

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**



PUCP

**INTERPRETACIÓN EMOCIONAL Y SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN UN GRUPO DE MADRES DE LIMA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

Bachiller:

VERONICKA VIGIL ZEGARRA

ASESORA: DRA. MAGALY NÓBLEGA MAYORGA

LIMA, 2016

Resumen

La presente investigación se propone describir la capacidad para interpretar emociones y su relación con la presencia de síntomas depresivos en un grupo de madres de condición socioeconómica media. Para cumplir con el objetivo señalado se ha aplicado en un solo momento dos pruebas psicológicas: el IFEEL en su versión peruana y el BDI-II en su versión argentina. Al agrupar a las participantes de acuerdo al nivel de depresión, se observa que las madres que poseen niveles mínimos reportan en mayor medida la emoción Satisfacción y presentan una tendencia en el reporte de la emoción Engreimiento; mientras que las madres que poseen niveles leves y moderados reportan en mayor medida emociones Mezcladas. Por otro lado, a nivel global se encuentra relación entre la sintomatología depresiva y el reporte de emociones de la categoría Sorpresa y una relación inversa entre el nivel global de sintomatología depresiva y el reporte de la emoción Engreimiento. Asimismo, se detecta que los factores Somático-Afectivo y Psicológico-Cognitivo de la depresión se encuentran asociados a la emoción negativa Cautela. Finalmente, se encuentra relación entre la sintomatología depresiva específica y el reporte de emociones de tono hedónico negativo como: Cautela, Tristeza, Miedo, Engreimiento, Disgusto.

Palabras clave: sintomatología depresiva, interpretación emocional, maternidad

This research aims to describe the ability to interpret emotions and its relationship with depressive symptoms in a group of mothers of middle socioeconomic status. For this purpose participants were assessed with the Peruvian version of IFEEL and the BDI-II in its Argentina version. When grouped according to their level of depression, we found that mothers who have low levels of depression report greater Satisfaction in the IFEEL and have a tendency in the report of Self-Conceit; while mothers with mild and moderate levels reported a greater amount of Mixed Emotions. Additionally, a positive relationship was found between the global measure of depressive symptoms and the report of Surprise and an negative relationship with the report of Self-Conceit. Also, Somatic-Affective and Cognitive-Psychological factors of depression are negatively associated with the report of Caution-Shy. Finally, there is a direct relationship between the report of some specific depressive symptoms and the report of negative emotions such as Sadness, Fear, Self -Conceit, Disgust.

Keywords: depressive symptoms, emotional interpretation, maternity

A Vicente y Lorenzo



Agradecimientos

Gracias

A Magaly Nóbrega por la oportunidad de hacer viable esta investigación y permitirme cerrar con este lindo y aleccionador proyecto. Igualmente a Pierina Traverso por invitarme a formar parte del mundo del IFEEL.

A Mónica Iza y Doris Argumedo por las oportunidades para crecer como docente.

A Juan Nuñez del Prado por su claridad, orden y entendimiento del mundo de las probabilidades y correlaciones.

A las madres que amablemente abrieron las puertas de su casa y del universo de sus emociones.

A mis amigas y amigos, en especial a Inés Roncagliolo y Rocío Gabilondo compañeras entrañables de pregrado.

A Alberto por su cariño e incondicional apoyo.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	7
Participantes	7
Medición	7
Procedimiento	11
Análisis de Datos	12
Resultados	15
Discusión	21
Referencias Bibliográficas	27
Apéndices	31
Apéndice A: Consentimiento informado	31
Apéndice B: Ficha demográfica	32

El estudio del vínculo madre – hijo, ha cobrado relevancia en el campo de la investigación a lo largo de los años dado que diversos estudios develan la importancia del mismo para el desarrollo psicológico y el mantenimiento de la salud mental del infante (Bion, 2000; Emde, Osofsky & Butterfield, 1993; Stern, 1996; Winnicott, 1999, 1993).

La evidencia clínica y empírica señala que la experiencia del infante de poseer una mente propia o un sentido de sí mismo no está determinada genéticamente, sino que es resultado del vínculo con su madre o cuidador durante los primeros años de vida (Bowlby, 1958; Fonagy y Target, 2003; Stern, 1996; Tyson y Tyson, 2000). El infante posee una predisposición adaptativa para la interacción directa con la madre mediante el diálogo motor-afectivo y perceptivo (Tyson y Tyson, 2000). Emde (1993) encuentra que en dicho diálogo las emociones cumplen un papel determinante como facilitadores del desarrollo mental. El mismo autor define las emociones como procesos altamente organizados y continuos, están presentes desde los inicios del desarrollo psíquico y se constituyen en señales las cuales permiten el despliegue de un proceso de comunicación, retroalimentación y regulación mutua entre el infante y sus cuidadores.

Esta propuesta parte de un modelo de funcionamiento mental que no es lineal ni unidireccional ya que supone una organización de interacciones diádicas constantes. En estas interacciones los padres y niños combinan diversos comportamientos con el fin de comunicar sus experiencias emocionales en intercambios que comprenden: mirar y excitarse, voz y movimientos, voz y miradas dirigidas hacia el rostro y expresiones faciales, entre otros; los que constituyen un lenguaje privado y exclusivo entre el niño y la madre (o cuidador) (Emde, 1983; Stern, 1996; Tronick, 1989; Tyson y Tyson, 2000). Tomando en cuenta lo anterior, Emde (1993) define cuatro principios básicos que organizan a las emociones humanas como insumo esencial para este lenguaje.

En primer lugar, Emde (1993) plantea que las emociones no se presentan de forma separada de otros aspectos del funcionamiento mental del ser humano. En segundo lugar, señala que biológicamente, las emociones humanas son susceptibles de ser comunicadas desde el nacimiento y a lo largo de las etapas de desarrollo. En ese sentido, postula que desde un inicio el ser humano envía señales a sus cuidadores, movimientos, balbuceos, expresiones faciales, con la finalidad de compartir el contenido emocional de su experiencia. Finalmente, el tercer principio plantea que las emociones son una abstracción anclada en una experiencia individual y subjetiva que a la vez es susceptible de ser compartida.

Los principios expuestos hasta el momento, advierten el esencial rol que la madre o cuidador temprano cumple en el vínculo, ya que si bien desde un inicio el ser humano posee la capacidad para enviar señales emocionales que dan cuenta de sus necesidades, satisfacción, grado de activación y apertura a la experiencia (Emde, 1993); es la madre o el cuidador quien se hace cargo de percibir, interpretar y responder a éstas (Bion, 2009; Winnicott, 1999). De esta forma, en la diada madre - bebé, se establece un diálogo simétrico donde la participación de ambas partes (cuidador – infante) es de carácter indispensable; pero a la vez asimétrico puesto que es el cuidador el encargado de devolver el contenido emocional del niño dándole sentido (Bion, 2000; Emde, 1993; Stern, 1996). De lo anterior se deriva finalmente como cuarto principio que el desarrollo emocional en la infancia tiene lugar en un ambiente responsivo brindado por el cuidador.

Es por todo lo anterior que en esta propuesta, el desarrollo en la infancia es entendido como un proceso recíproco y transaccional, dado que la totalidad de los aspectos implicados en éste dependen de la secuencia de los encuentros y desencuentros entre el infante y las respuestas que su cuidador provee (Tyson y Tyson, 2000). De ahí que tome vital importancia la disponibilidad de la madre, no sólo en términos físicos sino también en términos emocionales con la finalidad de brindar un sentido a las experiencias y estados emocionales de su hijo, dándole una complejidad progresiva a la lectura que tenga de dichos estados emocionales (Bion, 2000; Bowlby, 1969; Emde, 1983)

La identificación o el sentido que le otorga la madre o cuidador a las emociones es el primer paso o componente de la función reflexiva, la que puede considerarse como una capacidad para comprender la interacción con otros en términos de estados mentales; es decir, permite leer estados mentales en uno mismo y en los demás. Esta función está conformada por tres componentes: la identificación de la emoción, la regulación de la emoción—la que puede ser en duración e intensidad- y la comunicación de la emoción. Cuenta con componentes auto-reflexivos e intersubjetivos ya que no solo supone la posibilidad de desarrollar habilidades para comprender el propio estado mental si no también, la capacidad para reflexionar el encuentro con otro, comprender el significado de los estados subjetivos propios y los de los demás (Fonagy y Target, 2003; Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M.; 2002).

