pueda brindarle el cuidado y la experiencia alternativa de relación que la madre no estaría en condiciones de ofrecerle (Murray et al, 1997).

El impacto de la depresión postparto en la construcción de las representaciones ha sido estudiado por múltiples teóricos, aunque cabe señalar que, en nuestro país, no existen investigaciones sobre el tema. Dentro de los postulados teóricos sobre la depresión como episodio- no específicamente la depresión postparto-, Blatt (2004) afirma que la representación mental en pacientes con depresión es de un nivel insuficiente para la instauración de la constancia objetal. Es decir, el tipo de representaciones que desarrollan estos pacientes no les permite sentirse conectados al objeto cuando este no está presente. Dichas representaciones pueden ser poco reales, de bajo nivel conceptual, focalizadas en la gratificación de necesidades y en el matiz doloroso de sus interacciones.

En el caso de las madres con depresión postparto, éstas reportan representaciones parentales conformadas por experiencias negativas, en las que sus figuras cuidadoras aparecen como distantes afectivamente, producto de dificultades en el vínculo temprano (Gotlib, Mount, Cordy & Whiffen, 1988). En otra formulación en torno a las representaciones de figuras cuidadoras, centrada en la representación de las experiencias de la infancia, Ammaniti (1991) sugiere que las madres que han internalizado un patrón satisfactorio de sus experiencias infantiles y figuras de apego sensibles a sus necesidades desarrollan, por el contrario, un mundo representacional balanceado que le permite responder afectivamente a las demandas de seguridad

e independencia del bebé, influyendo en el tipo de apego que éste desarrollará y, en consecuencia, la construcción de representaciones de sí mismo y de los otros.

Las representaciones que las madres con síntomas depresivos postparto elaboran sobre sí mismas tienden a centrarse en cualidades negativas. Dentro de éstas, la irascibilidad parece ser característico del self en este tipo de mujeres (Rogosch, Cicchetti y Toth, 2004; Rosenblum, Mazet, Bénony, 1997), tanto en madres primíparas como en múltiparas (Besser, Vliegen & Blatt, 2007). Otro aspecto frecuente en mujeres con depresión postparto son los reproches a su propio self, lo cual está relacionado con la autocrítica hacia el propio desempeño, acompañada del temor a fallar ya que pone en cuestionamiento el sentido de autovalía (Besser & Priel, 2003; Besser, Vliegen & Blatt, 2007; Rogosch, Cicchetti y Toth, 2004).

Dichas representaciones se acompañan de sentimientos, en torno a sus hijos, ambivalentes (Chan, Levy, Chung & Lee, 2002), negativos o que impliquen conductas sobreprotectoras (Davenport, Zahn-Waxler, Adland & Mayfield, 1984), así como la dificultad para responder a las necesidades del bebé (Loh & Vostanis, 2004). Ante este panorama, las madres reportan la sensación de estar atrapadas en la situación, experimentando desesperanza, impotencia y pérdida de control (Chan et al., 2002). Además, si sus expectativas sobre la maternidad distan de la realidad actual, pueden sentir desilusión y percibirse a sí mismas como obligadas a mantener una imagen “adecuada” ante los familiares y amigos.

Las representaciones de las madres deprimidas sobre sus bebés se caracterizan por un énfasis en la descripción de éstos de manera crítica, refiriendo problemas de conducta y hostilidad en sus hijos (Rogosch et al., 2004), siendo bebés difíciles de cuidar y generando ansiedad y preocupación en torno a ellos (Edhborg, Seimyr, Lundh y Widstrom; 2000).

Finalmente, las representaciones elaboradas por el hijo de una persona deprimida serían poco organizadas y se centrarían en temas de negligencia en el cuidado temprano y crítica hacia sí mismos y otros (Blatt, 2004). Al respecto, Tronik y Reck (2009) postulan que en bebés cuyas madres tengan un estilo desconectado de interacción, la representación sobre ellas será la de una madre poco confiable y no responsiva, mientras que la representación que construyan de ellos mismos tendrá como característica una percepción de sí como personas poco efectivas y desamparadas, sugiriendo sentimientos depresivos en ellos. Dentro del contexto peruano, Uchofen (2006), al investigar las representaciones maternas elaboradas por hijos de mujeres diagnosticadas con depresión mayor, encontró que una de las representaciones de madre

(elaboradas por los hijos en su adultez) era la de una mujer colérica o irascible, siendo en ocasiones sentimientos más frecuentes que la tristeza.

En suma, dado que la depresión postparto es una entidad clínica que aparece durante el primer año postparto cuya manifestación sintomática incluye sentimientos de tristeza, irritabilidad, ansiedad y fobia, es posible que genere actitudes maternas caracterizadas por sentimientos de temor, desinterés o excesiva preocupación por el niño y relaciones conflictivas y culpa en las interacciones de la madre con personas significativas (Whiffen, 2004).

De esta manera, las consecuencias de la depresión postparto, tanto para el niño como para la madre, incluyen dificultades en el vínculo y en la representación de sí mismos y de los otros, generando sufrimiento en aquellos que estén en contacto con esta entidad.

En este sentido, creemos pertinente incluir las representaciones maternas en el estudio de la depresión postparto ya que brindan información valiosa sobre cómo se estructura la depresión en la vida particular de la persona, específicamente en relación a los vínculos con personas significativas que tienden a reelaborarse a consecuencia del nacimiento del bebé (Trad, 1995). Esta perspectiva coincide con investigaciones recientes que enfatizan la calidad de las relaciones como un factor trascendente en el mantenimiento y agravamiento de la depresión postparto (Knudson-Martin & Silverstein, 2009)

Por estas razones, el objetivo general de la presente investigación es describir las características de las representaciones maternas en un grupo de madres primerizas que presentan sintomatología depresiva postparto. Las representaciones maternas que serán objeto de estudio son las agrupadas en el concepto de constelación maternal: los modelos sobre el niño, los modelos sobre sí misma y los modelos sobre su propia madre (Stern, 1997).

La importancia de esta investigación radica en que representa un acercamiento a un fenómeno poco estudiado en nuestro contexto, permitiendo conocer las características de las representaciones de éstas madres. De esta manera, se busca alcanzar un mejor entendimiento de dicha dinámica y la posibilidad de realizar, en base a esta información, acciones preventivas y estrategias de intervención sobre la salud mental de la madre (Raphael-Leff, 2000), el bebé (Marrone, 2001) y la interacción entre ambos.

MÉTODO

Participantes

El grupo estudiado estuvo conformado por 15 madres primigestas residentes en una urbanización y un asentamiento humano del distrito de Ventanilla. Su rango de edades oscila entre 18 y 32 años, siendo la edad promedio 21 años ($DE= 5.14$). En su mayoría nacieron en provincia (53%), cuentan con secundaria completa (58%), son amas de casa (94%) y tienen una relación de convivencia con sus parejas (61%). En cuanto a las características del embarazo y parto, las participantes reportan un embarazo no planificado (53%), con parto natural (53%) y sin complicaciones médicas en su salud (73%) ni en sus hijos (100%). Sus bebés tienen una edad entre los 2 y 11 meses, con una edad promedio de 5.6 meses ($DE= 3.24$) y en su mayoría de sexo masculino (53%).

Para el grupo de estudio, las puntuaciones de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh, se encuentran en el intervalo de 14 y 22 puntos ($M= 15.67$, $DE= 2.38$). La mayoría de las entrevistadas puntúan 14 (46.7%) y 15 puntos (20 %). Al indagar si habían acudido al psicólogo o psiquiatra en algún momento de su vida, la mayoría de las participantes afirma no haber requerido este tipo de atención (86%). Sin embargo, tres entrevistadas (20%) refieren haber tenido pensamientos suicidas antes o durante el embarazo.

Adicionalmente, se entrevistó a seis madres primigestas residentes en Ventanilla, que no presentaron síntomas depresivos postparto. Utilizamos el grupo de mujeres sin sintomatología depresiva postparto como un grupo de comparación a partir del cual poder describir las similitudes y diferencias entre las representaciones maternas de ambos. El rango de edades de este grupo está entre 19 y 35 años, siendo la edad promedio 23 años. Proceden en porcentajes iguales de Lima y provincias, cuentan con secundaria completa (50%) y educación superior (33.3%), son amas de casa (83%) y conviven (66%). En cuanto al embarazo y parto, el embarazo no fue planificado (66%), el parto fue natural (66%) y no se presentaron complicaciones médicas en su salud (83%) ni en la del bebé (100%). La edad de sus bebés estuvo dentro del rango de 1 a 8 meses, con una edad promedio de 4.6 meses. La mayoría de los bebés fueron de sexo masculino (83%).

En este grupo de comparación, las puntuaciones de la escala van de 2 a 6 puntos ($M= 4.83$, $DE= 1.94$), ubicándose un tercio (33.3%) en 6 puntos. El 83% afirma no haber acudido

nunca a una consulta psicológica o psiquiátrica. Finalmente, la fase de recolección de datos de ambos grupos se dio en el marco del programa “Control del niño sano” de cada centro de salud, al abordarse a las madres asistentes a dicho programa.

Las participantes de ambos grupos fueron escogidas en base a los siguientes criterios de inclusión: Puntuar 14 o más puntos y 7 o menos puntos en la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh (para ser parte del grupo de estudio y grupo de comparación, respectivamente), ser mayor de edad, contar con un nivel educativo de primaria completa, ser primípara y tener un bebé cuya edad sea menor de un año.

El número de casos del grupo de estudio se determinó mediante saturación de información, es decir, la muestra final se obtuvo cuando la información recabada en las entrevistas no otorgaron más contenidos novedosos (Hernández, Fernández & Baptista; 2006).

Todas las participantes firmaron un consentimiento informado (Anexo A), en el que se explica el objetivo del estudio, los instrumentos a utilizar y la necesidad de utilizar una grabadora de audio para registrar parte de la investigación, enfatizando la confidencialidad de todo el proceso y garantizando el anonimato de la identidad de las participantes.

Técnicas de recolección de información

Salkind (1998) refiere que los estudios cualitativos tienen como característica resaltante la flexibilidad para el proceso de recolección de información, el cual puede emplear múltiples aproximaciones hacia el tema estudiado. Así, para objetivos de esta investigación, se utilizó una guía de entrevista y la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh.

Se construyó una guía de entrevista (Anexo B), basada en los postulados teóricos de Stern sobre los tres discursos organizadores de la vida de la madre: modelos sobre el niño, modelos sobre sí misma y modelos sobre su propia madre. (Stern, 1997). Cabe señalar que la guía de entrevista tuvo dos revisiones previas a la versión final, realizadas por psicólogas expertas en el tema, con el objetivo de garantizar su adecuación a los constructos que se exploran y a los objetivos de la investigación.

El segundo instrumento utilizado es la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh, uno de los instrumentos más eficaces para detectar la sintomatología depresiva postparto (Matthey, Henshaw, Elliott & Barnett, 2006; Vega-Dienstmaier et al., 2002). Desarrollada en 1987 por Cox, Holden y Sagovsky, es la escala más usada a nivel mundial y presenta adaptaciones y validaciones en diversas culturas (Boyd, Le & Somberg; 2005). Resulta pertinente resaltar que

esta escala es un instrumento que brinda posibles indicadores de esta sintomatología (Matthey et al., 2006). Está compuesta por 10 ítems, los cuales incluyen la exploración de sentimientos depresivos y de angustia, la capacidad de disfrute, los procesos de afrontamiento, las variaciones en las funciones biológicas y la presencia de tendencias autoagresivas (Vega-Dienstmaier et al., 2002).

Las alternativas de respuesta presentan 4 opciones, con una puntuación máxima de 30 puntos. La brevedad de su aplicación y los procesos de validación realizados en diversos países, la convierten en un instrumento eficaz para la detección de la sintomatología depresiva postparto (Matthey et al., 2006), utilizándose en contextos de prevención y detección temprana de posibles cuadros depresivos (Muñoz, Le y Ghosh, 2000). En el proceso de validación de la escala realizado en Perú, se aplicó el instrumento y la sección para el diagnóstico de episodio depresivo mayor de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, encontrándose que era una buena medida para distinguir entre mujeres con y sin depresión mayor. Dicho estudio determina como punto de corte para la población peruana un puntaje mayor o igual a 13.5, que indicaría la presencia de síntomas depresivos postparto. Además, asegura que los puntajes de 0 a 7 corresponden a personas que no presentan evidencia de una posible depresión (Vega Dienstmaier et al., 2002).

Procedimiento

En la reunión sostenida con las participantes, se aplicó la ficha sociodemográfica, para determinar si la participante cumplía con los criterios de inclusión. De ser el caso, se aplicaba la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh. En los casos en los que las puntuaciones detectaron presencia o ausencia de sintomatología depresiva postparto se procedió a realizar la entrevista semiestructurada.

A continuación, se transcribieron las entrevistas y se realizó el análisis de contenido. Los discursos se agruparon en los tres ejes de la constelación materna: el *modelo sobre el bebé*, el *modelo sobre sí misma como cuidadora* y el *modelo sobre la propia madre*. En el primer modelo, las categorías emergentes fueron el *bebé renegón*, el *bebé inquieto* y el *bebé frágil*, las cuales detallan las características atribuidas al bebé, así como las explicaciones sobre por qué éstos tienen dichas cualidades. En el *modelo sobre sí misma como cuidadora*, emergen las categorías de la *madre sin apoyo* (centrada en la ausencia del rol del padre del bebé) y la *madre renegona*, derivada de sentirse sola en la tarea de cuidado del bebé. Finalmente, el *modelo sobre*

la propia madre está compuesto de las categorías *madre cercana*, *madre distante*, *madre crítica* y *madre satisfecha*. Las categorías de cada uno de estos modelos fueron comparadas con las emergentes en las madres sin sintomatología depresiva postparto, con la finalidad de caracterizar mejor al primer grupo.



