

# Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas<sup>1</sup>

## Perinatal maternal depression and mother-infant bond: clinical implications

Marcia Olhaberry Huber<sup>2</sup>

Macarena Romero Jiménez<sup>3</sup>

Angela Miranda Largo<sup>4</sup>

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(Rec: septiembre 2014 – Acept: junio 2015)

### Resumen

La alta frecuencia de los trastornos depresivos en el mundo y las altas tasas reportadas durante el pre y postparto, alertan sobre la necesidad de profundizar en la comprensión de la depresión materna perinatal y sus repercusiones psicológicas en la madre y el niño/a. Se describen y analizan sus características, los factores protectores y de riesgo, los principales efectos en el vínculo madre-bebé, el desarrollo infantil y la identidad materna a partir de una revisión de la literatura existente. Se reflexiona también sobre las implicancias clínicas de este trastorno, las alternativas de tratamiento y los desafíos actuales para su abordaje psicoterapéutico integral, considerando los distintos aspectos de la matriz relacional de la díada madre-hijo/a en interacción.

**Palabras clave:** depresión materna perinatal, vínculo temprano madre-bebé, identidad materna.

### Abstract

The high frequency of the Depressive Disorder in the world and the high reported rates during the prenatal and postpartum period warn about the necessity of studying the perinatal maternal depression, and its psychological impact on the mother and her child. It is described and analyzed their features, risk and protective factors, the main effects on the mother-baby bond and the child development and maternal identity, based on a literature review. It also reflects about the clinical implications of the disorder, the alternatives of existing treatment, and the current challenges for an integral psychotherapeutic approach, considering different aspects of the relational matrix of the interacting dyad.

**Keywords:** perinatal maternal depression, early mother-infant bond, maternal identity.

---

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte de los proyectos de investigación FONDECYT N°11140230 y N°3120109, financiados por CONICYT y por la Iniciativa Científica Milenio, proyecto IS130005, financiado por el Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo.

<sup>2</sup> Correspondencia a: Marcia Paola Olhaberry Huber. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología, Av. Vicuña Mackenna #4860, Macul, Región Metropolitana de Santiago, Chile. E-mail: mpollhabe@uc.cl.

<sup>3</sup> E-mail: macaromeroj@gmail.com

<sup>4</sup> E-mail: anmirand@uc.cl

## Depresión perinatal y su relevancia en salud mental

Según informes de la Organización Mundial de la Salud, OMS, una de cada 20 personas señala haber tenido al menos un episodio depresivo en el último año (World Federation of Mental Health, 2012), constituyendo la depresión un importante problema de salud pública a nivel mundial y, en nuestro país, presente en mayor medida en mujeres, especialmente aquellas de bajos ingresos (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001). En el mundo, se proyecta que la depresión será una causa importante de discapacidad para el año 2020. Sin embargo, en Chile los trastornos depresivos constituyen, en la actualidad, el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas (Jadresic, 2010; Servicio Nacional de la Mujer, 2012).

Una de las formas en las que se puede presentar la depresión es la depresión perinatal, que se presenta en la madre durante el embarazo o con posterioridad al parto y muestra características comunes con la depresión en otras etapas del ciclo vital. En relación a sus síntomas, han sido asociados a ella el cansancio, los sentimientos de soledad, la culpa y la sensación de pérdida de control (Leahy-Warren & McCarthy, 2007), pero la irritabilidad, el ánimo bajo, la labilidad emocional, la ansiedad y los trastornos del sueño, muchas veces han sido considerados parte de las vivencias normales del embarazo (Halbreich & Karkun, 2006), lo que implica el riesgo de subdiagnosticar el trastorno durante el embarazo. Es importante destacar que el número de mujeres con depresión postnatal aumenta con el tiempo, es decir, mientras un 10% es diagnosticada con depresión a las 8 semanas postparto, un 22% recibe este mismo diagnóstico a los 12 meses de nacido su bebé (Barlow et al., 2010), requiriéndose mejorar la precisión de los procedimientos diagnósticos.

En términos generales, los estudios internacionales muestran que entre un 6 y un 38% de las mujeres sufren de depresión durante o después del embarazo (Field, 2011; Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasen-Tabe, 2011), duplicándose estas cifras en los países en vías de desarrollo (Alvarado et al., 2000). Estudios en comunidades latinoamericanas respaldan estos hallazgos, reportando valores superiores al 20% en depresión postparto (Latorre, Contreras & García, 2006). En Chile, la prevalencia de sintomatología depresiva en el período postparto utilizando instrumentos de auto-reporte, es de 41,3% en el nivel socioeconómico bajo, 33,5% en nivel socioeconómico medio y 27,7% en el nivel socioeconómico alto (Castañón y Pinto, 2008).