Para este proceso, la función reflexiva de la propia madre o cuidador es de vital importancia ya que permite a la madre asociar las conductas de sus hijos con determinados estados mentales y elaborar internamente un modelo propio del funcionamiento psicológico del niño (Fonagy y Target, 2003). Esta internalización permiten que el niño reconozca el sentido subjetivo de sus propias experiencias en su madre, descubra y entienda la emocionalidad detrás de la conducta propia; y desarrolle la capacidad para asociar diferentes hechos a sus diferentes estados emocionales.

En ese sentido, la mentalización brinda al niño la capacidad de distinguir la realidad interior de la exterior, la mente intrapersonal y los procesos emocionales de las comunicaciones interpersonales; es en esta relación donde se encuentra con su subjetividad y la subjetividad de los demás, y se convierte progresivamente en alguien capaz no sólo de pensarse, si no, de pensar a los demás y responder a sus acciones, creencias, deseos, pensamientos, sentimientos. No obstante, estos “logros” dependen de manera crítica de que la interacción sea con mentes reflexivas, capaces de traducir y responder de modo suficientemente entonado a las señales que emite (Fonagy y Target, 2003).

Tomando en cuenta lo propuesto hasta el momento, el desarrollo progresivo de los recursos mentales del ser humano para transformar los estados emocionales sin sentido en experiencias con sentido, forjar la capacidad para comprender una experiencia emocional propia, pero también para comprender el sentido detrás de la experiencia emocional en los demás, depende del diálogo compuesto por la emisión de señales de parte del hijo y las respuestas del cuidador. Un factor central para cumplir esta función es la lectura entonada de las expresiones emocionales del niño de parte del adulto a cargo.

Sin embargo, la lectura y traducción que hacen los cuidadores de las señales emocionales, pueden verse afectadas por factores subjetivos, contextuales y situacionales (Brazelton & Cramer, 1993; Emde, 1993; Slade & Cohen, 1996; Stern, 1996). Tomando lo anterior en consideración, diversos autores han llevado a cabo estudios acerca de la alteración que sufre la traducción de las expresiones emocionales y las respuestas de la madre, ya sea por las condiciones del ambiente, o por características propias de la subjetividad del cuidador principal (Butterfield, 1993; Knezevic & Jovancevic, 2003).

Por ejemplo, se encuentra en la lecturas de rasgos faciales, que las madres adolescentes muestran en sus respuestas una menor presencia de emociones como cautela o satisfacción, y una mayor presencia de una emoción negativa como la cólera al ser

comparadas con mujeres no embarazadas. Así mismo, se encuentra que en tareas de interpretación de emociones a partir de rasgos faciales, las mujeres adolescentes no embarazadas presentan una mayor presencia de emociones como alegría y sorpresa, y una menor presencia de satisfacción en comparación a mujeres en edad madura (20 a 32 años) (Osofsky y Culp, 1993).

Adicionalmente, se considera que aspectos de la salud mental de la madre pueden incidir en el modo de interpretar emociones. De esta forma, estudios como el realizado por The National Institute of Mental Health en Estados Unidos, muestran una marcada diferencia en la interpretación emocional de las madres deprimidas versus las madres no deprimidas. Las madres deprimidas, en este estudio, presentan una mayor reporte de emociones como miedo y ansiedad, y muestran una gran diferencia respecto a las madres no diagnosticadas ya que suelen identificar a los niños como más temerosos y menos alegres. Así mismo, se muestran muy polarizadas y extremas en la identificación de emociones como la tristeza, algunas madres pueden llegar al punto de negarla y otras a identificarla masivamente (Zahn – Waxler y Wagner, 1993).

Sobre este punto, otras investigaciones corroboran el vínculo entre una mayor presencia de sintomatología depresiva y la interpretación de emociones negativas, encontrando que a mayor sintomatología depresiva se da una mayor lectura de emociones del polo hedónico negativo. Cabe señalar, que esta tendencia no solo se observa en la lectura de la emoción de otro, en este caso los hijos, si no en la propia emocionalidad, incluso llegando atribuir la causa de la emocionalidad negativa a uno mismo. (Broth, Goodman, Hall y Raymor; 2004; Coyne, Low, Miller, Seifer y Dockstein, 2007; Frewen y Dozois, 2005)

Los mismos estudios añaden que la sintomatología depresiva interfiere en la relación que existe en la capacidad de leer emociones negativas en la madre y la calidad de interacción que se establece en la diada. En este sentido, en madres con una menor presencia de síntomas depresivos se encuentra una asociación entre la pericia para leer emociones negativas y la calidad de interacción con sus hijos, asociación que no se encuentra en las madres que muestran una mayor sintomatología depresiva (Broth, Goodman, Hall y Raymor; 2004).

La dificultad de la lectura de emociones asociadas con el diagnóstico de Depresión (Zahn – Waxler y Wagner, 1993), puede entenderse a la luz de lo mencionado por Winnicott (1999), quién explica que una madre deprimida es una madre ausente, centrada/retraída en su

propia emocionalidad. La madre que se encuentra deprimida, deja de ser un referente expresivo de las emociones del bebé, rephraseando a Winnicott, el niño deja de ver el reflejo de su propia emocionalidad en los gestos de la madre. Una madre deprimida es una mamá que falla en su disponibilidad emocional y en la posibilidad de ser emocionalmente entonada con su bebe, por ello, se puede convertir en un “agente” poco capaz de responder de modo contingente a las señales emocionales de su hijo.

A partir de su larga investigación sobre depresión materna y regulación afectiva, Tronick y Weinberg (1996, 1999) señalan por su parte, que la presencia de síntomas depresivos en la madre interrumpe sus respuestas habituales de cuidado, sus habilidades de comunicación y su sensibilidad para recoger las señales que sus hijos emiten, ya que la persona que se encuentra deprimida ve afectada su capacidad para reconocer las emociones de parte de las personas que la rodean (Anderson, Shippen, Juhasz, Chase, Thomas, Downey, et al; 2011).

Investigaciones orientadas a identificar las características de la interpretación de emociones en personas deprimidas corroboran estos hallazgos. Por ejemplo, un metanálisis de dicha temática (Demenescu, Kortekaas, den Boer y Aleman, 2010) muestra la tendencia de distintos estudios a encontrar que personas diagnosticadas manifiestan dificultades en la lectura de rasgos faciales que expresan emociones de forma sutil debido a que requieren una mayor capacidad de discriminación de parte del lector (Anderson, Shippen, Juhasz, Chase, Thomas, Downey, et al; 2011).

Además se ha encontrado que, frente a tareas semejantes, los participantes diagnosticados con depresión, perseveran en respuestas como ira, miedo, tristeza (Gollan, McCloskey, Hoxha y Coccaro, 2010). Así mismo, frente a rasgos faciales neutros o rostros inexpresivos, los diagnosticados tardan más tiempo en emitir una respuesta y muestran una fuerte tendencia a atribuir la emoción tristeza (Gollan, Pane, McCloskey y Coccaro, 2008; Leppänen, Milders, Bell, Terriere y Hietanen, 2004). Finalmente, frente a rasgos faciales que claramente denotan alegría o tristeza, tanto las personas depresivas como no depresivas identifican las emociones de modo acertado. En función a lo anterior, la nitidez de la expresión de las emociones es una cualidad a tomar en cuenta al explorar la capacidad para interpretar emociones.

Sin embargo, pese a los hallazgos anteriores, resulta importante considerar que la evidencia de estudios longitudinales indican que los sesgos de interpretación de emociones se

mantiene a través del tiempo, incluso después de remitida la sintomatología depresiva (Milders, Bell, Platt, Serrano y Runcie, 2010).

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, se puede considerar que la sintomatología depresiva puede tener diferentes efectos en la capacidad de las personas para interpretar emociones a partir de rasgos faciales. En el caso de las madres, esto podría conllevar distintas dificultades en el despliegue de su función, generando posibles fallas que la afecten en su disponibilidad emocional y cognitiva, lo que como mencionan Brazelton y Cramer (1993) resulta de vital importancia para entregarse a la tarea comunicativa con su hijo.