RESULTADOS

Los discursos de las madres han sido organizados en relación a los tres ejes que componen la constelación maternal: el modelo sobre sí misma, el modelo sobre el niño y el modelo sobre su propia madre.

Modelo sobre sí misma como cuidadora

Si bien a nivel teórico, Stern (1997) afirma que el modelo de sí misma abarcará la representación de múltiples roles a partir de la vivencia de la maternidad, la presente investigación se concentra en el *modelo de sí misma como cuidadora*, al ser el modelo de sí misma emergente del discurso de las entrevistadas con síntomas depresivos postparto, lo cual demuestra que, para la madre cuidadora, el bebé es la principal prioridad en su vida, dejando en segundo plano otras relaciones significativas para ella e, incluso, a sí misma:

Ella me cambió la vida, definitivamente sí. Y lo único que me interesa es ella, sacarla adelante. Cuando una ya es mamá es distinto, no te importa nada más que tu hija. Por decirte, te ocupas bastante en lo que es pañales, o sea, en dedicarte a ella. Sí, solamente ella me interesa ahorita (Marcela, madre con síntomas depresivos, 24 años).

En algunos casos, la relación con el bebé cubre las carencias afectivas previas de las madres de este grupo, ya que no experimentaron una buena relación con sus figuras cuidadoras, ya sea por ausencia física o conflictos:

Antes que él nazca yo me sentía bien sola porque prácticamente yo he estado sola, mi mamá falleció, mi papá nunca vivió conmigo y como que él me levantó hacia las ganas de vivir, como que ya estoy llenando ese vacío que tenía. Parece como si él curaría todas mis heridas. Antes yo siempre pensaba ‘¿por qué no me muero?’ (Jimena, madre con síntomas depresivos, 22 años).

Además, para algunas entrevistadas de este grupo, la presencia del bebé, no solo da un propósito a su existencia sino que sirve de refugio ante las dificultades en la relación de pareja, sintiendo que el vínculo con el bebé les da consuelo:

A veces discuto con mi esposo, me aburre todo, a veces me siento estresada y ya pues, el bebé, me cambia todo eso, me salgo, estoy con el bebé, y ya como que me distrae un poco, ya no me siento sola tampoco (Ana, madre con síntomas depresivos, 21 años).

En cambio, en las entrevistadas sin síntomas depresivos postparto, la relación con el bebé no es entendida en términos de cubrir un vacío vincular previo o de dar sentido a su existencia a

partir de la maternidad. En este sentido, para muchas de ellas la maternidad es un rol que complementa su identidad, mostrándose satisfechas en las otras esferas:

Siento una gran alegría, algo que te llena, me siento completa. Una puede realizarse profesionalmente, trabajar, como ama de casa, como esposa, solo faltaba ser madre. Me hace sentir muy bien porque me ha hecho llenar ese espacio que me faltaba. Tener varias tareas, ser madre, esposa, trabajar, puede ser un poco difícil, pero sí se puede hacer (Laura, madre sin síntomas depresivos, 35 años).

Sin embargo, parte de ellas sí sienten que el vínculo con el bebé les brinda consuelo cuando se presentan dificultades de pareja: “Hubo un tiempo que discutía con mi esposo. Nos separamos, y más lo quería a mi hijo. Era más apegada a él, me sentía sola” (Hilda, madre sin síntomas depresivos, 20 años).

Otra cualidad perteneciente a la representación del grupo de madres con síntomas depresivos postparto es que priorizar la figura del bebé y asumir el rol cuidador es una señal de maduración personal: “Antes tenía más el pensamiento de chibola, ahora he cambiado bastante desde que nació el bebé porque ahora soy más madre que adolescente” (Berenice, madre con síntomas depresivos, 20 años). Esto coincide con lo postulado por Stern (1997) sobre los procesos de reajuste de identidad propios de la maternidad, en donde los intereses y deseos del bebé se situarán por delante de los propios.

Para las madres de este grupo, asumir la responsabilidad de ser madres ha sido un proceso difícil, tanto por la falta de planificación al tener al bebé como por los esfuerzos inherentes a su cuidado, primando la preocupación en ellas (Tammentie et al., 2004):

Yo decía ‘Ay no, ¿cómo voy a tener un hijo? Tengo que salir, tengo que hacer muchas cosas, trabajar, vestirme. Pensaba que ser mamá era... por una parte es bonito pero por otro no. Es una responsabilidad, un cargo, que tú tienes que saber afrontar. No me imaginaba en mí. (Nadia, madre con síntomas depresivos, 20 años).

La responsabilidad tiene como trasfondo el deseo de cuidar y brindarle al bebé las oportunidades de desarrollo que ellas no tuvieron, lo que implica crear un escenario de vida distinto. Para lograr este objetivo, las madres con síntomas depresivos postparto consideran indispensable contar con recursos económicos con los que puedan satisfacer las necesidades de alimentación, salud y educación de sus hijos:

Quiero que mi hija estudie. Como yo no pude ser, que ella sea. Quisiera darle todo lo que yo no he tenido. Yo he sido muy pobre, vengo de una familia muy humilde. Yo sé lo que

es necesidad, sé lo que es hambre, yo he pasado todas las necesidades. No quisiera que mi hija pase lo mismo que yo (Paola, madre con síntomas depresivos, 21 años).

Al respecto, Seimyr, Edhborg, Lundh y Sjogren (2004) encuentran que, en una muestra de 214 mujeres primíparas, aquellas con preocupaciones financieras mostraban más síntomas depresivos postparto que aquellas con estabilidad económica, lo coincide con la vivencia de las madres de este grupo. Resulta importante señalar que el temor de no poder contar con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de sus hijos se enmarca dentro de una de las preocupaciones propias del tema de la vida y crecimiento (Stern, 1997) ya que alude a la dificultad al poder desempeñar un rol de cuidadora adecuado y a la posibilidad de poner en riesgo el futuro desarrollo del bebé debido a las carencias.

Por otro lado, si bien las representaciones elaboradas por el grupo sin síntomas depresivos postparto coinciden con las del grupo con síntomas depresivos postparto en tener al bebé como prioridad en sus vidas, brindándoles la fuerza para asumir sus responsabilidades: “Es el motivo de mi existir, mi fortaleza. Lo que me queda es seguir terminando mis estudios para poder darle una mejor vida y ver que mi hijito se desarrolle como persona” (María, madre sin síntomas depresivos, 22 años), se diferencian en que las entrevistadas sin síntomas depresivos postparto no evocan experiencias de carencia económica durante la niñez que quisieran evitar en sus hijos. En el relato no está presente el matiz depresivo que esta posibilidad genera en las entrevistadas con síntomas depresivos postparto. Estos hallazgos concuerdan con Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount (1991) quienes señalan que las mujeres que pueden recuperarse de un episodio depresivo postparto son aquellas que perciben sus infancias como menos difíciles.

Dentro de este modelo, la representación más importante es la de *madre sin apoyo*, aquella madre con síntomas depresivos postparto que se siente sola en la tarea de cuidado del bebé, pues no cuenta con la participación del padre del bebé, ya sea porque él no provee el sustento económico necesario para la familia o porque no participa en las tareas de cuidado diario del bebé. En el primer caso, las madres de este grupo están constantemente preocupadas por las carencias económicas que atraviesan y cuestionan el esfuerzo realizado por el padre del bebé para cumplir con sus responsabilidades de manutención, calificándolos de irresponsables o despreocupados: “Me siento triste cuando peleo con el papá de ella. A veces él tiene plata y no aporta, no compra lo que tiene que comprar, todo se lo gasta” (Paola, madre con síntomas depresivos, 21 años).

El escaso aporte económico del padre genera tristeza, preocupación y angustia, así como vergüenza al tener que solicitar ayuda económica a personas de su entorno por no contar con recursos propios para hacer frente a dichas dificultades. En el imaginario de este grupo, son ellas las que asumen el rol activo en la búsqueda de recursos económicos, ya sea trabajando, alentando a sus parejas para que trabajen o prestándose dinero:

A veces su papá no tiene trabajo y no he tenido de donde sacar, a veces nos hemos tenido que endeudar. La que se mueve más en la casa para solucionar los problemas soy yo. A veces me canso, tengo que estar detrás de él. Yo estoy más triste por todo lo que he tenido que gastar, he tenido hasta que agachar la cabeza, pedirle a mi familia, a personas que no me imaginaba. (Magdalena, madre con síntomas depresivos, 28 años).

Cabe resaltar que, si bien los padres no cumplen con el rol proveedor, la mayoría de las madres con síntomas depresivos postparto sí registran un vínculo afectivo entre padre y bebé: “Él como padre es muy cariñoso y protector. No quiere que lllore. Le duele cuando llora. No le gusta que esté sucio. Juega con él. Me da gusto” (Gabriela, madre con síntomas depresivos, 20 años). Sin embargo, la cercanía afectiva se identifica solo en los momentos en los que el bebé se encuentra en un estado de tranquilidad, no cuando requiere algún tipo de cuidado: “Le digo que me ayude a cambiarle el pañal y me tira el pañal y de ahí cuando ya está, se acerca” (Paola, madre con síntomas depresivos, 21 años).

Al respecto, los hallazgos coinciden con lo propuesto por Edhborg, Lundh, Seimyr y Widstrom (2003), al sostener que los padres de bebés cuyas madres presentan sintomatología depresiva postparto suelen estar más involucrados en interacciones cálidas con los bebés (como forma de compensar las carencias del bebé debido a la relación con la madre deprimida) en comparación con los padres de familias sin historia de depresión postparto. En este sentido, la cercanía afectiva entre padres y bebés es un factor protector para el infante, ya que puede acceder a una experiencia alternativa de relación (Murray et al, 1997).

Por el contrario, en el grupo sin sintomatología depresiva postparto todas las entrevistadas resaltan el esfuerzo del padre para conseguir los recursos económicos necesarios, motivación que atribuyen al interés del padre por su hijo y al deseo de que sus hijos no atraviesen las condiciones difíciles que ellas padecieron en la infancia:

Es bien responsable, ve que su hijo tose y dice ‘lo has llevado al doctor, hay que ver que esté bien’. Hasta le conversa a su hijito, que va a trabajar, que va a ser mejor para darle lo que quiera, es cariñoso, se esfuerza bastante, es un buen padre (Hilda, madre sin síntomas depresivos postparto, 20 años).

Cuando emerge la sensación de estar sola en los cuidados diarios del bebé, las entrevistadas con síntomas depresivos postparto perciben un desbalance entre las responsabilidades asumidas por ellas y por los padres. El padre aparece como alguien que no asume parte del cuidado diario del bebé y poco sintonizado con la necesidad de apoyo de la madre: “Le digo que le de el biberón y no le da. Nunca se ha desvelado conmigo” (Paola, madre con síntomas depresivos, 21 años).

Además, si bien perciben un vínculo afectivo entre padre y bebé, éste ocurre en momentos en el que el bebé se encuentra tranquilo y no requiere mayor atención: “Es cariñoso, juega con ella pero a veces cuando se pone muy llorona se irrita, reniega y me la deja ahí pues, para que me haga cargo (Luisa, madre con síntomas depresivos, 32 años).

Los resultados concuerdan con la investigación elaborada por Dennis y Letourneau (2007) en la que las madres con síntomas depresivos postparto tienen una percepción significativamente menor del soporte social recibido, en especial de la figura de su pareja, sintiendo que no pueden confiar en ellos ni recibirán ayuda de su parte.

Por el contrario, el grupo de madres sin síntomas depresivos postparto percibe que el padre sí se involucra en el cuidado diario del bebé, mostrándose sintonizado con las necesidades de la madre y del bebé:

Mi esposo es bien atento, bien responsable. Da todo de verdad. Por lo que observo, da todo, y por mí también. Yo había bajado a hemoglobina 10 y él se levantaba y me preparaba mi extracto. Me ha empezado a ayudar con el bebé también. Antes no, porque tenía miedo, pero poco a poco (María, madre sin síntomas depresivos, 22 años).

En una minoría de casos en el grupo de comparación, el padre del bebé ha estado ausente desde el embarazo o después del parto, lo que implica el incremento de las preocupaciones económicas y los futuros cuidados que necesitará el bebé, así como el rol activo de la madre en la búsqueda de recursos económicos, ya que sobre ella recae la responsabilidad principal: “Yo soy madre soltera y siempre están las preocupaciones, siempre. Tengo que estar pendiente que no me falte cualquier trabajito porque de eso es lo que la mantengo a ella” (Marcela, madre con síntomas depresivos, 24 años). Además, la ausencia del padre del niño es vivida como un abandono tanto de la madre como del bebé:

Antes pensaba ‘soy mamá soltera, la gente que pensará, que comentará’, me traumaba, no quería salir de mi casa. Me dolió mucho, me sentí abandonada. Yo me quedé con la responsabilidad. No podré olvidar lo que me ha hecho. Ese sinvergüenza nunca se preocupó por él (Alicia, madre con síntomas depresivos, 25 años).

Así, el abandono de la pareja no sólo genera sentimientos de tristeza entre las entrevistadas de este grupo, sino también vergüenza al estar en una posición de devaluación social, ya que la noción de “madre soltera” es, para ellas y su entorno, una categoría no deseada. Además surge la cólera y resentimiento hacia el padre del bebé, al tener que enfrentar por sí sola la responsabilidad de crianza. Si bien en algunos casos la preocupación económica se amortigua debido a la ayuda que reciben de su familia, una preocupación que persiste es la consecuencia que el abandono tendrá en el futuro del bebé, por el aspecto simbólico relacionado a la función del padre:

Yo con él no vivo desde que tenía 3 meses de embarazo. Me he sentido triste pero no tanto por eso sino más por ella, más triste por mi hija, porque necesitaba su cariño de papá también. Más tristeza me da cuando pienso en que mi hija va a crecer y va a querer hablar sobre su papá (Marcela, madre con síntomas depresivos, 24 años).