La frecuencia del trastorno varía también dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, aumentando al utilizar instrumentos de auto-reporte y disminuyendo al aplicar criterios clínicos rigurosos (Rojas et al., 2007). Estudios realizados en Suecia y EE.UU. describen tasas de sintomatología depresivas en el período posparto de 2% y 6,3%, respectivamente, sin embargo, al utilizar un instrumento de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE), estas tasas aumentan a un 35,4% utilizando un punto de corte 9/10 (Castañón y Pinto, 2008).

Estudios chilenos muestran que alrededor de un tercio de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad, cifra que aumenta a más del 40% entre las puérperas. Si se utilizan criterios específicos de trastorno depresivo, considerando el menoscabo funcional, se observa una prevalencia de depresión cercana al 10% en el embarazo y entre 10 y 20% en el posparto (Ministerio de Salud, 2013). Por otro lado, se ha reportado que las mujeres chilenas que desarrollan un cuadro depresivo durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de presentar también depresión postparto, alertando sobre la importancia de la detección durante la gestación (Alvarado et al., 2000). A su vez, la ausencia de tratamiento para la depresión posparto puede generar efectos adversos de largo plazo para la madre, pudiendo constituirse este episodio en un precursor de depresión recurrente en el futuro (MINSAL, 2013).

Considerando los antecedentes expuestos y lo reportado por la literatura acerca de los efectos de los trastornos depresivos en las relaciones tempranas (DiCarlo Onwujuba & Baumgartner, 2013), se desarrolla una revisión de la literatura en torno a depresión perinatal y sus efectos en la construcción del vínculo entre una madre y su bebé, buscando profundizar en las variables contextuales y la vivencia subjetiva para la comprensión del trastorno y sus repercusiones en la salud mental materno-infantil.

## Factores biológicos, psicosociales y psicológicos en la depresión materna

Para comprender el origen de los trastornos depresivos, Blöschl (1998) desarrolló un modelo etiológico y evolutivo, que los define como el producto de alteraciones en las relaciones de apego temprano, favorecidas por predisponentes biológicos y la estructura de personalidad. Estas alteraciones se perpetúan en forma de representaciones afectivas y cognitivas

con un correlato comportamental, así como a través de un funcionamiento particular. El modelo plantea la existencia de factores psicológicos, psicosociales y biológicos que darían origen al síndrome depresivo, a partir de la desregulación de los mecanismos basales de adaptación.

Considerando el modelo de Blöschl, es posible identificar factores de riesgo para el desarrollo de depresión durante la gestación y el postparto en distintos niveles. Al analizar las variables socio-demográficas, algunos estudios muestran una asociación positiva entre depresión en el embarazo, ausencia de pareja, bajos ingresos, edades extremas de la madre y una inadecuada red de apoyo socio-familiar (Bolton, Hughes, Turton & Sedgwick, 1998; Faisal-Cury & Rossi Menezes, 2007; Patel, Rodrigues & DeSouza, 2002). En relación a esta última variable, se ha descrito que el apoyo social percibido por las embarazadas puede determinar su nivel de bienestar (Spoozak, Gotman, Smith, Belanger & Yonkers, 2009), mostrando la evidencia una asociación entre depresión y la percepción de bajo apoyo social, emocional y práctico (Senturk, Abas, Berksun & Stewart, 2011). Algunas investigaciones sugieren que las redes de apoyo pueden actuar como un factor protector, amortiguando los efectos de condiciones de vida estresantes, aunque, una red extensa en condiciones precarias de vida podría también incrementar la sintomatología (Séguin, Potvin, St-Denis & Loisele, 1995).

Se han descrito además factores de riesgo individuales asociados a vivencias específicas del embarazo, como son la falta de planificación, un embarazo no deseado y una excesiva ambivalencia frente a la maternidad (Bowen & Muhajarine, 2006). Del mismo modo, altos niveles de estrés e inadecuada capacidad de enfrentarlo, abuso de sustancias (alcohol y/o drogas), violencia intrafamiliar, conflictos de pareja, bajo nivel educacional y episodios depresivos previos, han sido asociados a este trastorno (Escribe-Aguir, González-Galarzo, Barona-Vilar & Artazcoz, 2008; Gausia, Fisher, Ali & Oosthuizen, 2009; Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius & Piha, 2001). Este último factor resulta de alta relevancia, considerando que las madres que desarrollan un episodio depresivo durante el embarazo, con mayor probabilidad lo presentarán también en el postparto si no reciben tratamiento durante la gestación (Cooper & Murray, 1995).