Asimismo, considerando que en nuestro contexto la depresión mayor es uno de los trastornos mentales que presenta una mayor prevalencia (18,2%) de acuerdo al último estudio realizado por el INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2002) resulta más que relevante estudiar el fenómeno antes expuesto en una muestra de madres peruanas.

De esta forma, el presente estudio tiene por objetivo principal evaluar en un grupo de madres de Lima, con hijos de 3 a 5 años de edad, si existen diferencias en la interpretación emocional de rasgos faciales de acuerdo a la gravedad de la sintomatología depresiva que presentan. Así mismo, busca analizar la relación entre la interpretación emocional de rasgos faciales con la presencia de sintomatología depresiva reportada a nivel global, los factores Somático-Afectivo y Psicológico-Cognitivo y los síntomas depresivos específicos.

Para responder a los objetivos antes planteados, se evaluó en un solo momento la sintomatología depresiva y la interpretación de rasgos faciales en las participantes a partir del reporte de emociones.

Cabe señalar que esta evaluación se desprende de una investigación mayor por lo que se dieron tres reuniones previas en las cuales se evaluaron: la conducta de base segura, la competencia socioemocional y las representaciones de apego del niño; así como, las representaciones de apego, la función reflexiva, la dependencia afectiva y la sensibilidad de la madre. En una cuarta reunión, la cual se plantea como una forma de cierre y devolución del proceso en general con las madres participantes, se aplicaron el BDI-II y el IFEEL en su versión peruana.

Método

Participantes

El grupo de madres estuvo conformado por 27 mujeres cuyas edades oscilaron entre los 25 y 45 años ($M=34.59$, $DE=5.66$). Todas ellas tenían entre 1 y 3 hijos ($M=1.74$, $DE=.76$) cuyas edades fluctuaban entre los 2 meses y 22 años. Respecto a su nivel de instrucción, el 70.37% tenía estudios superiores, el 18.72% no culminó los estudios superiores y el 11.11% terminó la educación secundaria. De las madres participantes, el 70.4% vivía con una pareja. Del total 62.96% son casadas, 11.11% convivientes y 18.52% separadas y 7.41% solteras.

Del total de las madres, utilizando la categorización desarrollada por el APEIM (2010), el 14.82% de la muestra pertenece al sector socioeconómico B2, el 48.15 % al C1, el 29.63% al C2 y finalmente, el 7.40% al sector D.

Las participantes fueron convocadas vía telefónica. Se explicó a través de esa vía los objetivos de la reunión y se acordó fecha y hora de la misma. De las 30 madres, 27 aceptaron participar. Tres madres decidieron no hacerlo alegando poca disponibilidad horaria.

Todas las mamás participantes revisaron y firmaron un consentimiento informado general (Apéndice A) en la primera reunión, así como una ficha de datos (Apéndice B) y aquellas que aceptaron una cuarta reunión dieron su consentimiento informado vía telefónica. Esta cuarta reunión tuvo como principal objetivo la devolución de resultados y la posibilidad de conversar con las mamás sobre las preguntas y dudas surgidas durante el proceso de evaluación general y de modo secundario, la aplicación de los instrumentos que competen al presente trabajo. Cabe señalar que las mamás que aceptaban esta cuarta reunión podían negarse a responder al IFEEL y BDI-II. No obstante, lo anterior no sucedió y las 27 mamás, respondieron a ambos instrumentos y pudieron conversar sobre las inquietudes, dudas o preguntas surgidas por el proceso de evaluación en general, incluida esta última fase.

Medición

La sintomatología depresiva fue evaluada a través del Beck Inventory for Depression II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996) en su versión en castellano (Brenlla y Rodríguez, 2006)

El BDI-II, es un cuestionario de autoinforme que consta de 21 ítems que tiene por finalidad determinar la presencia y severidad de los síntomas depresivos. Los ítems de dicha versión se corresponden con los síntomas depresivos correspondientes a los trastornos depresivos presentes en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Cuarta Edición y se puede aplicar a personas de población normal o clínica a partir de los 13 años (Beck, Steer & Brown, 2006).

El tiempo de administración, varía entre 5 y 10 minutos. La puntuación se determina mediante la suma de las elecciones de la persona evaluada para los 21 ítems, respondiéndose a partir de una escala likert del 0 al 3. La puntuación total máxima es 63. Cabe señalar, que en caso alguna persona elija más de una alternativa de respuesta, se considera la puntuación marcada más elevada.

El BDI – II (Beck, Steer & Brown, 2006) (Siglas conservadas para la adaptación Argentina), evalúa los siguientes síntomas: Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de Placer, Sentimientos de Culpa, Sentimientos de Castigo, Disconformidad con Uno Mismo, Autocrítica, Pensamiento o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Pérdida de Energía, Cambios en el Apetito, Dificultad de Concentración, Cansancio o Fatiga y Pérdida de Interés en el Sexo.

Para la presente investigación, se empleará la Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI – II) realizada por Brenlla & Rodríguez (Beck, Steer & Brown, 1996; citado en Beck, Steer & Brown, 2006), la cual, luego de realizada la adaptación lingüística (back translation), provee valores de confiabilidad y validez que fortalecen las propiedades psicométricas del BDI – II.

En cuanto a la validez, en una muestra de pacientes externos se encontró evidencia de validez convergente con la escala de depresión del MMPI-II ($r = .58, p < .01$) (Beck et al. 2006); con la Escala de Depresión SCL-90-R (adaptación de Casullo, 1999) ($r = .81, p < .01$). Asimismo se encontró evidencia de validez discriminante con la Escala de Ansiedad del SCL-90-R (adaptación Casullo, 1998) ($r = .63, p < .01$). Por otro lado, con una muestra

muestra general se encontró evidencia de validez convergente con la escala de depresión del MMPI-II ($r = .61, p < .01$), con la Escala de Malestar Psicológico de Kessler ($r = .81, p < .01$) y con la Escala de Ansiedad Rasgo para adulto STAI ($r = .58, p < .01$).

Por último, en cuanto a la validez por estructura interna, se tiene que tanto para los pacientes externos como para la población general, los estadísticos empleados, arrojan dos factores de acuerdo a las magnitudes de los autovalores derivados de un análisis de componentes principales, siendo estos nombrados como Factor Psicológico Cognitivo que incluye los síntomas: tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, discomfort con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas y desvalorización. Y por otro lado, el Factor Somático Afectivo que implica síntomas como: pérdida del placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

El BDI – II presenta una confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .88 para la muestra de pacientes y un alfa de Cronbach de .86 para los sujetos del grupo de comparación. La totalidad de las correlaciones ítem-total corregidas fueron significativas. Para los pacientes, las correlaciones fueron desde .19 hasta .61. Para el grupo de no pacientes, el rango de las correlaciones iban de .25 a .55.

En relación a la estabilidad Test – retest, se encontró una correlación positiva y significativa tanto como para la muestra de pacientes externos ($r = .90, p < .001$), como para la población general ($r = .864, p < .001$).

En el contexto peruano se obtuvieron índices de confiabilidad por consistencia interna a nivel global, alfa de Cronbach entre .87 y .94 (Alcántara, 2008; Obando, 2011; Otiniano, 2012; Tataje, 2013). Respecto a los factores se encontró evidencia adecuada de confiabilidad por consistencia interna con valores de Alfa de Cronbach entre .73 y .87 para el factor Somático – Afectivo y entre .80 y .84 para el factor Psicológico – Cognitivo (Alcántara, 2008; Otiniano, 2012; Tataje, 2013).

En el presente trabajo el instrumento obtuvo una adecuada confiabilidad por consistencia interna con un índice de alpha de Cronbach de .84 a nivel global; y con índices de .75 y .76 para los Factores Psicológico- Cognitivo y Somático –Afectivo, respectivamente.

La capacidad de las madres para interpretar emociones a partir de rasgos faciales fue estudiada a partir de la aplicación del IFEEL en su versión peruana (Traverso y Nóbrega, 2012)

El I FEEL es un instrumento psicológico desarrollado por Emde (1993) con el objetivo de indagar e identificar las emociones que una persona otorga a las expresiones faciales de niños pequeños. El IFEEL en su versión Peruana (Traverso y Nóbrega, 2012), está conformado por 25 fotografías de niños peruanos.