En el grupo de madres sin síntomas depresivos postparto, solo una de las entrevistadas reporta el abandono de la pareja. Sin embargo, se observa una matriz de apoyo familiar más sólida, así como la participación de su hermano como una figura cuidadora para el bebé.

Finalmente, dos de las entrevistadas del grupo con síntomas depresivos postparto evocan una vivencia distinta de maternidad, en la que sus parejas se involucran activamente. En estos casos, el padre es alguien interesado por el bebé, responsable y cálido con ellas:

Te puedo decir que es un magnífico padre, porque sí se preocupa mucho por su hijo, le da todo lo que a él no le han dado. De donde no hay, saca para él. También es cariñoso conmigo. Me ayuda a alistar las cosas, con los pañales (Ana, madre con síntomas depresivos, 21 años).

Como parte del modelo de sí misma como cuidadora, del discurso de las entrevistadas emerge la representación de la *madre renegona*, ya que, ante la percepción de falta de apoyo de la pareja en la tarea materna, las madres con síntomas depresivos postparto tienden a experimentar sentimientos de irritabilidad y nerviosismo, ya sea cuando el bebé se comporta de una manera que consideran inadecuada o por el bajo involucramiento del padre del bebé en la tarea de cuidado del mismo:

A veces cuando llora de malcriado, me desespero. Yo soy una persona bien nerviosa, me saca de mis casillas, lo dejo que lllore. A veces lo miro y me pongo a llorar con él. Ayer estaba que lloraba, estaba lavando y no le podía dar mi teta sino el biberón, él no quería, lo botaba y lo dejé que llorase. Y le mandé un grito, feo le grité. Y él se privó. No sé qué me pasó porque yo no quiero tratarle así. Me desconocí. Yo lo miraba y le decía ‘perdóname’ (Gabriela, madre con síntomas depresivos, 20 años).

En este caso, el bebé provoca en la madre estados de movilización interna de angustia, hostilidad y culpa al no poder manejar la situación de una manera más conveniente. La impaciencia de la madre derivada de no poder lidiar con situaciones exigidas se reconoce como algo característico en madres con síntomas depresivos postparto (Loh & Vostanis, 2004; Rogosch, Cicchetti y Toth, 2004): “Es difícil porque también no sé cómo atender a un bebé, hay ratos en los que me saca de quicio será porque se me va la paciencia. Es bien difícil criar al bebé y afrontar todo lo que está pasando” (Berenice, madre con síntomas depresivos, 20 años).

Los resultados confirman las investigaciones que identifican la irascibilidad como un componente propio de la depresión postparto (Beck, 2002; Besser, Vliegwen & Blatt, 2007; Blum, 2007; Murray & Cooper, 1997) Además, representarse a sí mismas como coléricas e impacientes es un elemento que comparten con las representaciones elaboradas por madres adolescentes sobre su propio self (Traverso, 2006).

Un aspecto significativo es que las madres con sintomatología depresiva postparto, al representarse a sí mismas como madres impacientes y renegonas, desean cambiar su carácter, ya que consideran que reniegan por situaciones que no lo ameritan y se descargan, injustamente, con los otros: “Quisiera cambiar mi genio porque de cualquier cosita me altero rápido, reniego hasta con mi pareja. Desde que nació el bebé he cambiado, mi genio es más fuerte, me paro dedicando al bebé y a veces llora y llora” (Magdalena, madre con síntomas depresivos, 28 años):

A veces reniego mucho y me la agarro con su papá, como no puedo gritarle me la agarro con su papá. Alguna vez me ha dicho que yo hago méritos, porque he hecho tantas cosas como para que él me pegue. Pero él no, él evade, se va, me da la espalda. Yo luego le pido disculpas. Por eso quisiera cambiar mi carácter (Luisa, madre con síntomas depresivos, 32 años).

Las madres de este grupo sienten culpa, al creer que su conducta podría generar reacciones, en este caso, de violencia, las que ellas mismas habrían “buscado” por no cambiar- es decir, por no estar tranquilas y apacibles ante los problemas que atraviesan- lo cual alude a las consecuencias que puede producir que continúen en el estado de irritabilidad.

El reproche de la madre hacia su propio self, en estos casos debido a la irascibilidad que experimentan, es característico en mujeres con depresión postparto (Rogosch, Cicchetti y Toth, 2004; Rosenblum, Mazet, Bénony, 1997), tanto en madres primíparas como en múltíparas (Besser, Vliegwen & Blatt, 2007), siendo el elemento más relacionado con la vulnerabilidad hacia dicho trastorno (Besser & Priel, 2003). En este sentido, las entrevistadas manifiestan el deseo de

cambiar estas características poco apreciadas en ellas mismas. Resulta importante destacar que el deseo de cambio se concentra en las características negativas que perciben en ellas mismas, sin incluir el deseo de que aquellas personas involucradas en su malestar (como sería el padre del bebé y su falta de apoyo) cambien, lo cual podría explicarse por el reproche al self característico de la depresión postparto. Asimismo, investigaciones en nuestro país evidencian que la percepción de sí misma caracterizada por una valoración negativa e insatisfacción es un elemento propio en las representaciones del self realizadas por mujeres diagnosticadas con depresión mayor (Romero, 2010). Estos hallazgos concuerdan con los resultados de la presente investigación.

En las madres sin sintomatología depresiva postparto, si bien se identifican a sí mismas como personas que reniegan, es una cualidad que emerge menos frecuentemente en comparación con las entrevistadas con síntomas depresivos postparto. Además, las mujeres sin síntomas depresivos postparto, sí consideran válido sentirse irascibles ante ciertas situaciones. Esta capacidad de pensarse a sí mismas podría ser un recurso valioso para elaborar las vicisitudes propias de cada vivencia de maternidad. Otro aspecto diferente en este grupo, es que no aparece el deseo de cambio en ellas ante la irritabilidad que experimentan, probablemente debido a que pueden identificar las razones que la motivan.

En suma, el *modelo sobre sí misma* se centra en las características de la función de cuidado maternal de las entrevistadas. Un aspecto central en su construcción es la figura del bebé como prioridad en sus vidas y los cambios en su identidad acordes a esta nueva vivencia (mayor responsabilidad, postergación de sus necesidades y percepción de ser más maduras), así como la importancia del establecimiento de una red de soporte social que garantice y facilite el desempeño maternal de las participantes.

En el grupo de entrevistadas con síntomas depresivos postparto esto no se logra ya que las parejas no brindan una adecuada función de soporte. La falla en esta función ha sido relacionada con el desarrollo de la depresión postparto (Blum, 2007; Husain, Bevc, Husain, Chaundhry Atif y Rahman, 2006), así como las críticas continuas hacia la figura de la pareja (Rogosch, Cicchetti y Toth, 2004).

El padre del bebé, cuando es representado como figura que no provee el soporte afectivo e instrumental que la madre necesita, obstaculizaría el adecuado cumplimiento, por parte de la madre, de sus obligaciones de cuidado. La posibilidad de no desempeñar eficientemente el rol

cuidador, remite a las preocupaciones propias del tema de la vida y crecimiento (Stern, 1997). La evidencia parece concordar con lo postulado por Beck (2002), al señalar que la preocupación por no poder ejercer el rol de cuidado hacia el bebé de una manera eficiente es característica de la depresión postparto. Probablemente, esta situación evoca el cuidado insuficiente que ellas recibieron en su niñez, tal como aluden en las representaciones sobre sus propias figuras de cuidado, reactualizando sentimientos pasados en su experiencia actual de maternidad.

Finalmente, una cualidad central del grupo de mujeres con síntomas depresivos postparto es la representación de sí misma como *madre renegona*, la cual podría ser comprendida como una vivencia acorde a las características de una maternidad en la que no se cuenta con la figura del padre del bebé como proveedor instrumental y sostén afectivo de la madre, situación que generaría molestia e ira en las participantes. Al parecer, dicho componente de irascibilidad sería uno de los sentimientos centrales en el grupo de estudio, lo cual explicaría por qué, del discurso de las entrevistadas, no emergió una representación de sí mismas como madres predominantemente tristes. Este hecho concuerda con Murray y Cooper (1997), al señalar que en la depresión postparto, los síntomas neuróticos -la irascibilidad y angustia- podrían opacar los síntomas depresivos

Además, si bien verbalizan razones por las cuales pueden tener sentimientos de cólera, tienen dificultades para reconocer la validez de éstos, asumiendo en muchos casos que la responsabilidad de sentirse así recae en ellas. Por esta razón, la gran mayoría desea cambiar su carácter como manera de lidiar con las situaciones difíciles, en lugar de concentrarse en las dinámicas que las producen, primando la crítica a su propio self.

Modelo sobre el niño

Este modelo está conformado por los discursos de las madres sobre sus hijos, centrándose en las características que los definen y las atribuciones que otorgan a las cualidades que aprecian en ellos. De esta manera, las cualidades de los bebés se dividen en tres dimensiones: el bebé renegón, el bebé inquieto y el bebé frágil.

En el discurso de las entrevistadas con síntomas depresivos postparto, emerge la imagen de *bebé renegón* como la cualidad más frecuentemente mencionada. Este es aquel que muestra su desagrado ante las situaciones que lo molestan, como la tardanza en la satisfacción de sus necesidades básicas y la interrupción del contacto con su madre:

Mi hijo bien renegón es, quiere todo rápido. Todo en la boca rápido, quiere tener su comida, si pasa un poquito la hora llora, no quiere esperar. Reniega cuando lo acuesto, se pone así que no quiere, ya comienza a quejarse, de ahí llora, de ahí ya grita fuerte... se pone rojo (Nadia, madre con síntomas depresivos, 20 años).

Dicho hallazgo coincide con lo propuesto por Edhborg et al (2000) al identificar que las madres deprimidas tienden a describir a sus bebés como más irritables y difíciles de cuidar. Además, para este grupo de madres, el fastidio del bebé se manifiesta también en situaciones en las que, desde su perspectiva, éste no tendría un motivo para sentirse así. Al parecer, desde la perspectiva materna, se trataría de una característica que el bebé tiene de manera independiente de una situación concreta que le genere malestar, lo cual podría sugerir que la irritabilidad del bebé sería una cualidad intrínseca de éstos: “su carácter es fuerte, es renegón. Se nota, a veces cambia de rostro cuando está colérico, bastante reniega. Hasta cuando está tetando reniega, bastante colérico” (Berenice, madre con síntomas depresivos, 20 años).

Cabe resaltar que ambas atribuciones -el bebé que reniega debido a su baja tolerancia a la espera y el bebé renegón en momentos que no lo ameritan- tienen en común la percepción de la madre de la dificultad del bebé para autoregularse, tanto a nivel de sus emociones como de su actividad (Tronick & Reck, 2009). Una de las posibles explicaciones de esto podría ser las fallas en la función materna, ya que para el autor es tarea de la madre favorecer la regulación del bebé. Esta falla podría deberse a las dificultades en sus relaciones primarias (Stern, 1997) unida a la sobreexigencia de una labor maternal en un contexto de pobreza, lo que ha sido identificado como un factor de riesgo para la aparición de la depresión postparto (Vega-Diesntmaier & Zapata-Vega, 2007).

Además, considerando la representación que las participantes hacen sobre de sí mismas como *madre renegona*, los bebés de madres deprimidas que presenten un estilo de interacción tosco -en los que primarían la irascibilidad e intrusividad- reaccionan buscando separarse de su madre, expresando ira y frustrándose con mayor rapidez (Blehar, Lieberman & Ainsworth, 1977; Tronick & Reck, 2009). Se postula que estos bebés adoptan las reacciones coléricas como una forma de protegerse al relacionarse con otros, ya que esperan el mismo grado de intrusividad percibido con la madre. Sin embargo, los niveles de protesta del bebé serán mucho mayores si su madre tiene un estilo de interacción desconectado, esto como un intento de captar la atención de la madre y producir respuestas en ella. (Tronick & Reck, 2009).

Por el contrario, en el discurso de las madres sin sintomatología depresiva postparto, la imagen del *bebé renegón* sólo surge asociada a la dificultad de esperar la satisfacción de sus necesidades básicas. Así, al estar ligada a una situación específica, no aparecería como una cualidad innata de la personalidad de los bebés: “Se pone rojo y se pone a llorar. Hace su rabieta cuando tiene hambre, para que lo cambien. Una vez que le sacas su pañal ya está tranquilo” (Laura, madre sin síntomas depresivos 35 años)

Otra cualidad emergente del discurso de las entrevistadas con síntomas depresivos postparto es el carácter inquieto del bebé. El *bebé inquieto* es visto como alguien que tiene altos niveles de actividad física y curiosidad por explorar el entorno que lo rodea. En algunas ocasiones, las madres de este grupo sostienen que esta característica les dificulta realizar otras tareas: “inquieto, bien despierto, mira todo lo que hay, es bastante inquieto, no deja hacer nada” (Berenice, madre con síntomas depresivos, 20 años). Al respecto, Edhborg et al (2000) afirman que las madres deprimidas tendían a considerar que sus bebés obstruían o complicaban sus labores cotidianas, ya que percibían que la tarea de cuidado era ardua y sobre exigida.