Otro factor individual asociado a la aparición de trastornos depresivos es el patrón de apego de la madre, mostrando la evidencia que las mujeres embarazadas deprimidas, presentan con mayor frecuencia patrones inseguros (Murray, Stanley, Hooper, King &

Fiori-Cowley, 1996; Olhaberry et al. 2014). Algunos estudios que profundizan en estos factores, muestran una asociación positiva entre apego inseguro evitativo y depresión durante la gestación (Bifulco et al., 2004).

Por otro lado, ha sido ampliamente documentado el efecto negativo de las experiencias traumáticas en la infancia en la salud mental, como abuso sexual y maltrato físico, describiéndose una mayor propensión a padecer sintomatología depresiva en quienes las han vivido, tanto en estudios nacionales como internacionales (English, 1998; Nelson et al., 2002; Olhaberry et al. 2014). Más aún, la evidencia demuestra que las mujeres que reportan haber tenido experiencias traumáticas en la infancia tienden a reportar mayores niveles de depresión que los hombres con vivencias semejantes (Weiss, Longhurst & Mazure, 1999).

### **Efectos de la depresión materna en el bebé y en el vínculo**

La depresión materna afecta a la madre pero también a su bebé, generando consecuencias adversas en el desarrollo infantil (Field, 2011). Las investigaciones reportan una mayor actividad cardíaca durante la gestación y al momento del parto en el bebé (Emory & Dieter, 2006), mayor frecuencia de nacimientos prematuros, menor crecimiento y bajo peso al nacer en los hijos/as de madres deprimidas en comparación con aquellos nacidos de madres sin este trastorno (Diego et al., 2009). Otros estudios describen también consecuencias negativas en el desarrollo cognitivo y comportamental (Milgrom et al., 2008), así como un incremento del riesgo para el desarrollo de depresión, en las distintas etapas del ciclo vital (Pawlby, Hay, Sharp, Waters & O'Keane, 2009). Investigaciones chilenas sobre las repercusiones de la depresión materna en la salud mental infantil, muestran un incremento de la presencia de problemas conductuales y emocionales en hijos de madres deprimidas. Estas dificultades se observan en el 49,8% de los hijos, cifra que contrasta con el 15% reportado en población general (Frisch, Montt, Solis, Pilowsky & Rojas, 2007).

En relación a la calidad de las interacciones entre madres deprimidas y sus bebés, los estudios reportan mayor frecuencia en el llanto, afectos negativos en mayor número, evitación del contacto visual por parte de los niño/as (Boyd, Zayas & McKee, 2006) y baja frecuencia de afectos positivos y sincronía en las madres (Svanberg, Mennet & Spieker, 2010). Además, se plantea que las madres que padecen depresión

habitualmente muestran dificultades para percibir e interpretar las señales comunicacionales de sus hijos/as, afectando negativamente al desarrollo de la comunicación y las habilidades socio-emocionales del niño/a (Cohn, Matias, Tronick, Connell & Lytns-Ruth, 1986). Se observa también que las madres deprimidas generan altos niveles de confusión en sus bebés ya que muestran incongruencias entre sus comunicaciones verbales y no verbales (Hwa- Froelich, Loveland Cook & Flick, 2008; Siegel & Hartzell, 2003). En este sentido, Trevarthen (1993) enfatiza la importancia de la expresión no verbal de afectos positivos de parte de las madres, junto a un correlato verbal congruente, para el logro de una comunicación eficaz y una vinculación positiva.

A su vez, las fallas maternas para responder sensiblemente a las señales infantiles afectan negativamente la comunicación del niño, lo que genera un círculo vicioso de interacción que disminuye los momentos de sintonía y encuentro entre ambos (Cohn et al., 1986). En este sentido, la depresión materna no sólo afecta las habilidades comunicativas del niño sino también la calidad del intercambio diádico, ya que la comunicación del infante y la respuesta sensible de la madre a sus señales actúan como predictores de la calidad de la interacción (DiCarlo Onwujuba & Baumgartner, 2013).