Para iniciar la prueba la consigna es: “Aquí tenemos algunas fotos de expresiones faciales de niños. Díganos, en una palabra de ser posible, la emoción más fuerte y clara que cada niño está expresando en la foto. No hay respuestas buenas o malas, por favor responda con lo primero que se le venga a la mente”.

Cabe señalar que, si la persona evaluada muestra alguna dificultad de comprensión de la consigna o tiene algún problema para nombrar la emoción inicial, la prueba admite la posibilidad de brindar una ayuda a partir de una consigna adicional: Te voy a dar una lista de palabras que pueden ser; estas palabras son interés, alegría, tristeza, miedo, sorpresa, disgusto, vergüenza, satisfacción, pasividad, precaución, cólera, sufrimiento, picardía y engreimiento.

Asimismo, en la versión peruana, la primera fotografía de la prueba facilita la comprensión de la consigna ya que funciona como ejemplo. Por lo anterior, las respuestas dadas a este estímulo no son calificadas ni interpretadas.

Las respuestas otorgadas a las 24 fotografías restantes son categorizadas utilizando el léxico de emociones, el cual fue construido a partir de las respuestas brindadas por la muestra de estudio. Estas categorías son catorce y se enumeran de la letra A a la O, y son: Sorpresa, Interés, Alegría, Satisfacción, Pasividad, Tristeza, Cautela/timidez/reserva, Vergüenza/culpa, Disgusto/desagrado, Cólera, Sufrimiento/angustia, Miedo, Picardía y Engreimiento. Cabe señalar que las categorías Picardía y Engreimiento fueron añadidas al léxico de la versión norteamericana como producto de la adaptación a la población peruana. Adicionalmente, el léxico incluye la categoría Emociones Mezcladas, la que da lugar a la categorización de aquellas respuestas en las que en una sola palabra expresan distintas emociones. Asimismo, existen una categoría denominada No Codificables para las respuestas que no expresan

ninguna emoción. Lo anterior permite que las respuestas de las personas evaluadas se constituyan en frecuencia de cada una de las categorías o grupos de emoción y que, adicionalmente, puedan categorizarse como positivas (sorpresa, interés, alegría y satisfacción) y negativas (pasividad, tristeza, cautela/timidez/reserva, vergüenza/culpa, disgusto/desagrado, cólera, sufrimiento/angustia y miedo).

En relación a la confiabilidad test – retest, en un lapso de 3 meses, se pudo determinar que casi el total de los grupos de emociones tienen una adecuada confiabilidad, a excepción de los grupos de emoción Vergüenza/Culpa ($r=-.42$), Emociones mezcladas ($r=.061$) y respuestas No Codificables ($r=.238$). Asimismo, se determinó que el coeficiente de correlación para el total de las respuestas es de 0.7, lo que da indicios en relación a la buena correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas ocasiones.

Las emociones reportadas por las madres fueron agrupadas por una evaluadora según las categorías de emoción según el lexicon del IFEEL en su versión peruana (Traverso y Nóbrega, 2013). Luego estos reportes fueron categorizados por una segunda evaluadora para corroborar la adecuación de los mismos, obteniendo una confiabilidad interevaluador de .73 (correlación intraclase).

Procedimiento

El presente estudio se desprende de un estudio mayor constó de tres sesiones iniciales que evaluaron: la conducta de base segura, la competencia socioemocional y las representaciones de apego del niño; así como, las representaciones de apego, la función reflexiva, la dependencia afectiva y la sensibilidad de la madre.

Luego de estas tres reuniones, se incluyó una cuarta sesión con la finalidad de ampliar la evaluación con la inclusión de la interpretación emocional y la sintomatología depresiva; y retribuir la participación de las madres en la investigación.

Para cumplir con el objetivo del presente trabajo, en una cuarta reunión se evaluó mediante el BDI-II y el IFEEL en su versión peruana, la presencia de sintomatología depresiva y la interpretación emocional a partir de rasgos faciales.

Las reuniones con cada una de las participantes se dieron inicio con una breve presentación de la evaluadora y la reiteración de los objetivos y pasos a seguir en la reunión. Luego se dio paso a un espacio de evaluación de su participación en las tres reuniones anteriores y las preguntas y dudas que de ahí pudieron surgir. Posteriormente se hizo entrega del protocolo del BDI-II para ser llenado por cada madre y finalmente se aplicó el IFEEL en su versión peruana. Al finalizar la reunión se hizo entrega de un DVD con la filmación de la primera observación y un reconocimiento económico equivalente a 10 dólares para finalizar el proceso de investigación general.

Análisis de Datos

El análisis de los datos de la presente investigación se desarrolló mediante el software estadístico SPSS versión 21. Como primer paso se analizó la distribución de las participantes de acuerdo a su puntuación según el BDI-II en las categorías mínimo, leve, moderado y grave. Luego de ello se evaluó los promedios de la frecuencia de emociones reportadas por las participantes.

Para cumplir con el objetivo general se agrupó a las participantes en aquellas que presentan sintomatología depresiva en nivel mínimo y otro grupo que presentaba niveles leve y moderado de sintomatología depresiva; luego de ello se evaluó la normalidad de la distribución de las emociones reportadas de ambos grupos y se compararon con una prueba T para muestras independientes y pruebas de U de Mann Whitney.

Posteriormente, para el objetivo específico, se evaluó la normalidad de la distribución de las variables: sintomatología depresiva global, Factor Somático – Afectivo, Factor Psicológico-Cognitivo e interpretación emocional a partir de rasgos faciales. A partir de ello, se encontró que solo el reporte de las emociones de satisfacción y disgusto tenían distribuciones normales, así como el puntaje global del BDI-II. En este sentido, para evaluar la relación entre estas variables se utilizó una correlación de Pearson y para las otras emociones se utilizó una correlación Spearman.

Adicionalmente, se encontró que el reporte de todos los síntomas de depresión según el BDI-II tenía una distribución no normal por lo que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación que estos pudieran tener con el reporte de todas las emociones.





Resultados

A continuación se pasará a presentar los resultados hallados en la investigación.

En primer lugar se describirán los resultados obtenidos tanto por el BDI-II, como los obtenidos a través del IFEEL en su versión peruana. Posteriormente, se presentará la relación encontrada entre las categorías de emoción reportadas por las madres y la sintomatología depresiva. Luego de ello, se describirá la relación entre las categorías de emoción reportadas por las madres y la severidad de depresión según el BDI-II. Finalmente, se mostrará la relación entre las categorías de emoción reportadas por las madres y los indicadores específicos del BDI-II.

Respecto a lo primero, como se observa en la tabla 1, de acuerdo a lo reportado en el BDI-II por las madres participantes, la mayoría obtuvo niveles mínimos de depresión y ninguna de ellas presentó niveles superiores a "moderado".

Tabla 1

*Clasificación de las participantes
según niveles de depresión según
BDI-II*

Nivel de depresión BDI-II	n	%
Mínimo	15	55.6
Leve	6	22.2
Moderado	6	22.2
Total	27	100

Por otro lado, la tabla 2 indica que en promedio, las emociones mencionadas en mayor medida por las madres se ubican en la categoría Satisfacción y Disgusto, mientras que las menos mencionadas fueron las que se ubican en la categoría Engreimiento. Por otro lado, resulta importante notar que las mamás no mencionaron emociones que pudiera ser categorizadas como Pasividad o Vergüenza, mientras que, en promedio todas las madres mencionaron por lo menos una vez respuestas que no pudieron ser clasificadas en ninguna de

las categorías contempladas por el instrumento utilizado debido a que no podían ser consideradas respuestas que reflejen emociones.