En contraste, en el discurso de las madres sin sintomatología depresiva postparto es el bebé tranquilo la representación más común elaborada sobre sus bebés. Para este grupo, el bebé tranquilo es aquel que, en la mayoría de situaciones, se muestra apacible, fácil de tratar y que no dificulta ni interrumpe las actividades de la madre: “Mayormente es tranquila, duerme, no te fastidia, hago las cosas tranquila. Yo le doy de mamar, la pongo en el coche y me deja hacer las cosas” (Hilda, madre sin síntomas depresivos 20 años). Al parecer, el testimonio sugeriría que la tarea de cuidado del bebé tranquilo sería menos ardua para la madre, ya que, debido al carácter apacible del mismo, no es difícil lidiar con sus necesidades.

La siguiente representación elaborada por las madres con síntomas depresivos postparto es la del *bebé frágil*, aquel que, en el imaginario de este grupo, es vulnerable, ya sea por su propensión para contraer enfermedades o por la alta probabilidad de que experimente sucesos que puedan poner en peligro su salud:

Lo malo es que se me enferma mucho, desde que nació estoy metida en el hospital, se enferma del estómago, es alérgico, de todo le da, por eso es que casi no lo puedo vacunar mucho. Lo que siempre le da es el estómago, se le afloja, cuando está así hace 6 o 7 veces al día. Y lo de su alergia, se rasca mucho la nariz y la gripa también le da a veces y tos, siempre (Magdalena, madre con síntomas depresivos, 28 años).

La debilidad del bebé se traduce en su necesidad de recibir cuidados constantes y especiales, tales como acudir al doctor periódicamente, ser vigilados con regularidad y restringir sus actividades (menor contacto con el exterior y con otras personas): “le cuido bien, no lo saco mucho, le cuido bastante, no quiero que ni lo toquen, de cualquier cosa se enferma” (Berenice, madre con síntomas depresivos, 20 años). Este hallazgo coincide con las investigaciones realizadas por Edhborg et al. (2000), quienes encuentran que las madres deprimidas muestran más ansiedad y preocupación sobre el niño y su bienestar que las madres no deprimidas, diferencia que también comparten nuestro grupo de estudio.

Un dato importante es que las participantes de la presente investigación no refieren complicaciones en la salud de sus hijos durante el embarazo, razón por la cual la vulnerabilidad de su hijo no tendría antecedentes médicos identificados. Sin embargo, es necesario considerar que, al vivir en un contexto de pobreza extrema, la preocupación por la salud del bebé podría relacionarse con la percepción de vulnerabilidad debido a los riesgos reales del entorno (dificultad en el acceso a servicios de salud y a servicios básicos). Por esta razón, sería oportuno analizar a profundidad si la percepción de la fragilidad del niño estaría siendo intensificada por el peligro real de vivir en dichas condiciones.

Finalmente, se observa que la representación del bebé frágil alude a uno de los temas de mayor importancia para la constelación maternal: el tema de la vida y crecimiento (Stern, 1997), pues concebir a sus hijos como personas frágiles implica también un cuestionamiento, por parte de ellas y algunos miembros de su entorno, sobre su desempeño como cuidadoras ya que, a pesar de sus esfuerzos, el bebé se enferma:

Yo me preocupo cuando tiene que comer, si estoy en algún lado estoy preocupada pensando en si ya ha comido. Lo quería vacunar hace tiempo, por todas las cosas que veo. Es que tengo miedo que le pase algo. Pero sí lo cuido bien. A veces el doctor me dice: “y por qué se enferma tanto? No lo cuidas?” (Magdalena, madre con síntomas depresivos, 28 años).

En el discurso de las madres sin sintomatología depresiva postparto no aparece la fragilidad del bebé como una cualidad definitoria del mismo. Por lo general, no hay una preocupación intensa por la posibilidad de que el bebé se enferme ya que resaltan la efectividad de sus cuidados como forma de prevenir o combatir posibles enfermedades y la importancia de contar con personas experimentadas (doctores, familia) a quienes acudir, manteniendo un rol activo en la búsqueda de soluciones:

No he tenido preocupaciones. Mayormente sé que, como son bebés, a veces se les tapa la nariz y uno le echa leche o consultas con otras señoras que te dicen que hacer, como ellas ya tienen experiencia hago lo mismo y ella se sana (Hilda, madre sin síntomas depresivos 20 años).

En aquellas que sí se muestran preocupadas, sienten que cuentan con la capacidad para controlar la situación efectivamente. Además creen que el bebé puede ser fuerte para afrontar esos malestares: “Sí, a veces me preocupo por lo que se me ha enfermado de los bronquios, pero ahora lo veo más fuerte, ya no se me enferma así nomás, menos mal que lo curé” (Irma, madre sin síntomas depresivos 19 años).

Un aspecto a considerar es la influencia que la representación elaborada por las madres sobre sí mismas tendría en la representación del *bebé frágil*. Podríamos hipotetizar que la preocupación intensa por la salud del bebé tendría como trasfondo el miedo de no poder brindarle los cuidados necesarios para su supervivencia, lo cual podría explicarse por la percepción actual de no contar con el apoyo instrumental necesario y con la dificultad para satisfacer las necesidades básicas.

Adicionalmente, postulamos que percibir dificultades en la experiencia vincular con sus madres podría originar una merma en el grado de confianza en su propia habilidad para cuidar a un otro, ya que identificarse con una figura valorada de manera ambivalente podría dificultar la posibilidad de evocar una experiencia de relación cálida y una imagen de madre cuidadora en el vínculo actual con su bebé. No obstante, es necesario señalar que si bien la identificación con la figura materna es un aspecto importante, no es el único, existiendo la posibilidad de que estas madres se hayan podido identificar con otras figuras que cumplieran roles de cuidado hacia ellas a lo largo de su vida. Esta hipótesis podría explicar las conductas de cuidado que las participantes refieren tener respecto a sus hijos.

Por otro lado, la percepción de cuidado intenso en la representación de *bebé frágil*, podría ser un recurso que permitiría a las madres lidiar con los riesgos inherentes al contexto socioeconómico en el que se encuentran. En este sentido, resulta significativo que en el grupo de comparación, no aparezca la representación de *bebé frágil* ni la percepción de cuidado intenso, sino la noción de que la madre puede asumir de forma competente la tarea de cuidado, ya sea porque confía en su capacidad o porque cuenta con personas que podrían guiarla.

En suma, observamos que las madres con síntomas depresivos postparto describen a sus bebés con cualidades negativas (renegones y frágiles). En este discurso, la visión negativa del

niño podría estar asociada con la presencia de síntomas depresivos postparto y problemas en la interacción madre-bebé (Pajulo, 2004), enmarcadas en las exigencias de un contexto socioeconómico bajo. Asimismo, Rogosch, Cicchetti y Toth (2004) en su investigación sobre la expresión de afecto en madres con depresión postparto, encuentran que las madres deprimidas tendían a describir a sus hijos de manera crítica -refiriendo problemas de conducta y hostilidad- más frecuentemente que el grupo de madres no deprimidas de su estudio.

Un aspecto importante de la elaboración de la representación de bebé es que el discurso de las madres con sintomatología depresiva postparto explica las características de los bebés a partir de la similitud entre éstos y sus progenitores, sobre todo en torno a la característica de bebé renegón ya que la similitud más reconocida entre madres con síntomas depresivos postparto y bebés es el ser renegones, coléricos e impulsivos: “en su carácter así renegón como yo, así. Los dos somos renegones, así se amarga, se agarra de cólera y llora” (Nadia, madre con síntomas depresivos, 20 años). De esta manera, la figura del bebé parece condensar las características negativas que la madre con síntomas depresivos postparto identifica en ella:

Si te pide algo así con sus manitos y no se lo das, o si le das después de un rato, te lo tira. Mi mamá dice que tiene el carácter mío en lo que es impulsivo, en lo que tira las cosas se parece a mí (Magdalena, madre con síntomas depresivos, 28 años).

La identificación en el bebé de características negativas provenientes de su similitud con la madre se contrapone con lo encontrado por Traverso (2006), quien observa que el bebé representado por madres adolescentes y no adolescentes (participantes que, aparentemente no presentan depresión postparto) condensa las características más valoradas por la madre. Una hipótesis que explicaría esta diferencia es el papel que la sintomatología depresiva tiene al momento de atribuir características al bebé, promoviendo una posible proyección de contenidos no deseados de la madre en el bebé. Este punto requerirá mayor análisis a la luz de las representaciones que la propia madre hace de ella misma, en las que se refiere a sí misma como una madre renegona y colérica.

Entonces, en la representación del bebé renegón por semejanza con la madre, la fantasía de fondo es la del bebé como un representante de una parte del progenitor inconsciente (Brazelton & Cramer, 1993). Si consideramos que en el *modelo sobre sí misma*, las participantes del presente estudio se representan como *madres renegonas*, podríamos postular

que la representación del bebé intrínsecamente renegón (es decir, sin una señal precisa que active su malestar), se originaría en la proyección de la vivencia actual de irascibilidad.

Si bien la proyección de contenidos de la madre hacia el bebé es común y deseable para los procesos de identificación con el niño y el establecimiento del vínculo, en estos casos las proyecciones, al estar concentradas en una característica negativa (ser renegones), no favorecen la elaboración de un mundo representacional balanceado en torno al bebé, es decir una representación que integre las características positivas y negativas de este, siendo capaz de dar cuenta de su individualidad (Theran, Levendosky, Bogat & Huth-Bocks, 2005). Ammaniti (1991) relaciona la presencia de esta representación no equilibrada con la manera en la que la madre ha internalizado sus propias experiencias infantiles. Así, el contacto con el bebé podría estar reactivando dichas experiencias pasadas de relación, produciendo estados de incomodidad y desorganización en la madre, tal como señalaba Raphael-Leff (1994). Dichos estados pueden explicar la dificultad de las madres para reconocer sentimientos en el bebé y codificar sus señales (Mayes & Leckman, 2007). Además, dicha reevocación de experiencias infantiles traumáticas es considerada por Raphael-Leff (2000) como el origen de la depresión postparto.

Otro aspecto que es necesario señalar es que, si bien en el discurso de las madres con síntomas depresivos postparto el padre y el bebé también comparten el ser renegones, se da en una medida mucho menor respecto a la similitud identificada entre madre y bebé. Así, cuando el bebé se parece a su padre, no solo lo hace en función a la capacidad de renegar sino que emerge un campo más amplio de cualidades, tales como la tranquilidad: “Se parecen en el carácter, su papá es así un poco más pasivo, en carácter, más tranquilo” (Marcela, madre con síntomas depresivos, 24 años) y la expresión de cariño: “A mí se parece en lo renegón, en lo caprichoso, de su papá ha sacado lo cariñoso” (Jimena, madre con síntomas depresivos, 22 años). De esta manera, la representación sobre la similitud entre padres e hijos da cuenta de múltiples características, tanto positivas como negativas, en contraposición a la representación de la similitud entre madres y bebés, centrada en pocas cualidades, de característica negativa.

En el caso del grupo sin síntomas depresivos postparto, la cualidad renegona del bebé es identificada como producto de las características de ambos progenitores (mientras que en el caso de madres con sintomatología depresiva, el peso mayor estaba en la identificación del bebé con la madre). Sin embargo, la similitud de carácter con el padre sólo incluye esta característica (el ser renegón), mientras que con la madre incluye el renegar y otras cualidades valoradas de

manera positiva: “En su carácter a mí, es un poco renegón. Aparte de eso, es igual que yo, coqueto, despierto. Bien atento” (Graciela, madre sin síntomas depresivos 19 años).

En síntesis, las entrevistadas con sintomatología depresiva postparto, elaboran representaciones de sus bebés centradas en cualidades mayoritariamente negativas. Dentro de éstas, la capacidad de renegar es identificada como una de las características centrales de personalidad de las madres. Por el contrario, se da una menor identificación de cualidades positivas en el bebé y, cuando éstas emergen, provienen de su identificación con la figura paterna. Así, las representaciones elaboradas por las madres de este grupo serían desbalanceadas ya que no integran, en su representación, las cualidades positivas que perciben en los bebés.

En contraposición, las representaciones del bebé elaboradas por las madres sin sintomatología depresiva postparto abarcan cualidades positivas (un bebé tranquilo, con fortaleza para sobrellevar las enfermedades, juguetón y risueño) y aspectos negativos (el bebé también aparece como alguien que reniega, aunque en momentos determinados). Es decir, tienden a elaborar representaciones más amplias sobre cómo son sus hijos. Así, la posibilidad de construir una imagen de bebé con múltiples características, en donde predominan las positivas sobre las negativas, sugiere un mundo representacional más integrado. Además, la identificación positiva entre madre y bebé, ya que comparten las cualidades valoradas en mayor medida que las cualidades negativas, podría ser favorecedor de una mejor calidad en la relación entre ambos.

Modelo sobre su propia madre

La mayoría de las mujeres con síntomas depresivos postparto identifican a la figura de su propia madre como parte central de su red de soporte social, al ser las que brindan apoyo instrumental y económico en la crianza de sus hijos. Las representaciones elaboradas, por las madres con síntomas depresivos, se agrupan en las categorías la madre cercana, la madre distante, la madre crítica y la madre aprobadora.

La *madre cercana* es aquella figura que brinda apoyo incondicional y comprensión, escuchando los problemas y dando consejos: “Ella es todo para mí. Tiene mucho contacto conmigo, me aconseja bastante, es la primera para mí” (Tatiana, madre con síntomas depresivos, 18 años). Si bien algunas entrevistadas de este grupo refieren que la buena relación con sus madres ha sido así “desde siempre”, otras sostienen que la cercanía afectiva es una experiencia nueva, que contrasta con el vínculo entre ambas en el pasado, en el que la relación con sus madres era problemática, frecuente en discusiones, debido a temas disciplinarios en el hogar:

Desde chiquita he sido pegada a mi mamá pero ella era bien renegona, de todo renegaba y me gritaba. Nos poníamos boca a boca. Pero desde que yo salí embarazada ya no, es diferente, es más comprensiva. Ahora me llevo bien, conversamos más que antes, antes no éramos así (Gabriela, madre con síntomas depresivos, 20 años).