De manera consistente las investigaciones han planteado que la presencia de psicopatología en la madre, afecta negativamente el patrón de apego que establezca con el bebé. La literatura ha descrito una mayor incidencia de apegos inseguros en hijos/as de madres deprimidas (Martins & Gaffan, 2000), especialmente en aquellas que presentan depresiones de mayor severidad y cronicidad (McMahon, Barnett, Kowalenko & Tennant, 2006). Las madres depresivas muestran fallas en las habilidades para interactuar con sus bebés, frecuentemente agrupadas en dos polos. En uno, prima la hostilidad, la crítica y la intrusión y en el otro la evitación, la pasividad y la no responsividad frente a las ofertas comunicativas del niño, siendo ambos asociados a patrones inseguros de apego infantil. Sin embargo, algunas investigaciones destacan que el tipo de vinculación temprana y el patrón de apego no se transmitirían transgeneracionalmente de manera lineal, sino que participarían otros factores que podrían mediar y reducir los efectos de la psicopatología materna. Entre estos factores destacan la subjetividad de la madre, del bebé y el contexto interaccional (Quezada & Santelices, 2010).

Por otro lado, también se han descrito factores asociados al niño que pueden afectar la interacción entre una madre que se encuentra deprimida y su hijo/a.

Goodman, Tully, Connell, Hartman y Huh (2001) investigaron acerca del impacto de la percepción y las creencias de los niños sobre la depresión de la madre, y encontraron que la manera única y particular con que cada niño/a percibe la depresión en su madre, determinaría su respuesta y su capacidad de adaptarse a ésta. Esta respuesta a su vez, estaría determinada por su desarrollo emocional y cognitivo, y mediaría el efecto de la depresión materna en la salud mental infantil, así como en la calidad del vínculo. En efecto, otros hallazgos relativos a la salud mental infantil y familiar han mostrado la importancia de la participación del niño/a en la tríada que integra junto a su padre y su madre. En este sentido, el intercambio simultáneo con ambos padres puede contribuir a la resolución de aspectos disfuncionales de la interacción diádica, por ejemplo entre una madre deprimida y su bebé. Esta experiencia favorece además la regulación emocional en el niño/a y ayuda a la reducción de la tensión y el estrés (Fivaz-Depeursinge & Favez, 2006). Algunos estudios exponen que la adecuada salud mental del padre puede actuar como un factor protector para el niño/a en la relación entre la sintomatología depresiva materna y el desarrollo de psicopatología infantil (Gere et al., 2013). Otros estudios muestran que la salud mental y el nivel de sintomatología depresiva en el padre, pueden moderar la relación entre la sintomatología depresiva materna y los síntomas en el niño/a. En este sentido, un padre presente en la crianza y con una adecuada salud mental, puede influir positivamente, reduciendo las consecuencias negativas de la depresión materna en el desarrollo del niño/a (Carro, Grant, Gotlib & Compas, 1993; Dietz, Jennings, Kelley & Marshal, 2009; Gere et al., 2013; Mezulis, Hyde & Clark, 2004).

### **Depresión perinatal, identidad y representaciones maternas**

El embarazo y la maternidad han sido asociados frecuentemente a cambios en distintas áreas de la vida, que muchas veces pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos en esta etapa del ciclo vital (Morales et al., 2004). En este sentido, el nacimiento de un hijo implica, no sólo modificaciones físicas, sino también psicológicas y sociales. Estos cambios demandan el desarrollo de nuevas habilidades, asumir nuevas responsabilidades y enfrentar un nuevo rol social; exigencias que pueden generar altos niveles de estrés (Hobbs & Cole, 1976).

Dentro de los cambios psicológicos ligados a la maternidad, algunos autores describen la vivencia de distintos duelos por la pérdida del hijo imaginado y la aparición del hijo real, así como por la necesidad de diferenciarse de la propia madre, a través de la identificación con su rol idealizado (Arteaga, 2002; Taskin & Okman, 2003). Estas experiencias pueden constituir grandes exigencias para algunas madres y contribuir en ocasiones al desarrollo de una depresión post parto.