Tabla 2

Frecuencia Promedio de Emoción Interpretada

Grupo de Emoción	M	DE	Mínimo	Máximo
Sorpresa	1.19	1.27	0	4
Interés	2.63	2.29	0	7
Alegría	1.26	1.06	0	4
Satisfacción	4.63	2.42	0	11
Pasividad	0.00	0.00	0	0
Tristeza	3.30	2.07	0	9
Cautela	0.48	.89	0	4
Vergüenza	0.00	0.00	0	0
Disgusto	4.44	2.42	0	11
Cólera	0.96	0.94	0	3
Sufrimiento	0.59	0.84	0	3
Miedo	1.89	1.85	0	6
Picardía	0.00	0.00	0	0
Engreimiento	0.48	0.64	0	2
Emociones Mezcladas	0.96	0.98	0	4
No Codificable	1.11	1.16	0	4

N=27

Al agrupar a las participantes en aquellas que tienen un nivel mínimo de depresión y compararlas con aquellas que tienen niveles leves y moderados, se encontró que existe una diferencia significativa en el reporte de emociones que se ubican dentro de la categoría Satisfacción ($M_{\text{mínimo}} = 5.47$, $D.E._{\text{mínimo}} = 2.39$, $M_{\text{leve y moderado}} = 3.58$, $D.E._{\text{leve y moderado}}$

= 2.109, $t = 2.144$, $p < .05$, $d = .86$) y Sorpresa ($M_{\text{mínimo}} = 0.6$, $D.E._{\text{mínimo}} = 0.91$, $M_{\text{leve y moderado}} = 1.92$, $D.E._{\text{leve y moderado}} = 1.31$, $t = -3.07$, $p < .01$, $d = 1.23$). En este sentido, vemos que las mamás con un mayor nivel de depresión reportaron en menor medida emociones pertenecientes a la categoría Satisfacción y un mayor número de emociones dentro de la categoría Sorpresa.

Del mismo modo se encontraron tendencias importantes en el reporte de emociones dentro de las categorías Engreimiento y de Emociones Mezcladas. En este sentido, se evidenció que las madres con una menor presencia de síntomas depresivos reportaron en mayor medida emociones dentro de la categoría Engreimiento ($Mdn_{\text{mínimo}} = 1$, $Ri_{\text{mínimo}} = 1$; $Mdn_{\text{leve y moderado}} = 0$, $Ri_{\text{leve y moderado}} = 1$, $U = 61.5$ $p = .08$), mientras que, las madres que presentaron una mayor presencia de síntomas depresivos reportaron en mayor medida emociones pertenecientes a la categoría Emociones Mezcladas ($Mdn_{\text{mínimo}} = 1$, $Ri = 2$; $Mdn_{\text{leve y moderado}} = 1.5$, $Ri = 2$, $U = 58.5$, $p = .08$). No se encontraron diferencias en el reporte de frecuencias de los otros grupos de emoción.

Así mismo, sobre la relación entre sintomatología depresiva y las emociones reportadas por las madres como se observa en la Tabla 3, se encontró que la sintomatología depresiva solamente se encuentra relacionada de forma directa y media al reporte de emociones de la categoría Sorpresa y también presentaba una tendencia a haber relación inversa con las emociones categorizadas como Engreimiento.

Por otro lado, al explorar la relación de los grupos de emociones reportados y los factores Somático-Afectivo y Cognitivo del BDI-II, se observa en la tabla 3, una relación directa y media entre el reporte de emociones categorizadas como Cautela con la dimensión Somático-Afectiva y una tendencia de relación directa entre esta emoción y la dimensión Psicológica-Cognitiva.

Tabla 3
Correlación grupo de emoción interpretada y puntuación y factores BDI-II

Grupo de emoción	BDI	Puntuaciones BDI	
		F. Somático-afectivo	F. Psicológico-Cognitivo
Sorpresa	.40 ^{** a}	.12 ^a	.07 ^a
Interés	.00 ^a	-.04 ^a	-.11 ^a
Alegría	.09 ^a	-.26 ^a	-.26 ^a
Satisfacción	-.27	-.22 ^a	-.28
Tristeza	.11 ^a	.00 ^a	.03 ^a
Cautela	.24 ^a	.39 ^{** a}	.38 ^{* a}
Disgusto	-.16	-.02 ^a	.02 ^a
Cólera	.15 ^a	.11 ^a	.21 ^a
Sufrimiento	.15 ^a	-.07 ^a	.05 ^a
Miedo	-.01 ^a	.27 ^a	.20 ^a
Engreimiento	-.37 ^{* a}	.28 ^a	.25 ^a
Emociones	.20 ^a	-.12 ^a	-.13 ^a
NA	.08 ^a	.05 ^a	.19 ^a

* $p < ,10$ ** $p < ,05$

^a Se utilizó correlación de Spearman por falta de distribución normal de los datos.

Finalmente, al explorar la relación del reporte de emociones de las madres con indicadores específicos de sintomatología depresiva, la Tabla 4 muestra que se encontraron correlaciones medias y directas entre el reporte de la categoría de emoción Sorpresa y el Ítem Indecisión, la categoría Tristeza y el ítem Desvalorización, la emoción Cautela y los ítem Sentimientos de Castigo, Autocrítica, Agitación y Pérdida de Energía. A lo anterior se añade, el grupo de emoción Miedo con los ítems BDI-II Llanto, Desvalorización y Cambios de Apetito y los grupos de emoción Engreimiento y los ítem Tristeza y Agitación. Así mismo se hallaron correlaciones directas y altas entre la categoría de emoción Cautela y el ítem BDI-II pérdida de interés en el sexo. Se encontraron por su parte, correlaciones inversas y medias entre el grupo de emoción Disgusto y el ítem Desvalorización; el grupo de emoción Alegría y

el ítem Sentimientos de Castigo y finalmente, una relación inversa y alta entre Alegría y el ítem Llanto.

Tabla 4

Relación entre emoción reportada e ítem BDI-II

Grupos de emoción	ítem BDI-II									
	Tristeza	sentimientos de castigo	Autocrítica	Llanto	Agitación	Indecisión	Desvalorización	Pérdida de energía	cambios apetito	Pérdida de interés en el sexo
Sorpresa	.06	.06	.25	.32	-.17	.44*	.05	.10	.12	-.20
Interés	.22	-.18	-.23	-.002	-.03	.01	-.37	-.13	-.14	.10
Alegría	.05	-.40*	-.32	-.57**	-.33	.003	.04	-.10	-.22	.15
Tristeza	.28	.03	.05	.11	-.31	.06	.43*	.26	-.04	-.08
Cautela	.20	.47*	.41*	.09	.49*	.18	-.02	.41*	.10	.54**
Disgusto	-.36	.16	.22	-.17	.23	-.25	-.43*	-.01	-.13	.22
Miedo	.22	.18	.21	.49**	.17	.15	.44*	-.03	.44*	-.15
Engreimiento	.39*	.38	.23	.08	.40*	.24	.24	-.06	.05	.26

** p<0.01

*p<0.05



Discusión

A continuación se pasará a discutir los resultados obtenidos en el presente estudio. En primer lugar, se describirá información preliminar sobre la interpretación emocional y los síntomas depresivos reportados por las madres. En segundo lugar, para evaluar el propósito de la investigación, se discutirá las diferencias halladas en la interpretación de emociones según la gravedad de la sintomatología depresiva. En tercer lugar, se analizará la relación entre la emoción reportada a partir de la interpretación de rasgos faciales y la presencia de sintomatología depresiva a nivel global. Así mismo se discutirá la relación entre la interpretación emocional de las madres a partir de las respuesta al IFEEL y los factores somático-afectivo y psicológico-cognitivo de la sintomatología depresiva autoreportada. Finalmente, se analizará las emociones reportadas por las madres y los síntomas depresivos específicos.

En relación a la sintomatología depresiva, pese a que nos encontramos ante una muestra de mujeres no diagnosticadas con depresión, los resultados revelan que aproximadamente la mitad de las mamás evaluadas presentan depresión en niveles leves y moderados. Más allá de las cifras de prevalencia del trastorno depresivo en la población peruana, (INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2002) los resultados pareciera indicar que adicionalmente al 18,2% que presenta un diagnóstico formal, el resto de la población podría mostrar síntomas aunque con una menor severidad. Esto resulta coherente con lo mencionado por Gabbard (2000) y Loo y Gallarda (2001), quienes indican que la depresión sin un diagnóstico formal o en formas limitadas son compatibles con una vida aparentemente funcional.