Se observa que este grupo de entrevistadas considera a sus propias madres como un elemento central dentro de su red de soporte social, tema de importante elaboración dentro de la constelación maternal (Stern, 1997).

Por otro lado, la *madre distante*, segunda forma de relación evocada por las entrevistadas con síntomas depresivos postparto, es aquella con la que se mantiene una relación distante o ambivalente desde antes del embarazo, ya sea por el carácter de la propia madre o por episodios de abandono:

Distante. La miro mal, me mira mal, habla pestes de mí, hablo pestes de ella, Tenemos problemas desde que nací, de chiquita me fui a vivir con mi tía y con ella sí todo bien. Ya no hablo con mi mamá, ya no me viene a visitar (Ana, madre con síntomas depresivos, 21 años).

No somos muy cercanas porque he tenido problemas con mi mamá desde siempre. Pero sí, sí me quiere bastante y yo también la quiero. Aunque ella piense que no y yo piense también que ella no me quiere. Siempre tenemos una relación más o menos no? (Pamela, madre con síntomas depresivos, 18 años).

La representación de la propia madre es la de alguien que dedicó poco tiempo y atención a sus hijos, preocupándose en menor medida por ellos. Esto sugiere una representación de matiz negativo sobre su propia niñez, lo cual es un elemento común en madres deprimidas (Rogosch, Cicchetti, Toth; 2004). En algunos casos, se identifica que la razón para esta distancia es la dedicación al trabajo, con el objetivo de mantener a la familia: “Cuando era chiquita yo no estaba cerca a ella, mi mamá se iba a trabajar, para darme una educación” (Elena, madre con síntomas depresivos, 20 años). Las entrevistadas de este grupo refieren no querer repetir este modo de interacción.

Tanto la representación de la relación en la que la propia madre es cercana sólo a partir del embarazo como la de la madre distante concuerdan con las propuestas de Gotlib, Mount, Cordy y Whiffen (1988) al sostener que las madres con depresión postparto elaboran representaciones sobre sus figuras cuidadoras en las que aparecen distantes afectivamente o con dificultades en el vínculo temprano. Además, las investigaciones coinciden en que el recibir un cuidado maternal inadecuado o insuficiente durante la niñez, describiendo a la propia madre

como poco disponibles afectivamente y con déficits en mostrar un cuidado maternal consistente, es un predictor para el establecimiento de la depresión postparto (Blum, 2007; Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991; Mayes & Leckman, 2007).

Al comparar estas representaciones con las que emergen en el grupo de mujeres sin sintomatología depresiva postparto, se encuentra que coinciden en la presencia de la madre cercana pero no en la de madre distante. Ninguna de las entrevistadas de este grupo refiere una relación distante entre ellas y sus madres, ni en la actualidad ni al evocar sus vivencias pasadas de relación. Por el contrario, sus madres aparecen como una gran fuente de apoyo, estando siempre atentas al bienestar de las entrevistadas y sus bebés: “Estamos felices, mi mamá está pendiente de mí, de la bebé también. La cuida mucho a su nieta. Sus nietos son su adoración” (Fabiola, madre sin síntomas depresivos, 21 años). A partir de estos testimonios encontramos que la relación madre-hija anterior al embarazo de las mujeres sin sintomatología depresiva postparto ya tenía cualidades positivas y, al parecer, la maternidad potencia esa cercanía (mientras que para parte del grupo con síntomas depresivos postparto, la percepción de madre cercana recién emerge a raíz de su embarazo):

Yo con mi mamá era bien atenta. Yo de chica la entendía bastante a mi mamá. Salíamos a todo sitio juntas. Y cuando tuve a mi hijo ella estuvo conmigo. Como tenía que estar en cama mi mamá me cuidaba bastante, me daba leche, todo para alimentarme bien. Ahora que ya no vivimos juntas igual nos vemos, salimos con mi hijo. Para mí es la mejor mamá, me quiere bastante (Hilda, madre sin síntomas depresivos, 20 años).

La siguiente categoría emergente del discurso de las entrevistadas con síntomas depresivos postparto es la *madre crítica*, representación que aparece en la mayor parte de los casos. Este tipo de madre es la que devalúa el desempeño de las entrevistadas, al considerar que aún no han aprendido ciertas “cualidades maternas” (como la paciencia) y al cuestionar la forma de cuidar al bebé. Las entrevistadas de este grupo aluden a las correcciones que sus madres les hacen, insinuando que sus bebés no están bien cuidados porque no han aprendido “lo suficiente”. Estas correcciones pueden decirse de manera empática: “Siempre me dice para mi bien. Me dice que le tenga paciencia. Dice que tengo que aprender más, que tengo que cambiar, que no tengo que ser renegona” (Gabriela, madre con síntomas depresivos, 20 años). O se expresan con un matiz de reproche: “Mi mamá es así su carácter, diría ‘tiene que aprender, tiene que saber, para que te has metido a tener hijos, tienes que aprender ahora’ (Pamela, madre con

síntomas depresivos, 18 años). Para esta entrevistada, se observa que la reprobación se incrementa por su maternidad temprana.

En algunos casos, la reprobación del desempeño de este grupo se acompaña de una participación intrusiva de la madre en el cuidado del bebé, ya que desde la perspectiva de la entrevistada, se cuestiona lo que cree que es mejor para el bebé y no permite que se haga cargo y aprenda “por sí misma”:

Discutimos cuando la bebé está llorando y ella me dice ‘la bebé’ y yo le digo ‘ya, es mi hija déjala’. O a veces la carga mucho, a cada rato, y yo le digo ‘déjala que lllore un ratito’ y no quiere entonces me da cólera porque yo también quiero aprender sola y ya pues, ella se mete. (Olenka, madre con síntomas depresivos, 18 años).

Al respecto, un factor relacionado a la recuperación de la madre es la presencia de figuras maternas que puedan proveer guía sin juzgar el desempeño, sino promoviendo la comunicación de contenidos difíciles de expresar para las madres con depresión postparto (Dennis & Letourneau, 2007). Por el contrario, la presencia de una madre crítica e intrusiva promovería el aislamiento y la no elaboración de la experiencia de maternidad (Knudson & Silverstein, 2009), lo cual es un elemento presente en el grupo de estudio.

En menor medida, para el grupo con síntomas depresivos postparto emerge la figura de la *madre satisfecha*, aquella que destaca que sus hijas son madres responsables y preocupadas constantemente por sus bebés: “Dice que soy buena mamá, muy preocupada, lo atiendo bien a mi hijo” (Paola, madre con síntomas depresivos, 21 años).

En contraste, para los discursos de las madres sin síntomas depresivos postparto, la *madre crítica* y la *madre satisfecha* aparecen en la misma proporción. La madre crítica las reprocha por no cuidar lo suficiente al bebé y renegar mucho con ellos: “Mi mamá? Diría que soy renegona, que soy inconforme, que reniego mucho con el bebé” (Fabiola, madre sin síntomas depresivos 21 años). Nuevamente, se critica la falta de cualidades maternas (la paciencia para no renegar con el bebé), siendo un elemento común entre nuestros dos grupos. Sin embargo, en este discurso las madres de las entrevistadas no son intrusivas, ya que no llegan a intervenir directamente en las pautas de crianza ni las desautorizan, lo que puede evidenciar una mayor diferenciación e independencia entre ambas y el respeto al rol de madre de las entrevistadas a pesar de los desacuerdos. Parte de las entrevistadas de este grupo también evocan la imagen de la *madre satisfecha* pero, para la mayoría, es un elemento difícil de percibir, ya que parten de la duda sobre la opinión de sus madres, imaginando una posible respuesta. La valoración positiva

se fundamenta en el buen vínculo previo entre ambas: “No, no me dice nada. Conversamos pero de esas cosas no. Creo que se sentirá orgullosa de mí, ella me quiere bastante (Laura, madre sin síntomas depresivos 35 años).

Sería oportuno mencionar que ciertas características de la representación de este modelo podrían explicar parte de la elaboración de representaciones que las participantes hacen sobre sí mismas. Retomando el *modelo sobre sí misma*, siendo una de las preocupaciones el no haber consolidado la red de soporte social, el *modelo sobre su propia madre* incluye aspectos ambivalentes: la cercanía afectiva y la crítica de las madres hacia el desempeño maternal de las entrevistadas, lo cual podría sugerir dificultades en la integración de la representación global de sus figuras maternas.

Este fenómeno se entendería si consideramos que las experiencias de niñez del grupo de estudio (teñida de conflictos, de la percepción de no haber recibido cuidado, atención y afecto y la falta de elaboración de esta experiencia) se reactualizan por la vivencia actual de maternidad y producen el malestar reconocido como típico en mujeres con depresión postparto (Blum, 2007; Gotlib, Whiffen y Wallace, 1991). Dicha hipótesis corroboraría lo propuesto por Raphael-Leff (2000), al sostener que el origen de la depresión postparto es la re-evocación de experiencias infantiles traumáticas no elaboradas, en el contexto de la experiencia de maternidad. Una posible manifestación de este conflicto es el deseo, por parte de las entrevistadas, de ser distintas a sus madres. Así, alejarse de los patrones de crianza de la propia madre podría ser una respuesta ante el temor de instaurar la formas de relación experimentadas durante la niñez. Sin embargo, es importante señalar que otra hipótesis que podría influenciar en el origen de la depresión postparto y la intensidad de sus síntomas es el contexto de pobreza en el que las participantes viven, aspecto que ha sido identificado como un factor de riesgo importante para la aparición de este trastorno (Vega-Diesntmaier & Zapata-Vega, 2007).

La segunda representación más importante de este modelo es la *madre crítica* del desempeño maternal de las entrevistadas. Juzgar el desempeño implicaría cuestionar la identidad materna, ya que se pone en entredicho la capacidad de la madre para cuidar al bebé. Esta visión retroalimenta el modelo sobre sí misma, en la que se perfila como una cuidadora que podría fallar en la tarea de cuidado. En este sentido, el deseo expresado por las entrevistadas de querer cambiar sus características de personalidad podría corresponder deseo de ser una buena madre

(Mauthner, 1995; citado en Beck, 2002). Además, observamos que la red de soporte social se ve aún más debilitada al tener entre sus miembros a alguien que critica en lugar de contenerla.

A manera de conclusión, se podría sostener que las representaciones elaboradas en los tres modelos que conforman la constelación maternal están compuestas por cualidades negativas o poco valoradas, en donde el papel del entorno es crucial para dichas elaboraciones. Observamos que a historia vincular con las figuras significativas más importantes (madre y pareja), se reelaboran a raíz de la maternidad (Stern, 1997), etapa en la que surgen nuevas dificultades, que se suman a las previamente existentes en estos vínculos.

Sin embargo, a pesar de que nuestros resultados reflejan la importancia de la reelaboración de las vivencias y vínculo con la propia madre, el conflicto mayor aparece en torno a la figura de la pareja que, en su rol de padre, las defrauda y pone en peligro la capacidad de cuidado de ellas como madres. La importancia de la figura del padre del bebé fue sugerida por Stern (1997), al señalar que, en la era contemporánea, la inclusión del padre dentro de la matriz de apoyo podría cobrar creciente importancia frente a las figuras femeninas que tradicionalmente la conformaban (madre, hermanas, tías), postura que los hallazgos de esta investigación parecen compartir.

DISCUSIÓN

A continuación, se discutirán los resultados encontrados en la presente investigación, que tuvo como objetivo la descripción de las representaciones maternas elaboradas por madres primerizas con síntomas depresivos postparto, explicando las características de estos modelos en relación al eje transversal a todas éstas: la sintomatología depresiva postparto. Finalmente, se presentarán los alcances y limitaciones de la investigación.

A partir de lo encontrado, se puede sostener que la dinámica propia de la sintomatología depresiva postparto generaría un impacto en la elaboración de las representaciones maternas, dado que las madres del grupo de estudio presentan una alta crítica al self y temor a fallar, al reportar la sensación de disconformidad respecto a su desempeño maternal- pues manifiestan que quisieran cambiar sus características de personalidad y no ser “tan renegonas”- así como al referir que no creen contar con los recursos económicos y de soporte social que les permita brindar un adecuado cuidado a sus hijos. Otra manifestación de la autocrítica al self es la tendencia a centrarse en cualidades negativas, tanto de sí mismas como de los otros. En este último caso, es importante señalar que la representación elaborada sobre la propia figura materna de las participantes – como una persona crítica al desempeño maternal de las entrevistadas- retroalimenta el reproche hacia el self

La presencia de estas características evidenciarían una organización depresiva de tipo introyectiva (Segal & Blatt, 1993), lo cual coincide con los hallazgos de Besser y Priel (2003) y Romero (2010) sobre el estilo autocrítico en pacientes mujeres con depresión. En el caso de la crítica al propio self, la ira está dirigida hacia sí mismas. Además, pareciera que dicha irascibilidad también estaría orientada a la figura de la pareja, dado que se representan a sí mismas como madres solas en la tarea de cuidado y perciben una debilitada red de soporte social.

La ubicación de las participantes en este tipo de depresión implicaría una preocupación exacerbada en torno a los temas de autovalía y capacidad de logro como parte importante de la definición del self, así como la propensión a asumir responsabilidades que no le corresponden y los sentimientos de culpa al no poder alcanzar el ideal esperado. Esta es una cualidad importante en la distorsión del propio self, que se centra predominantemente en características negativas de sí misma.