Algunos autores plantean que el mundo mental o representacional de una madre influirá en su estilo de relación o de acercamiento a los otros y por ende, en el tipo de vínculo que desarrollará con su hijo/a. Las representaciones en relación a la maternidad son construidas desde el embarazo a partir de las experiencias interaccionales presentes y pasadas, las fantasías y los deseos, modificándose de manera importante desde el embarazo al parto, momento en que la madre contrasta sus fantasías con la realidad. Varían también según el contexto relacional en el que participa la madre y las interacciones actuales con su bebé, constituyendo la presencia (o ausencia) del padre u otros familiares, los modelos parentales, la relación con los pares, con las instituciones, y las creencias y estereotipos sociales; todos ellos factores influyentes en su construcción (Stern, 1997).

Otros autores señalan que los cambios en las representaciones, así como el desarrollo de la psicopatología materna y sus repercusiones en el vínculo madre-bebé, podrían explicarse desde los cambios en el contexto socio familiar generados a partir de la experiencia de la maternidad (Quezada & Santelices, 2010). En esta línea, las investigaciones muestran que el nacimiento de un hijo impacta las relaciones de pareja, observándose una mayor frecuencia de conflictos maritales con posterioridad al nacimiento, los que a su vez han sido asociados a un incremento de la sintomatología depresiva materna (Stein et al., 1991).

En un nivel más global, los cambios sociales también pueden afectar la identidad de una mujer. Autores contemporáneos en la literatura psicoanalítica (Benjamin, 1996; Chodorow, 1984) plantean que la preponderancia del funcionamiento patriarcal, que promueve relaciones de complementariedad, dominación y la inequidad de género, afectaría principalmente a las mujeres. Señalan que las mujeres que se convierten en madres podrían verse afectadas por altos niveles de auto exigencia, en la búsqueda del logro de expectativas de “perfección” a nivel social. El “ideal de madre” implicaría mujeres autosuficientes, competentes en todas las labores que realizan, tanto como sostenedoras

afectivas de sus hijos y familias, así como buenas trabajadoras. La relación de las madres con éste ideal materno, sumado a la vulnerabilidad y fragilidad de los bebés y la creencia social de la necesidad de una madre omnipresente para garantizar su sobrevivencia, también afectarían a la configuración de la identidad materna, en la medida en que estas expectativas se vuelven inalcanzables y excluyen la propia subjetividad (Benjamin, 1996).

En este sentido al abordar la depresión, cobraría especial relevancia el comprender los cambios en la identidad materna generados a partir del nacimiento de un hijo como un producto de su contexto relacional considerando la representación que la madre tiene de sí misma en la interacción con otros (hijo/a, pareja, madre, familia, pares), y con las creencias y los estereotipos sociales y culturales vigentes.

### **La depresión materna perinatal desde una mirada intersubjetiva**

A la luz de los resultados de las investigaciones en primera infancia, se reconoce la importancia de la relación temprana madre e hijo/a para el desarrollo del mundo interno del bebé y su influencia en los cambios psicológicos maternos. Es a partir de estos hallazgos que algunos teóricos y seguidores de la corriente relacional, plantean la existencia de un espacio intersubjetivo entre la madre y el hijo/a, que contribuye a la conformación de la identidad materna, y afecta la salud mental de ambos. Sumado a esto, algunos autores explican que la concepción de sí mismo que el niño desarrolla se construye y se modifica a partir de la relación con sus padres y con otros, aportando cada participante su propia subjetividad y construyendo juntos un campo intersubjetivo (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1994). Considerando que los sujetos desarrollan su mente y conforman su identidad en relación con otros, influyéndose y constituyéndose dialécticamente (Ogden, 2004), es posible plantear que la relación de una madre con sintomatología depresiva, tendrá repercusiones en los estados mentales del hijo/a a partir de sus intercambios cotidianos.

Para Winnicott (1999), los bebés al nacer se relacionan de manera omnipotente con la madre o cuidador primario, identificado como objeto de satisfacción, que gradualmente es reconocido como sujeto independiente, con necesidades propias y diferentes, en la medida que sobrevive a la agresión infantil. Es en ese momento donde surge la intersubjetividad. En el caso

de las madres deprimidas, el vínculo madre e hijo es afectado negativamente por la vulnerabilidad materna, que le dificulta lidiar con los afectos negativos del bebé y concebirlo como un ser diferente y separado de ella.

La capacidad de responder a las propuestas comunicativas infantiles, habitualmente está disminuida en las madres deprimidas (Cohn et al., 1986), lo que repercute en la capacidad de respuesta del niño/a a las propuestas interaccionales de la madre. Frente a esta experiencia, los niños se adaptan al tipo de comunicación emocional que ofrecen sus figuras significativas, por lo que sus habilidades sociales, su desarrollo cognitivo y los mecanismos que desarrollan para regular sus emociones y conductas, tendrían un correlato en su historia vincular (Bowlby, 1979).