Respecto a la interpretaciones de emociones, a partir de los resultados obtenidos, se puede observar que ninguna de las madres reportó emociones que pertenezcan a categorías emocionales como: Vergüenza, Pasividad y Picardía; pese a que esta última categoría fue introducida en el lexicón del IFEEL en su versión peruana como respuesta a las expresiones emocionales propias del contexto (Traverso y Nóbrega, 2012). Asimismo, se encontró que las cuatro emociones más reportadas en esta investigación fueron: Satisfacción, Disgusto, Tristeza e Interés. Tres de ellas (Disgusto, Tristeza e Interés) fueron también reportadas con elevada frecuencia en la investigación de la adaptación del IFEEL en la muestra de nivel

socioeconómico B-C (Traverso y Nóbrega, 2012); lo cual podría indicar un patrón de respuesta común asociado a características vinculadas al nivel socioeconómico medio.

No obstante al comparar a nivel descriptivo la frecuencia del reporte de las emociones, encontramos que las pertenecientes al grupo Satisfacción son reportadas con mayor frecuencia que el grupo de adaptación. Sobre lo anterior tenemos que considerar que la muestra de adaptación es más heterogénea en variables de edad y género. Estudios de la prueba IFEEL en su versión norteamericana muestra un menor reporte de Satisfacción en participantes adolescentes, por lo que la diferencia encontrada podría deberse a que la muestra del presente estudio está compuesta solamente por mujeres, adultas y madres (Osofsky y Culp, 1993). En función a ello, resulta recomendable indicar la necesidad de futuras investigaciones que exploren en detalle el vínculo entre características sociodemográficas y la interpretación de emociones específicas.

Respecto al propósito de la investigación, al agrupar a las madres según el nivel de sintomatología depresiva no se encontró diferencias significativas en la frecuencia de interpretación de emociones de tono hedónico negativo (pasividad, tristeza, cautela/timidez/reserva, vergüenza/culpa, disgusto/desagrado, cólera, sufrimiento/angustia y miedo). Esto no es lo esperado en función a investigaciones previas en las que se identificó un mayor reporte de emociones negativas en madres diagnosticadas con depresión (Demenescu et. al., 2010; Zahn-Waxler y Wagner, 1993) Lo anterior puede deberse a que en el presente estudio, ninguna de las madres mostró sintomatología depresiva en sus niveles más graves o tuvo un diagnóstico formal.

Adicionalmente, se encuentra que no se dan diferencias significativas en la mayoría de emociones agrupadas como positivas (Sorpresa, Interés y Alegría). El resultado anterior se encuentra en contradicción a lo planteado por Zahn-Waxler y Wagner (1993) quienes encontraron que las madres deprimidas interpretaban menos emociones dentro de la categoría Alegría respecto de un grupo de referencia de madres que no presentaba un diagnóstico formal. Tomando en cuenta lo expuesto, pareciera que estamos nuevamente bajo el supuesto que estas diferencias se darían solo en la presencia de un trastorno depresivo grave. No obstante, si se encontraron diferencias significativas en la lectura de emociones del grupo Satisfacción.

Lo anterior podría estar asociado a la mayor complejidad que Traverso y Nóblega (2012) atribuyen a la interpretación de emociones categorizables dentro del grupo Satisfacción. Lo anterior podría indicar que las madres que presentan cierto nivel de depresión tienen dificultades para interpretar una emoción de tono hedónico positivo que supone cierta complejidad en su lectura y verbalización.

Asimismo, se encuentra que las madres con un mayor nivel de depresión, ven a los niños más sorprendidos, o tienden a reportar emociones de difícil categorización. En este punto cabe señalar que, las emociones de la categoría Sorpresa suponen un alto nivel de activación pero con un tono hedónico indefinido mientras que la categoría Emociones Mezcladas agrupa emociones poco definidas que no pueden ser categorizada a la luz del libro de emociones (Emde, 1993).

Lo anterior resulta coherente a lo propuesto por diferentes investigaciones (Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), en Brooth, Goodman, Hall y Reynor, 2004; Anderson et al., 2011) que sustentan que un mayor nivel de depresión se asocia con dificultades para discriminar emociones cuando estas no son expresadas con claridad. En este sentido, la presencia de una menor lectura de emociones del grupo Satisfacción y un mayor reporte de emociones de difícil categorización pueden sustentarse con la noción de que una madre con síntomas depresivos se ausenta o toma distancia de la experiencia emocional de su hijo y de una sensibilidad afectada para recoger señales de corte emocional más complejas (Winnicott, 1999; Tronick y Weinberg: 1996, 1999).

Por otro lado, encontramos que las madres con un mayor nivel de depresión reportan en menor medida emociones del grupo Engreimiento. Este grupo emocional es entendido por Traverso y Nóblega (2012) como un grupo de emociones de connotación negativa, caracterizado por una lectura de una alta demanda de afecto en la expresión de los niños. Pese a que investigaciones anteriores proponen que son las personas con sintomatología depresiva las que perseveran en reportar emociones de corte negativo (Gollan, McCloskey, Hoxha y Coccaro, 2010), en el caso de Engreimiento, su reporte implica además un esfuerzo en la madre para reconocer demandas de afecto en las láminas presentadas. Esto podría ser manifestación de lo propuesto por Winnicott (1999) respecto al autocentramiento en su propia emocionalidad de la madre con sintomatología depresiva y su dificultad para reconocer las demandas afectivas en el otro.

Por otro lado, al relacionar la sintomatología depresiva con los grupos de emociones interpretadas, se encuentra un resultado semejante al hallado al comparar a las participantes con niveles mínimos con aquellas con niveles leves y moderados de sintomatología depresiva. De esta forma, la relación entre la sintomatología depresiva global con las emociones reportadas de Sorpresa y la tendencia a un menor reporte de emociones del grupo Engreimiento pueden ser explicadas de la misma forma que los resultados expuesto en párrafos anteriores.

Asimismo, al explorar la relación de los factores somático-afectivo y psicológico-cognitivo, se encuentra que ambos factores del BDI-II se asocian con la lectura de emociones del grupo Cautela, una emoción de tono hedónico negativo. En función a los síntomas que componen estos factores dicha relación muestra que, madres autocríticas que autoreportan sentimientos de castigo (síntomas del Factor psicológico – cognitivo) tienen una tendencia a percibir a los niños de las láminas más cautelosos; y madres que se perciben agitadas, con poco interés en el sexo y poca energía (síntomas del Factor somático-afectivo) interpretan emociones del mismo grupo: Cautela.

En este punto es importante notar que lo último parece ilustrar la noción de que un malestar depresivo de corte somático aparece vinculado a emociones negativas (Gabbard, 2002; Mac Williams, 2011), lo que coincide con la asociación observada entre otros síntomas específicos de naturaleza cognitiva - psicológica y somáticos con emociones de tono negativo.

En ese sentido, a partir de la asociación entre la interpretación de emociones y los síntomas específicos, se observa que las madres que se perciben desvalorizadas ven en mayor medida a los niños tristes, miedosos y temerosos; madres críticas consigo mismas y que autoreportan sentimientos de castigo identifican a los niños como cautelosos; madres tristes perciben a más niños engreídos y madres que autoreportan cambios en el apetito ven más temerosos a los niños. Lo anterior parece indicar que, si bien el reporte de emociones negativas no es significativo cuando se hacen comparaciones en las madres agrupadas por niveles de depresión o en la correlación del puntaje global del BDI-II con el reporte de emociones, si se hace evidente en la asociación de la sintomatología depresiva específica y la interpretación emocional. Esta evidencia se podría apreciar también en las relaciones inversas entre Sentimientos de Castigo y el grupo de emoción Alegría. Es así que las mamás que

tienen sentimientos de castigo para consigo mismas no sólo ven a los niños más cautelosos, también los ven menos alegres. Lo anterior podría implicar que las madres que presentan síntomas depresivos no sólo aumentan su registro de emociones negativas si no que, además, ven disminuido el reporte de una emoción positiva como Alegría. Cabe señalar que esta misma relación ha sido observada en estudios con madres que han recibido un diagnóstico (Zahn – Waxler y Wagner, 1993), asociación que si bien no es observada en este estudio cuando se correlaciona la interpretación de emociones con el puntaje global del BDI-I, si aparece cuando se asocia con síntomas específicos.