En el caso del presente estudio, el reproche hacia el self podría comprenderse, en parte, por la falta de planificación en los embarazos de las participantes, lo cual explicaría por qué, a pesar de referir un paulatino proceso de maduración a raíz de la nueva responsabilidad, con cierta frecuencia se remiten al pasado para recordar su vida anterior a la maternidad, etapa en la que tenían menos responsabilidades y sin necesidad de renuncia o postergación de sus metas personales. Esto evidenciaría lo poco preparadas que se encontraban para asumir la tarea de maternidad (Paris, Bolton y Weinberg, 2009). En este sentido, los sentimientos relacionados a la maternidad no planificada podrían ser un componente importante en el reproche al self actual de las entrevistadas. Asimismo, la maternidad no planificada se da durante la etapa de adultez joven (menores de 25 años), período identificado como un factor de riesgo para el establecimiento de la depresión postparto (Vega-Diesntmaier & Zapata-Vega, 2007).

Otra manera de explicar la preocupación por la autovalía y la capacidad de logro radicaría en la internalización de patrones de relación caracterizados por la percepción de haber recibido un cuidado inadecuado o insuficiente en la niñez, así como el aparente vínculo distante entre las participantes y sus madres. En este sentido, la elevada preocupación por su capacidad de logro (en estos casos, en torno a la maternidad) podría estar vinculada con la evocación de la propia vivencia de niñez, en donde, para no parecerse a la madre representada por ellas, realizarían mayores esfuerzos en torno al cuidado del niño. Así, podrían identificarse con sus bebés, en tanto no querer que experimenten un vínculo similar al que ellas tuvieron con sus cuidadoras ni el contexto de carencias.

Una cualidad adicional de este tipo de depresión es la tendencia a asumir la responsabilidad por todo lo que ocurre, experimentando culpa ante las fallas, lo cual podría evidenciarse en el deseo de cambio de cualidades de sí mismas como una manera de lidiar con el malestar que experimentan. El sentido de agencia orientado por el despliegue de acciones directas para disminuir el malestar, no aparecería en el presente grupo de estudio ya que en el caso de las participantes, la forma de lidiar con la falta de involucramiento percibida en sus parejas es a través de discusiones con ellos y el reproche hacia ellas mismas, en torno a la mayor fortaleza que deberían tener para que las situaciones no las afecten o importen. Es decir, parte de sus estilos de afrontamiento comprende el deseo de no sentirse afectadas por las dificultades, en lugar de cuestionar, en su discurso, lo que las motiva a sentirse así (al parecer, la falta de compromiso de sus parejas en el rol materno).

Finalmente, en cuanto a la capacidad de reflexión propia de la depresión introyectiva, la autocrítica al self evidenciaría una reflexión minuciosa acerca del propio desempeño y de las consecuencias de este. Sin embargo, sería adecuado considerar si esta característica se estaría aplicando en la representación que elaboran sobre sus bebés, en la que se proyecta características negativas de ellas mismas *-bebé renegón-* o cuando les resulta difícil reconocer las señales que podrían generar molestia al bebé. Esta dificultad podría explicarse por la importancia de la reevocación de experiencias infantiles traumáticas a propósito de la maternidad actual, en la que probablemente la capacidad de reflexionar sobre la experiencia se vea afectada.

En cuanto al componente dependiente de la depresión postparto, su rol aparecería de forma ambigua en nuestra investigación ya que, si bien la preocupación centrada en el tema de la red de soporte implica la presencia de conflictos con los miembros de ésta, observamos que no se trataría de una necesidad extrema de dependencia, sino de una dependencia propia de la etapa de maternidad primeriza, en donde la madre, al tener mayores responsabilidades, demanda la participación de la pareja (pidiendo que asuma la responsabilidad que le corresponde: cuidado hacia el niño y hacia ella misma).

Además, aunque no presentarían un estilo evitativo de afrontamiento, pues expresan de manera frontal el malestar hacia sus parejas -evidenciado en las discusiones actuales con éstas- la investigación no recoge elementos suficientes para determinar la presencia de un estilo de afrontamiento directo -propio de un sentido de agencia característico de la depresión introyectiva- ya que si bien en sus discursos afirman que sí enfrentan las dificultades, esto podría estar influenciado por la deseabilidad social.

Un componente adicional de la depresión encontrado en tres casos de nuestro estudio es la ideación suicida o pensamientos de daño hacia sí misma, siendo considerado como uno de los signos de mayor gravedad de la depresión postparto (Beck, 2002). La sensación de ser poco capaces de cuidar al bebé, así como la percepción de no contar con un entorno al cual acudir en busca de ayuda, son elementos comunes en las narraciones de madres con ideación suicida (Paris, Bolton & Weinberg, 2009), lo cual es un factor de riesgo para nuestro grupo de estudio. Un dato importante es que dos de las tres mujeres que reportaron pensamientos suicidas presentaron los puntajes más altos de la escala, lo cual concuerda con la hipótesis de que los pensamientos suicidas acompañan la mayor intensidad de sentimientos depresivos.

Por otro lado, un aspecto que permitiría considerar que los hallazgos de la presente investigación estarían influenciados por la presencia de la sintomatología depresiva postparto son las representaciones elaboradas por el grupo de comparación: madres sin síntomas depresivos postparto.

Una de las diferencias más resaltantes es que las madres sin síntomas depresivos perciben que cuentan con una red de soporte social sólida, en donde el padre del bebé cumple su rol instrumental y de contención. Asimismo, la propia madre de las participantes es percibida como una figura cercana en la actualidad y, en el discurso de las entrevistadas, no emerge referencias a vivencias tempranas conflictivas entre ellas y sus madres. Respecto a este último punto, podríamos hipotetizar que las madres de las participantes, al percibir que no incurrir en conductas intrusivas para corregir sus “equivocaciones”, confiarían en el desempeño maternal de las entrevistadas y respetarían sus decisiones a pesar de los desacuerdos que pudieran tener, aspecto que sí estaría comprometido en el grupo de estudio.

Al parecer, en el grupo de comparación, la presencia de una red de soporte sólida y no crítica hacia ellas, influenciaría en la sensación de poder ser competentes ante las tareas de la maternidad o de sentir las tareas de la maternidad posibles de sobrellevar, razón por la cual no emergería la autocrítica ni la irascibilidad como componentes de la representación de sí mismas. En esta línea, podríamos postular que al poder contar con personas que proveen ayuda y al percibirse capaces de afrontar las demandas de la maternidad, la representación elaborada sobre sus hijos no tendría la cualidad de preocupación por su salud *-bebé frágil-* o no se presentaría de manera tan intensa.

Un aspecto que ambos grupos sí comparten es la percepción del bebé como persona que reniega. Sin embargo, en el grupo de comparación esta no es la cualidad principal atribuida al bebé ni tampoco es atribuida únicamente a la similitud con la madre. En este sentido, para el grupo de madres sin sintomatología depresiva postparto, prima la atribución de cualidades positivas de la madre en el bebé.

Por último, se podría postular que las representaciones del grupo de comparación, al incluir cualidades positivas y negativas *-enfazando las primeras-* y reconocer en el bebé cualidades del self valoradas, tendrían un mayor nivel de integración que las elaboradas por las madres con sintomatología depresiva postparto. Además, en este grupo no emergen las preocupaciones referentes al tema de la vida y crecimiento ni del tema del soporte social con la

intensidad que aparece en el grupo de estudio. Esto podría explicarse por la percepción, que las participantes de dicho grupo, tienen acerca de los recursos personales y económicos con los que cuentan para lidiar con las dificultades. En este caso, estas características habrían influenciado en la elaboración de representaciones.

Tal como señalamos anteriormente, no existen investigaciones en nuestro medio sobre representaciones maternas en mujeres con síntomas depresivos postparto, pero sí sobre representaciones maternas y de la función materna en madres adultas y adolescentes provenientes de un contexto socioeconómico similar, que son necesarias comparar con el presente estudio.

Al parecer, el tema de la vida y crecimiento, en especial en torno a la preocupación por no poder proveer los cuidados necesarios al bebé, sería común a la maternidad en contextos socioeconómicos bajos (Maya, 2010; Traverso, 2006), lo que sugeriría que dicha dificultad podría ser un rasgo común al proceso de adaptación a la maternidad y no un aspecto exclusivo en la madres con sintomatología depresiva postparto. Sin embargo, en el presente estudio esta preocupación por el cuidado del bebé estaría relacionada con la falta de asunción de responsabilidad por parte del padre del bebé, quien es representado como alguien que no provee el apoyo instrumental ni afectivo, a pesar de que de él depende la manutención de la nueva familia. Esto no sucedería en las investigaciones señaladas ya que sus participantes cuentan con el apoyo económico de sus padres o trabajan y mantienen redes de soporte social (Maya, 2010) o debido a que la preocupación está centrada en que, a futuro, puedan prevenir que sus hijos no comentan los mismos errores que ellas (Traverso, 2006). En el estudio de Traverso (2006), la preocupación por la manutención económica no aparece como tema central, así como tampoco se valora al padre del bebé como parte de la red de soporte, lo cual en la presente investigación sí es un tema importante.

En cuanto a las representaciones elaboradas sobre los bebés, la representación de *bebé frágil*, emergente en el presente estudio, también se encuentra en la investigación de Ríos (2011). Si bien los temores en torno al tema de la vida y crecimiento no serían exclusivos de las madres con depresión postparto, habría que considerar la intensidad de esta preocupación, así como si esa representación evoca la vivencia actual de las entrevistadas de dicho estudio, ya que el discurso que ejemplifica dicha representación aludiría a un temor pasado. Además, un aspecto que podría diferenciar la importancia que esta representación tendría en el mundo

representacional de la madre es la percepción, en las madres de nuestro estudio, de que el bebé frágil necesitaría cuidados constantes de parte de ella, aspecto que no se deduce de lo hallado por dicho autor. Asimismo, a nivel cualitativo, el tono afectivo con el que era acompañado el discurso sobre el *bebé frágil* en la presente investigación, sugería una preocupación profunda por la posibilidad de que el bebé sufra algún inconveniente serio en su salud.

Por otro lado, la representación de *bebé inquieto* y difícil de cuidar emerge también en otros estudios sobre representaciones maternas (Nóblega, Thorne, Peña y Moreya, 2009; Ríos, 2011, Traverso, 2006) elaboradas tanto por madres pertenecientes a una etapa de desarrollo evolutivo diferente a nuestras participantes (la adolescencia) como en relación a niños de edades mayores a los del presente grupo de estudio (1 a 5 años). Esto sugeriría que la representación de hijo inquieto sería un aspecto común a la niñez y no un componente que necesariamente refleje la dinámica de la sintomatología depresiva postparto en la elaboración de representaciones.

Asimismo, la representación de *bebé renegón* pareciera ser común a las elaboradas por madres en otros estudios (Nóblega et al., 2009; Ríos, 2011, Traverso, 2006). En el caso de Ríos (2011), la diferencia entre ambas representaciones radicaría en que, mientras para el presente grupo de estudio dicha cualidad se explica por la similitud de carácter entre madre e hijo, los hallazgos de dicho autor sugieren que el “berrinche” sucede por la responsabilidad de las madres de los niños, al haber consentido a sus hijos y fomentado la actitud de capricho. Asimismo, la representación del hijo como proyección de la madre, identificada en el estudio de Ríos (2011), se concentra en cualidades positivas, lo cual no sucede en nuestra investigación, en la que las participantes proyectarían la propia irascibilidad en sus hijos. En el caso del estudio de Nóblega et al. (2009), la diferencia principal se observaría en que, además de las representaciones centradas en características de irritabilidad, emergen imágenes positivas de los niños, elemento que en la presente investigación no aparece. Finalmente, en la investigación de Traverso (2006), las participantes adjudican a sus bebés la intencionalidad de molestarlas, elemento que no emerge en la presente investigación y que podría estar relacionado con las características de la maternidad adolescente en dicho estudio.

Un aspecto importante a señalar es que la irascibilidad del hijo es percibida tanto en niños de 1 a 5 años (rango de edad de los hijos de las madres en dichos estudios), como en bebés de 2 a 11 meses (rango de edades de los bebés en la presente investigación). Ante la pregunta ¿por qué se atribuyen las mismas cualidades a los bebés, cuando el reconocimiento de dichas

características podría darse con mayor exactitud en un niño con la habilidad del lenguaje instaurado (ya que podría dar cuenta de su subjetividad de forma incipiente)?, se requeriría una mayor investigación para determinar si la sintomatología depresiva podría estar influenciando en la elaboración de representaciones que incluyen características de niños ubicados en una etapa de desarrollo evolutivo más avanzada.

En cuanto a las representaciones sobre sus figuras maternas, se encuentran diferencias en las elaboradas por madres adultas de nuestras participantes y las del estudio de Traverso (2006). En dicho estudio, las propias madres son caracterizadas como figuras de soporte y que no juzgan, mientras que en la presente investigación son representadas como distantes y críticas hacia el desempeño maternal de las entrevistadas. Un aspecto que podría explicar dicha diferencia son las características de la depresión introyectiva, al centrarse en aspectos negativos de sí mismos y de los otros. Sin embargo, resulta oportuno señalar que ambos grupos evocan experiencias infantiles en las que no percibieron una adecuada cercanía y cuidado con sus cuidadores, por lo cual sería necesario determinar si la intensidad de esta experiencia es mayor en la presente investigación para producir una representación con matices distintos.