Adicionalmente, se encuentra que las madres que autoreportan síntomas como Indecisión, suelen ver en mayor medida niños sorprendidos. La Indecisión, desde este punto de vista, podría pensarse como una dificultad de la madre para discernir o discriminar y elegir un estado emocional lo que resulta coherente con la naturaleza de la emoción Sorpresa (APA, 2013; Gabbard, 2002).

Tal como se ha revisado, esta investigación muestra información relevante respecto a la relación de interpretación de emociones y sintomatología depresiva en una población sin diagnóstico formal.

En función a lo hallado se tiene que, un mayor nivel de sintomatología depresiva general no se asocia a un mayor reporte de emociones de tono negativo o una menor producción de emociones positivas, sin embargo, si se puede ver incrementado el reporte de emociones de difícil categorización o que son consideradas de complejas (Traverso y Nóbrega, 2012). Estas características halladas en la interpretación de emociones, en el escenario de la relación madre-bebé, y específicamente en la función de la madre, puede limitar la tarea de percibir el estado emocional, interpretarlo y responder a las emociones cada vez más complejas que el niño emite para comunicar sus necesidades (Bion, 2000; Tronick y Weinberg, 1996, 1999; Winnicott, 1999).

Tomando en cuenta el objetivo de la presente investigación, lo anterior es de gran relevancia ya que nos permite identificar cómo la presencia de síntomas depresivos se asocia con una forma interpretación de emociones diferente o particular respecto a las formas más graves de depresión. Lo expuesto resulta de importancia, ya que estos hallazgos no coinciden con investigaciones que proponen que el reporte de emociones no depende de la gravedad del trastorno o del nivel de síntomas presente en las personas (Milders, Bell, Platt, Serrano y Runcie, 2010).

Cabe señalar que, este trabajo ha puesto en evidencia la presencia de sintomatología depresiva a un nivel moderado que carece de un diagnóstico o reconocimiento formal. Lo anterior resulta relevante frente a la posibilidad de identificar el malestar en niveles incipientes para prevenir un posible deterioro en la salud mental de las madres y su impacto en la calidad del vínculo con sus hijos.

Una limitación para el presente estudio ha sido la falta de referencias bibliográficas de publicación reciente. Dicha limitación se debe a que en su mayoría los últimos estudios toman en cuenta la adecuación de la interpretación emocional. Introducir dicha cualidad del constructo investigado implicaría usar otros instrumentos o hacer cambios en la calificación del IFEEL en su versión peruana, lo que podría incluirse en futuras investigaciones. Pese a lo anterior, el presente trabajo incluye información empírica reciente pertinente y relevante para la discusión del tema bajo investigación.

En cuanto a la posibilidad de futuras investigaciones, sería de interés profundizar en el estudio del tema planteado para continuar explorando el factor de la gravedad de la sintomatología depresiva con la interpretación de emociones, de forma que se pueda observar si esta tendencia se mantiene con un número de participantes más representativo. Lo anterior proporcionaría información necesaria para enriquecer esfuerzos de promoción y prevención de la salud en el desarrollo del vínculo temprano.

Tomando en cuenta que en el presente estudio se encontró una relación consistente entre los factores del BDI-II, los síntomas depresivos específicos y el reporte de emociones negativas, sería importante explorar dicha relación en una población con un diagnóstico formal de depresión, para evaluar si se presenta la misma relación a nivel global o si esta relación se mantiene a nivel de síntomas específicos.

Finalmente, se recomienda revisar la frecuencia del reporte de emociones que caben en la categoría Picardía, considerando que esta no fue reportada a pesar de su adición al lexicón en la versión peruana del IFEEL (Traverso y Nóbrega, 2012).

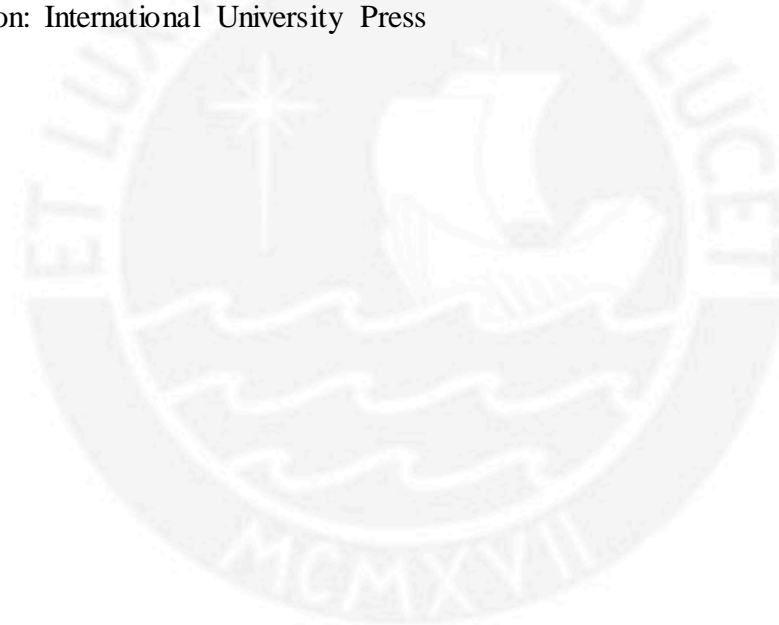
Referencias Bibliográficas

- Alcántara, N. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes VIH*. (Tesis de Licenciatura). PUCP: Lima.
- Anderson I.M., Shippen C., Juhasz G., Chase D., Thomas E. & Downey D. (2011) State-dependent alteration in face emotion recognition in depression. *Br J Psychiatry* 198 (4), 302–308. doi:10.1192/bjp.bp.110.078139
- APEIM (2010) *Niveles socioeconómicos de Lima metropolitana*. Recuperado de: [http://www.apecim.com.pe/wp-content/themes/apecim/docs/nse/APEIM-NSE-2010-LIMA.pdf](http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apecim/docs/nse/APEIM-NSE-2010-LIMA.pdf)
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A., Steer, R.; Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck*. BDI – II. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (2009). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós (2009)
- Bion, W. (2000). *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen - Hormé
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis* 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Brazelton, B. y Cramer, B. (1993) *La relación más temprana. Padres y bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Broth, M., Goodman, Sh., Hall, C. & Raynor, C.(2004) Depressed and well mothers' emotion interpretation accuracy and the quality of mother-infant interaction. *Infancy*, 6 (1) 37-55
- Butterfield, P. (1993). Responses to IFEEL pictures in mothers at risk for child maltreatment. En Emde, R.; Osofsky, J. & Butterfield, P. (Eds), *The IFEEL pictures. A new instruments for interpreting emotions* (pp. 3-25). Madison: International University Press.

- Butterfield, P. & Ridgeway, D. (1993) The IFEEL pictures: description, administration and lexicon. En: Emde, R.; Osofsky, J. & Butterfield, P. (Eds), *The IFEEL pictures. A new instruments for interpreting emotions* (73-95). Madison: International University Press.
- Coyne, L. W., Low, C. M., Miller, A. L., Seifer, R., & Dickstein, S. (2007). Mothers' empathic understanding of their toddlers: associations with maternal depression and sensitivity. *Journal of child and family studies*, 16(4), 483-497.
- Demenescu L.R., Kortekaas R., den Boer J.A. & Aleman, A. (2010) Impaired attribution of emotion to facial expressions in anxiety and major depression. *PLOS ONE*, 5(12), e15058. doi:10.1371/journal.pone.0015058
- Emde, R., (1993). A framework for viewing emotions. En Emde, R.; Osofsky, J. & Butterfield, P. (Eds), *The IFEEL pictures. A new instruments for interpreting emotions* (3-25). Madison: International University Press.
- Emde, R., (1993). Infant emotions and the caregiving environment. En Emde, R.; Osofsky, J. & Butterfield, P. (Eds), *The IFEEL pictures. A new instruments for interpreting emotions* (3-25). Madison: International University Press.
- Fonagy, P.; Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Ney York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories. Perspectives from development psychopathology*. New York: Routledge.
- Frewen, P & Dozois, D. (2005) Recognition and interpretation of facial expressions in dysphoric women. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 27 (4), 305-315. doi: 10.1007/s10862-005-2410-z
- Gabbard, G. (2002). *Manual de psiquiatría dinámica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Gollan J.K., Pane H.T., McCloskey M.S. & Coccaro E.F. (2008) Identifying differences in biased affective information processing in major depression. *Psychiatry res* 159 (1),18–24. doi:10.1016/j.psychres.2007.06.011
- Gollan J.K., McCloskey M.S., Hoxha D., & Coccaro E.F. (2010). How do depressed and healthy adults interpret nuanced facial expressions? *J abnorm psychol* 119 (4), 804–10. doi:10.1037/a0020234
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental. *Anales de salud mental*, 8, (109- 127). ISSN-1023-389X.

- Knezevic, M. & Jovancevic, M. (2003). The IFEEL Pictures: Psychological trauma and perception, and interpretation of child's emotions. *Nord. J psychiatry*, 58, 139- 145. Doi: 10.1080/08039480410005521
- Leppänen JM, Milders M, Bell JS, Terriere E, Hietanen JK. (2004) Depression biases the recognition of emotionally neutral faces. *psychiatry res* 128 (2), 123–133. doi:10.1016/j.psychres.2004.05.020
- Loo, H. y Gallarda, T. (2001). *La enfermedad depresiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Milders M., Bell S., Platt J., Serrano R. & Runcie O. (2010) Stable expression recognition abnormalities in unipolar depression. *Psychiatry res* 179 (1), 38–42. doi:10.1016/j.psychres.2009.05.015
- Nóblega, M. (2012) *Conducta de base segura y sensibilidad en niños y madres del distrito de Los Olivos* (Tesis Doctoral). PUCP: Lima.
- Obando, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima* (Tesis de Licenciatura). PUCP: Lima.
- Osofsky, J. & Culp, A. (1993). Perceptions of infant emotions in adolescent mothers. En: Emde, R.; Osofsky, J. & Butterfield, P. (Eds), *The IFEEL pictures. A new instruments for interpreting emotions* (3-25). Madison: International University Press
- Otiniano, F. (2012). *Validez de constructo y eficacia diagnostic de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del inventario clinico multiaxial de Millon III (MCMII-III)*. (Tesis de Licenciatura). PUCP:Lima
- Stern, D. (1996). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós
- Szajnberg, N., Skrinjaric, J., Vidovic, V. & DeZan, D. (1994) Mothers perceptions of infant affect in a croatian Sample: The IFEEL picture assessment. *Infant mental health journal*. 15, 328 – 335.
- Tataje, A. (2013). *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). PUCP: Lima.
- Traverso, P. y Nóblega, M. (2012) El infant facial expressions of emotions from looking at pictures: versión peruana. *Revista de psicología (PUCP)* 30 (2), 317-340 .
- Tronick, E. Z. (1989) Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44(2), 112-119. doi:10.1037/0003-066X.44.2.112
- Tronick, E. Z., & Weinberg, K. (1999). *Gender differences and their relation to maternal depression. Stress, coping and depression*. New Jersey: Johnson et al. Editors, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Tronick, E.Z. & Weinberg, K. (1996), Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child development*, 1996, (67). 905-914. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01772.x
- Tyson P. & Tyson, R. (1990). *Teorías psicoanalíticas del desarrollo*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.
- Winnicott, D. (1993) La Teoría de la Relación entre Progenitores – Infante. En: El proceso de maduración y el ambiente facilitador (47 - 72). Buenos Aires: Paidós
- Winnicott, D. (1999) Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En: *Realidad y juego* (147 – 155). Barcelona: Gedisa.
- Zahn –Waxler, C. & Wagner, E. (1993). Caregivers' interpretations of infant emotions: A comparison of depressed and well mothers. En Emde, R., Osofsky, J. & Butterfield, P. (Eds), *The IFEEL pictures. A new instruments for interpreting emotions* (3-25). Madison: International University Press



Apéndices

Apéndice A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada madre de familia:

Deseamos solicitar su participación y la de su hijo(a) en el estudio CONDUCTA DE BASE SEGURA Y SENSITIVIDAD EN NIÑOS Y MADRES DEL DISTRITO DE LOS OLIVOS que la Mg. Magaly Nóblega Mayorga se encuentra realizando como parte de su tesis doctoral en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

El objetivo del estudio es conocer las características del apego del niño y de la función materna en nuestro contexto para lo cual estamos seleccionando a madres con hijos de 4 a 6 años que deseen participar en el estudio. Por esta razón le solicitamos su participación y la de su hijo(a) accediendo a tres reuniones que toman aproximadamente dos hora cada una en su hogar, en ellas tendremos una entrevista, filmaremos la interacción entre ud. y su hijo(a), y realizaremos algunas tareas sencillas tanto con ud. como con su niño (a).

La realización del estudio será una oportunidad para poder compartir su experiencia de madre; a nosotras sus respuestas nos ayudarán a entender lo que sucede con las madres y los niños y con estos resultados podremos dar recomendaciones para la realización de programas de intervención. Como un reconocimiento a su participación, le daremos un incentivo económico simbólico y un CD con la filmación registrada, asimismo conversaremos sobre alguna preocupación que tenga en torno a su hijo(a).

Si bien su participación contribuirá a este estudio importante para la psicología peruana, ud. tiene derecho a decidir si desea o no hacerlo sin ningún perjuicio. Puede darse el caso de que alguna pregunta realizada le incomode, en ese caso puede negarse a responder o decidir no continuar participando.

El equipo conformado por profesionales tiene el compromiso de mantener la confidencialidad de toda la información del estudio lo cual significa que nadie excepto los investigadores tendrán acceso a la información que nos proporcione. Su nombre o datos personales no serán identificados en ningún informe del estudio ni en sus resultados.

Si tiene cualquier pregunta puede contactarse con la investigadora principal al Departamento de Psicología de la PUCP llamando al 626 2000 anexo 4534 o 4574.

Yo, _____ (nombre) después de haber leído las condiciones del estudio "CONDUCTA DE BASE SEGURA Y SENSITIVIDAD EN NIÑOS Y MADRES DEL DISTRITO DE LOS OLIVOS", acepto en forma voluntaria participar en la investigación. Por su parte, la investigadora se compromete a mantener la confidencialidad de la información recogida. Teléfono(s) _____ Fecha: _____

Firma del participante

Mg. Magaly Nóblega Mayorga
Investigadora

Citas	
SEGUNDA	
TERCERA	

Apéndice B: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Número de hijos:	Edad	Sexo	Edad	Sexo	Edad	Sexo	Edad	Sexo
Profesión:	Número de horas en casa L - V:			Número de horas en casa S - D:				
Lugar de nacimiento:	Lengua materna:			Tiempo de permanencia en Lima:				
Estadía en otras ciudades (más de un año)	Ciudad/Tiempo (años y fecha):			Ciudad/Tiempo (años y fecha):				
Pareja actual	Edad:	Tiempo de la relación:			Número de parejas anteriores:			
Número de relaciones mayores a un año:	Pareja actual es padre del hijo(a): SI NO			Hijos con otra pareja: SI NO				
Profesión:	Secundaria		Superior técnico		Superior Universitario		Post grado	
Ocupación:	Número de horas en casa L-V:			Número de horas en casa S-D:				
Lugar de nacimiento:	Lengua materna:			Tiempo de permanencia en Lima:				
Estadía en otras ciudades (más de 1 año)	Ciudad:			Tiempo (años y fecha):				
Del hijo(a)	Posición ordinal:		Lugar nacim.:	Inicio escolar.:	Cambio nidos:			
Nana actual	NO	SI	Tiempo completo	Por horas	Tiempo:		Solo cuando no está la mamá	
Personas que viven en la casa (no familia nuclear):								
De la madre	Edad:	Primaria		Secundaria		Superior técnica		Superior universitaria
	Número de hijos:	Lugar de nacimiento:			Lengua materna:			
Del padre	Edad:	Primaria		Secundaria		Superior técnica		Superior universitaria
	Número de hijos:	Lugar de nacimiento:			Lengua materna:			
Datos adicionales (usar la siguiente hoja):								