Finalmente, otro aspecto diferencial entre el estudio de Traverso (2006) y nuestra investigación es que si bien emerge una representación de sí mismas como madres que pierden la paciencia y experimentan ira (lo cual compartirían con nuestro grupo de estudio), esta cualidad se da en menor medida en el grupo de madres adultas en dicha investigación.

Por otro lado, en torno a las representaciones en torno a la función que la maternidad ejerce en la identidad de las participantes, se observa que la percepción del hijo como fuente de afecto es una similitud entre nuestros hallazgos y lo postulado por otras investigaciones (Ríos, 2011). Sin embargo, una diferencia central es que, en otros estudios, la maternidad propiciaría que las jóvenes reelaboren y reparen el vínculo con sus cuidadores (Maya, 2010), proceso que pareciera no darse en nuestra investigación. Esto podría explicarse debido a que las representaciones de la figura materna están centradas en cualidades ambivalentes, producto de los conflictos pasados y las críticas actuales hacia su rol materno- lo cual dificultaría un proceso de elaboración del vínculo- sumado a la ausencia de un entorno alterno que pueda valorarlas de una manera positiva, recurso con el que podrían contar las participantes de la investigación referida (quienes reciben capacitaciones laborales en un centro de su comunidad). Además, el hecho de que las representaciones de la figura materna en la presente investigación estén

centradas en las características negativas del vínculo podría explicarse por la dinámica de la depresión introyectiva, en la cual el self tiende a concentrarse en los aspectos negativos.

Asimismo, Nóblega (2006), sugiere que la maternidad podría tener un efecto estructurante en la vida de las madres, al proveer a su identidad un rol culturalmente valorado: la maternidad. En este sentido, la maternidad podría ser un elemento de resiliencia ante las dificultades de poder acceder a un reconocimiento social por medio de otras fuentes- por ejemplo, el trabajo- dadas las condiciones socioeconómicas del grupo (madres adolescentes de contexto socioeconómico bajo). Nuestro grupo de estudio no comparte aquellas características, lo cual se explicaría por la presencia de conflictos importantes con las figuras vinculares principales, la autocrítica hacia el propio self y la sobreadaptación rápida a un rol no buscado. Otra diferencia radicaría que, mientras en dicha investigación el entorno social valoraría positivamente la maternidad de las participantes, en el presente estudio se da una reacción negativa de parte de la familia.

Por esta razón, concordamos con Nóblega (2006), al afirmar que la familia de origen de la joven tendría un papel central en el proceso de desarrollo y adaptación a la maternidad. En este sentido, para nuestro grupo de estudio, al estar afectada la red de soporte social, la familia no podría facilitar ni contener a la nueva madre, lo cual complicaría su ajuste a la maternidad. Una evidencia de esta hipótesis es que, en la investigación de dicha autora, la mayoría de las madres aún vive con la familia de origen y dependen económicamente de sus padres, mientras que en la presente investigación, la mayoría de las madres viven con sus parejas y dependen económicamente de ellos. Así, la cercanía de la familia de origen permitiría una adaptación paulatina a la maternidad, siendo un factor protector de la depresión postparto. Sin embargo, cabe resaltar que esta hipótesis solo sería plausible en los casos en los que las participantes no han tenido episodios depresivos previos, ya que su presencia podría sugerir una estructura de personalidad con características depresivas, lo cual requeriría otro enfoque de investigación e intervención, siendo insuficiente centrarse en el rol protector de la familia.

Finalmente, es necesario señalar que, la presente investigación utiliza un método de screening para detectar la presencia de sintomatología depresiva postparto e incluye la presencia de un grupo de comparación (sin sintomatología), lo cual permitiría tanto atribuir las representaciones elaboradas a dicha dinámica como considerar la necesidad de un método de screening más preciso (diagnóstico) para determinar qué aspectos de las representaciones

elaboradas corresponden a la depresión y cuáles a la maternidad en esos contextos. En el caso de las investigaciones reseñadas, la selección de las participantes no contó con dicho método de screening para determinar la presencia de sintomatología depresiva ni episodios depresivos al momento de la realización del estudio, a pesar de que, en algunos casos, los discursos de las entrevistadas hicieran referencia explícita a sentirse deprimidas (Maya, 2010). Este sería un aspecto importante ya que la maternidad por debajo de los 25 años- elemento común a la mayoría de investigaciones aludidas- ha sido identificada como un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto (Blum, 2007; Vega-Diesntmaier y Zapata-Vega, 2007), razón por la cual las comparaciones realizadas entre el presente estudio y las investigaciones reseñadas podrían no considerar esta variable. Sería un requisito, para futuras investigaciones determinar la presencia o ausencia de sintomatología depresiva en las muestras estudiadas, para poder realizar una comparación de mayor consistencia metodológica.

A partir de lo expuesto hasta aquí, es posible concluir que, en la presente investigación, las representaciones maternas elaboradas por las mujeres con síntomas depresivos postparto se concentran en cualidades negativas, tanto de sí mismas, como de los otros, en donde la integración de características múltiples y complejas de los objetos es incipiente. Esto se puede deber, posiblemente, a las experiencias de relación tempranas caracterizadas por la falta de cuidado y dificultades afectivas con sus figuras principales, corroborando que la génesis de la depresión postparto son las experiencias vinculares tempranas no elaboradas y reevocadas a propósito de la maternidad (Raphael.Leff, 2000); así como el debilitamiento del vínculo con la pareja, a partir de la no asunción de un rol paterno satisfactorio para ellas. En este sentido, se observa que la preocupación de base está relacionada a uno de los temas que Stern (1997) identificó como tópicos de reelaboración típicos en la maternidad: el tema del soporte social. Esta perspectiva coincide con las investigaciones recientes que ponen énfasis en la calidad de las relaciones como un factor trascendente en el mantenimiento y agravamiento de la depresión postparto (Knudson-Martin & Silverstein, 2009).

Asimismo, la percepción de una red de soporte ineficiente influye en la capacidad de la madre para ejercer sus funciones de cuidado, lo cual está a la base de la segunda preocupación más aludida por nuestras participantes: el tema de la vida y crecimiento; así como en la capacidad de brindar respuestas sintonizadas al bebé y en la dificultad para representarlo con características que den cuenta de aspectos positivos, ambas tareas correspondientes al tema de la

relación primaria. Así, podríamos postular que las preocupaciones en torno a estos tres temas estarían conectadas con un proceso de reelaboración de la propia identidad no alcanzado.

Adicionalmente, la presencia de la sintomatología depresiva influiría en la predominancia de cualidades negativas en las representaciones elaboradas, debido a la posibilidad de que las entrevistadas respondan a las características de un proceso depresivo introyectivo, en donde la crítica al self está acompañada de sentimientos coléricos ante el temor por no conseguir lo que desean. Además, las características de la maternidad de las entrevistadas (falta de planificación, ser adultas jóvenes, pertenecer a un contexto socioeconómico bajo) de las madres de nuestro estudio, dificultaría la posibilidad de elaborar la experiencia debido a los cambios abruptos que han atravesado a raíz de la maternidad, asumiendo una tarea para la cual no se sentían preparadas.

Consideramos que un aporte del presente estudio es que sus hallazgos darían un panorama general de la elaboración de representaciones en mujeres con sintomatología depresiva postparto, al ser la presente investigación el primer estudio exploratorio realizado sobre el tema en nuestro país, permitiendo conocer de manera preliminar cómo es la dinámica de la depresión postparto en un contexto socioeconómico bajo. Además, consideramos importante que el estudio se haya enfocado en esta población ya que es un grupo cuyas características engloban múltiples factores de riesgo reconocidos como propios de la depresión posparto.

Así, los resultados obtenidos, brindarían los primeros lineamientos para plantear una intervención en la población estudiada (los cuales podrían incluir el establecimiento de redes de soporte entre las mujeres con esta sintomatología). Por otro lado, postulamos que la entrevista es el instrumento más adecuado para la exploración de estos contenidos, no solo por la posibilidad conocer las narraciones que las entrevistadas hacen de su experiencia, sino por el papel que tiene la comunicación de dichas experiencias en la elaboración de las mismas (Raphael-Leff, 1994) y por el alivio expresado al poder contar con un espacio de contención y escucha. En este sentido, un aporte adicional de la presente investigación fue el de brindar un espacio de contención, a través del diálogo y la escucha, a las participantes, las que, en la mayoría de los casos, valoraron positivamente haber pasado por la experiencia.

Dentro de las limitaciones, consideramos que una de ellas radica en el número de participantes del grupo de comparación, el cual requeriría ser ampliado en futuras

investigaciones, debido a la posibilidad de explorar mayor diversidad de representaciones que puedan brindar información relevante para comparar con el grupo de estudio.

Asimismo, otro aspecto del diseño metodológico que podría ser revisado sería la inclusión del estudio de las representaciones sobre el propio padre. Si bien la elección de los tres modelos se basó en la formulación teórica de Stern (1997) en relación a los componentes de la constelación materna, consideramos que la inclusión de este nuevo modelo brindaría información más completa sobre las dinámicas vinculares de la niñez de las entrevistadas. Además, podría esclarecer aspectos de la elección de pareja y determinar si dicha elección corresponde a la repetición de dinámicas de relación parentales.

Un aspecto adicional es que si bien ninguna de las entrevistadas refirió la presencia de episodios depresivos previos, la falta de acceso a servicios psicológicos y psiquiátricos podría haber influenciado en su no detección. Este sería un dato importante a considerar, pues además de haber sido identificado como un factor de riesgo para el surgimiento de la depresión postparto (Vega-Diesntmaier & Zapata-Vega, 2007), implicaría que adicionalmente a la sintomatología depresiva a partir de la maternidad, las representaciones elaboradas podrían corresponder a una estructura más estable de personalidad, lo cual tendría repercusiones no solo a nivel teórico sino al momento de diseñar una intervención para la población.

Además, sería útil uniformizar las características de la población estudiada, tanto en la variable edad propia como en la variable edad del niño. En nuestra investigación, estas dos variables presentaban un margen alto de dispersión. Podríamos postular que uniformizando las variables podrían encontrarse patrones de representaciones influenciados por estas características.

Adicionalmente, los hallazgos de nuestro estudio, al estar circunscritos en una población de nivel socioeconómico y escolaridad bajo -características identificadas como factores de riesgo para la aparición de depresión posparto en el país (Vega-Diesntmaier & Zapata-Vega, 2007)-, no pueden ser generalizados a otras poblaciones. Sin embargo, las dinámicas de la formación de representaciones en este contexto permiten saber cuáles serían los elementos a considerar al momento de diseñar una intervención para esta población específica, así como los contenidos más relevantes ligados a la depresión postparto para esta población.

En sentido, se recomendaría estudiar las representaciones elaboradas por madres de otros estratos socioeconómicos, para observar las variaciones y puntos en común en el contenido de

éstas. Así mismo, sería adecuado incluir la exploración de la representación realizada por el propio padre, así como una indagación más profunda de la historia de niñez de las participantes.

A partir de lo encontrado, proponemos la importancia de investigar en otras poblaciones, la percepción de la participación de la pareja en el cuidado del bebé y del hogar, ya que según Grube (2005), la presencia de una pareja contenedora y que cumpla con su rol de padre sería un factor protector de la depresión postparto.

En suma, consideramos que, al ser la presente investigación un estudio exploratorio, es necesario desarrollar futuras investigaciones en torno al tema para explicar con mayor precisión la influencia del proceso depresivo en la conformación de las representaciones maternas.



REFERENCIAS

- Ammaniti, M. (1991) Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 246-255.
- Aramburú, P; Arellano, R; Jáuregui, S; Pari, L; Salazar, P & Sierra, O. (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(3), 1-5.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Beck, C (2002). Postpartum Depression: a Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.
- Besser, A & Priel, B (2003). A multisource approach to self-critical vulnerability to depression: The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 515-555.
- Besser, A; Vliegen, N & Blatt, S (2007). Systematic empirical investigation of vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 5 (2), 392-410.
- Blatt, S., Auerbach, J. & Levy, K. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology and the therapeutic process. *Review of General Psychology*. 1(4), 351-371.
- Blatt, S (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality*

- development, psychopathology and the therapeutic process.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Blehar, M; Lieberman, A & Ainsworth, M (1977). Early face-to-face interactions and its relation to later mother-infant attachment. *Child Development*, 48, 182-194.
- Bloch, M; Schmidt, P; Danaceau, R; Murphy, J; Nieman, L & Rubinow, D (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (6), 924-930.
- Blum, L (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24 (1), 45-62
- Boyd, R.C; Le, H.N & Somberg, R(2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 141-153.
- Brazelton, T & Cramer, B (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial.* Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Chan, W; Levy, V; Chung, T & Lee, D (2002). A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 571-579.
- Cicchetti, D & Aber, L (1986). Early precursors of later depression: an organizational perspective. *Advances in infant research*, 4, 87-103.
- Cohn, J & Matias, R; Tronick, E; Connell, D; Lyons-Ruth, K (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New directions for child development*, 34, 31-45.
- Davenport, Y; Zahn-Waxler, C; Adland, M & Mayfield, A (1984). Early childrearing practices in families with manic depressive parents. *American Journal of Psychiatry*, 141, 230-235.

- Denis, C-L & Ross, L (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588–599.
- Dennis, C-L & Letourneau, N (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 389-395
- Diaz, M; Le, H-N; Cooper, B & Muñoz, F (2007). Interpersonal Factors and Perinatal Depressive Symptomatology in a Low-Income Latina Sample. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 328-336.
- Edhborg, M; Seimyr, L; Lundh, W & Widstrom, A.M (2000). Fussy child- difficult parenthood? Comparisons between families with a “depressed” mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of reproductive and infant psychology*, 18 (3), 225-238.
- Edhborg, M; Lundh, W; Seimyr, L & Widstrom, A.M (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of Women's Mental Health*. 6, 211-216.
- Grube, M (2005). Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 163-170.
- Gomez-Beloz, A; Williams, M; Sanchez,S & Lam, N (2009). Intimate Partner Violence and Risk for Depression Among Postpartum Women in Lima, Peru. *Violence and Victims*, 24(3), 380-398.
- Gotlib, I; Mount, J; Cordy, N & Whiffen, N (1988). Depression and perceptions of early parenting: A longitudinal investigation. *British Journal of Psychiatry*, 152, 24-27.
- Gotlib, I; Whiffen, V & Wallace, P. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 122-132.

- Hay, D; Pawlby, S; Angold, A; Harold, G & Sharp, D (2003). Pathways to Violence in the Children of Mothers Who Were Depressed Postpartum. *Developmental Psychology*, 39(6), 1083–1094.
- Hendrick,V; Altshuler, L & Suri, R (1998). Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 39(2), 93-101.
- Hernández, R.; Fernández, C & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGraw-Hill.
- Husain, N; Bevc, I; Husain, M; Chaudhry, B; Atif, N & Rahman, A (2006). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 197-202.
- Knudson-Martin & Silverstein, R (2009). Suffering in silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 145-158.
- Loh, C & Vostanis, P (2004). Perceived Mother-Infant Relationship Difficulties in Postnatal Depression. *Infant and Child Development*, 13, 159–171.
- Marrone, M (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Matthey, S; Henshaw, C; Elliott, S & Barnett, B (2006). Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale- implications for clinical and research practice. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 309-315.
- Maya, D (2010). *Representación de la función materna en un grupo de madres adolescentes de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Mayes, L & Leckman, J (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 281-295
- Mendelson, T; Robins, C & Johnson, C (2002). Relatives of sociotropy and autonomy to developmental experiences among psychiatric patients. *Cognitive Therapy & Research*, 26, 189-198.
- Moon, M (2000). *Longitudinal correlates of mothers' object representations of their five-year old children: An exploratory study*. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University.
- Muñoz, R; Le, H & Ghosh, C (2000). We should screen for major depression. *Applied and preventive psychology*, 9 (2), 123-133
- Murray, L. & Cooper, P. (Eds.) (1997). *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press.
- Nicolson, P (1998). *Post-natal depression. Psychology, science and the transition to motherhood*. New York: Routledge.
- Nóblega, M; Thorne, C; Peña, B & Moreyra, P (2009). Imágenes de la niñez desde la perspectiva de las madres peruanas. *Revista de Psicología*, 27(2), 213-241.
- Nóblega, M (2006). *Identidad y maternidad en madres adolescentes del distrito de Villa el Salvador*. Tesis para optar por el grado de Magister Salud Mental en Poblaciones. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Oakley, A (1979). The baby blues. *New society*, 5, 11-12
- O'Hara, M (1994). *Postpartum depression: causes and consequences*. New York: Springer-Verlag.

- O'Hara, M (2009). Postpartum Depression: What We Know?. *Journal of clinical psychology*, 65 (12),1258-1269.
- Pajulo, M. (2004). Maternal representations, depression and interactive behaviour in the postnatal period: a brief report. *Journal of reproductive and infant psychology*, 22(2),91-98.
- Paris, R., Bolton, R., &.Weinberg, M. K (2009). Postpartum depression, suicidality and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 309-321.
- Pines, D (1999). La importancia de la evolución psíquica temprana para el embarazo y el aborto
En: Lemlij, M.(ed). *Mujeres por mujeres*. Lima: Sidea.
- Raphael-Leff, J (1994). El lugar de las cosas salvajes. En: Lemlij, M.(ed). *Mujeres por mujeres*.
Lima: Sidea.
- Raphael-Leff, J (2000). Climbing the walls: therapeutic intervention for post-partum disturbance.
Spilt milk: perinatal loss & breakdown. Londres: Instituto de Psicoanálisis.
- Ríos, G (2011). *Representación mental del hijo en madres adolescentes de sector socioeconómico bajo*. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología Clínica.
Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rogosch, F; Cicchetti, D &Toth, S (2004). Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopatology*, 16, 689-709.
- Romero, E (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor*. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Rosenblum, O., Mazet, P., & Bénony, H. (1997). Mother and infant involvement states and maternal depression. *Infant Mental Health Journal, 18*, 350-363.
- Salkind, N. (1998). *Métodos de investigación*. México D.F.: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Sandler, J & Rosenblatt, B (1962). The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the Child, 17*, 128-145.
- Segal, Z & Blatt, S (1993). *The self in emotional distress. Cognitive and psychodynamic perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Seimyr, L; Edhborg, M; Lundh, W & Sjogren, B (2004). In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics & Gynecology, 25*, 23-34.
- Stern, D (1991). *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la perspectiva evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona. Paidós.
- Tammentie, T; Paavilainen, E, Asted-Kurki, P & Tarkka, M (2004). Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 65–74.
- Theran, S; Levendosky, A; Bogat, G & Huth-Bocks, A (2005). Stability and change in mothers internal representations of his childs over time. *Attachment & Human Development, 7* (3), 253-268.
- Trad, P (1995) Using maternal representational patterns to evaluate postpartum depression. *American Journal of Psychotherapy, 49*(1), 128-145.

- Traverso, P (2006). *Adolescent mothers in a context of poverty in Peru: maternal representations and mother-infant interactions*. Tesis para optar por el grado de Doctor en Psicología. Leuven : University of Leuven.
- Tronick, E & Reck, C (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 147-156.
- Tyson, P (2000). *Teorías psicoanalíticas del desarrollo: una integración*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.
- Uchofen, V (2006). *Representaciones de la depresión en jóvenes, hijos de madres diagnosticadas con ese trastorno*. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vega-Diesntmaier, J; Mazzotti, G & Campos, M (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo. *Actas especializadas de psiquiatría*. 30(2), 106 – 111.
- Vega-Diesntmaier, J & Zapata-Vega, M (2007). Postpartum depression: Latin-American Perspectives. En: Ed: Rosenfield, A. *New Research on Postpartum Depression*, 29-46
- Weissman, M; Gammen, G; John, K; Merikangas, K; Warner, V; Prusoff, B & Sholomskas, D (1987). Children of depressed mothers: Increased psychopathology and early onset of depression. *Archives of General Psychiatry*, 44, 847-853.
- Whiffen, V. E. (1991). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: A rose by any other name. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 16, 160-165.
- Whiffen, V.E (2004). Myths and Mates in Childbearing Depression. En: *Women & Therapy*, 27 (3), pp. 151-164.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito

Usted está siendo invitada a participar en una investigación, sobre el modo de pensar y sentir de las mujeres sobre diversos puntos relacionados a la familia y su vida cotidiana. La investigación es dirigida por Sophia Gómez Cardeña, estudiante de la especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Gracias a la colaboración de este centro hospitalario es que hemos podido contactarnos con usted.

Procedimiento

Si usted acepta participar, se le aplicará una encuesta sobre datos generales que nos permitirán conocer algunas características, como donde vive, a que se dedica, entre otros. Además, se le solicitará contestar una prueba psicológica para saber cómo se siente y una entrevista para recoger su opinión sobre los temas mencionados anteriormente. Si usted acepta participar, la prueba psicológica será aplicada primero y, posteriormente, se realizará la entrevista en este mismo centro de salud. Además, la entrevista será registrada en una grabadora de audio.

Confidencialidad y anonimato

Toda la información que se recoja de las pruebas y de la entrevista se maneja con absoluta confidencialidad y anonimato. No necesito saber su nombre completo y nadie podrá identificarla. Las grabaciones de audio solo serán escuchadas por la persona que realiza el estudio y serán destruidas una vez terminado el estudio.

Integridad

El participar en el estudio no le generará ningún daño o perjuicio, más allá del tiempo empleado.

Participación voluntaria

Tiene derecho a abstenerse de participar en el estudio o de retirarse en cualquier momento si lo considera conveniente.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI _____ NO _____

ANEXO B

GUÍA DE ENTREVISTA

A continuación voy a hacerle unas preguntas con el fin de conocer el modo en el que usted piensa y siente acerca de diversos puntos relacionados con la familia y su vida cotidiana.

Preguntas iniciales

Cómo se llama su hijo/hija?

Como así salió embarazada?

Modelos sobre el niño

- ¿Cómo es su hijo/hija? ¿Cómo fue cuando nació? ¿Cómo se imaginaba que sería su hijo/hija?
- ¿Qué le hace sentir su hijo/hija?
- ¿Qué cree que siente su hijo/hija por usted?
- ¿Le gusta estar con tu hijo/hija? qué momentos son los que más le gustan?)
- ¿Hay ocasiones en las que se siente más unida a su hijo/hija? Cuáles?
- ¿Juega con su hijo/hija? A qué?
- ¿Cómo cuida a su hijo/hija?
- ¿Ha tenido algún temor en relación a la salud o crecimiento de su hijo/hija?
- ¿A quién se parece su hijo/hija? (indagar por aspecto físico y de carácter)

Modelos sobre sí misma

- ¿Cómo se ha sentido desde el nacimiento de su hijo/hija hasta la fecha?
- ¿Cómo se había imaginado que sería ser mamá?
- ¿En algunos meses se sintió más sensible que en otros?
- ¿Se ha sentido angustiada o triste en algún momento?
- ¿Cómo se ve como mamá?
- ¿Hay algo que le gustaría cambiar?

- ¿Tiene algún temor como madre? ¿Cuál?
- ¿Tiene algún deseo como madre? ¿Cuál?
- ¿Qué cosas han cambiado después del nacimiento de su hijo/hija?
- ¿Qué cosas han cambiado en usted desde que es madre?
- ¿Con que personas ha podido contar desde que su hijo/hija nació?

Modelos sobre su propia madre

- ¿Mantiene una relación /cercanía con su madre actualmente?
- ¿Cómo es la relación con su madre?
- ¿Cómo era usted como hija?
- ¿Ahora que es mamá, en qué cosas se parece a ella en la crianza de su hijo/hija? ¿En que no se parece?
- ¿Desde el nacimiento de su hijo/hija, ha cambiado la relación con su madre?
- ¿Ahora que es mamá se siente más cercana o más lejana a ella?
- ¿Su madre la apoya en el cuidado de su hijo/hija? (si responde afirmativamente: ¿de qué forma?)
- ¿Qué cree que opina ella sobre usted como madre?

Modelos sobre el padre de su hijo

- ¿Qué relación tiene actualmente con el padre de su hijo/hija?
- ¿Cómo es él como padre? ¿Cómo se imaginó que sería como padre?
- ¿Cómo es la relación entre él y su hijo?
- ¿Qué siente él por su hijo/hija?
- ¿Qué cree que siente su hijo/hija por él?
- ¿Ha habido algún cambio en la relación de ustedes desde el nacimiento de su hijo/hija? ¿Qué cambios?
- ¿Su pareja se involucra en el cuidado de su hijo/hija? ¿Cómo?

Preguntas de cierre

¿Qué le pareció la entrevista? ¿Tiene alguna pregunta o comentario?

ANEXO C

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Datos de Filiación

Nombre												
Fecha de nacimiento					Edad							
Lugar de nacimiento					Distrito en el que vive							
Tiempo de permanencia en Lima					Grado de Instrucción							
# de hnos.					hnos. de padre y madre							
hnos. de padre					hnos. de madre							
Posición ordinal entre hermanos				Profesión/ocupación actual								
Estado civil												
Soltera	Casada	Conviviente	Separada	Divorciada	Viuda							
Número de hijos	Edades y sexo de los hijos											
	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S		

NSE

Ocupación del Jefe de Familia											
Grado de Instrucción del jefe de familia											
Ninguno	Prim. Comp	Secun. Comp	Tec. Comp	Univ. Comp							
Prim. Incomp	Secun. Incomp	Tec. Incomp	Univ. Incomp	Post Grado							
En casa cuenta con:											
Servicio doméstico	Refrigeradora	Lavadora	Teléfono fijo	Cocina							
En caso de emergencia, el jefe de familia:											
Centro de salud, Posta médica, Hosp. MINSA	Seguro Social, Hosp.. Militar o Policía				Clínica Privada						
Paredes	Estera o cartón - Calamina - Tripley – Adobe – Madera prensada – Prefabricado - Ladrillo sin pintado -Ladrillo revestido, pintado o enchapado										
Techos	Esteras, cartón, plástico o tripley – Quincha, barro o caña – Calamina o eternit – Madera, techo aligerado o prefabricado – Techo de concreto o cemento – Techo armado, revestido o pintado										
Pisos	Tierra – Cemento – Vinílico – Mayólica - Tapizón o madera – Mosaico (cerámicas) – Parquet, alfombra, parquet terminado, mármol o terrazo										
Dirección											
Teléfono											

SOBRE EL PARTO

Tipo de parto:

- a) Natural b) Cesárea

Tuvo complicaciones médicas durante su gestación, parto y postparto?

- a) Si. Mencione cuáles.

- b) No.

Su hijo/hija presenta alguna complicación médica?

- a) Si. Mencione cuáles.

- b) No.

En alguna ocasión usted ha requerido los servicios de un psicólogo o psiquiatra

- a) Si. b) No.

De haber contestado "SI", especifique

- a) Acudió al psicólogo, psiquiatra o ambos? _____
b) Hace cuanto tiempo fue la última vez que acudió? _____
c) ¿Por qué motivo acudió? _____
d) ¿Durante cuánto tiempo? _____
e) ¿Recibió algún tipo de medicación? _____
f) Acude en la actualidad? _____