El reconocimiento de los cambios en la identidad generados a partir del nacimiento de un hijo y de los factores contextuales de esta experiencia, podrían cumplir un rol relevante en la comprensión y el tratamiento de la depresión perinatal. En esta línea, Benjamin (1996) plantea la importancia del reconocimiento de deseos y necesidades tanto en la madre como en el bebé, para la apertura de un espacio de intersubjetividad y el logro de un ciclo positivo de interacción entre ellos, que favorezca la sintonía y la construcción de un vínculo seguro. Cuando esto no ocurre, se genera un ciclo negativo de reconocimiento que promueve el despliegue defensivo en ambos para la delimitación de lo interno y lo externo. Esto explicaría que cuando un bebé percibe que su madre no reconoce sus necesidades, opte por la búsqueda de la anhelada sintonía sacrificando sus propias necesidades, lo que dificulta que la madre identifique su propia subjetividad en la interacción. En la depresión posparto, los estudios muestran fallas en la capacidad materna para responder sensiblemente a las necesidades del bebé (Svanberg et al., 2010), por lo que se activan ciclos de interacción negativos que afectan la calidad vincular y la salud mental de ambos miembros de la díada.

En general, se han dirigido muchos esfuerzos a comprender los efectos de la depresión materna en el niño, y en la construcción del vínculo madre-hijo/a. Sin embargo, los factores que subyacen a la subjetividad de la madre que padece depresión, han sido estudiados en menor medida. Mitchell (1993) introduce el término de matriz relacional, buscando integrar las vivencias internas, lo interpersonal, lo biológico y lo social, al comprender la forma en que cada uno se define y define a los otros en sus relaciones. En este sentido, si bien la depresión materna puede afectar la construcción del vínculo madre-bebé, también debemos situarla dentro

de un contexto relacional más amplio, que incluye aspectos de la matriz relacional del bebé y de la madre.

El proceso de interacción madre e hijo, constituye un proceso recíproco, donde no sólo intervienen unidireccionalmente las dificultades de la madre en la vinculación con su hijo/a. La madre como sujeto, también se ve afectada por el hijo en la interacción, y por aspectos de su propia historia vincular y del contexto que la rodea (Benjamin, 1996).

### **Intervenciones en depresión materna perinatal y vínculos tempranos**

Los antecedentes presentados han alertado a profesionales e investigadores de la salud mental sobre la necesidad de brindar alternativas de tratamiento para díadas madre-bebé con depresión, buscando aliviar los síntomas depresivos en las madres y reducir su impacto en el vínculo, el desarrollo y la salud mental infantil.

Si bien la literatura asocia depresión materna y dificultades en el apego infantil, escasas intervenciones abordan a la díada o consideran directamente la vinculación temprana y al bebé, focalizándose la mayoría sólo en la madre (Olhaberry et al., 2013). Por otro lado, las intervenciones orientadas solamente a tratar la depresión de la madre, no han demostrado generar cambios en el apego entre la madre y su bebé (Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003; Puckering, 2005); lo cual orienta sobre la importancia de intervenir directamente en el vínculo para favorecer también la salud mental infantil. Complementario a lo anterior, los estudios muestran también que el tratamiento de la depresión materna no implica necesariamente mejoras en la calidad de la interacción entre la madre-bebé (Cooper & Murray, 1995). Sin embargo, intervenir en el vínculo entre ambos, sí ha sido asociado a mejoras significativas en el ánimo (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; Gelfand, Teti, Seiner & Jameson 1996; Mulcahy, Reay, Wilkinson & Owen, 2009; Onozawa, Glover, Adams, Modi & Kumar, 2001).

Las intervenciones en depresión descritas en la literatura difieren en el momento elegido para intervenir, dirigiéndose algunas a embarazadas (Austin et al., 2008; Field et al., 2011), otras al primer año luego del postparto (Honey, Bennett & Morgan, 2002; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004) y en menor número a ambos períodos (Lara, Navarro & Navarrete, 2010). Teniendo en cuenta que la construcción del vínculo entre la madre y su bebé se inicia en la gestación y no al momento del nacimiento (Stern, 1985), resulta

relevante considerar el embarazo como el momento de inicio de las intervenciones dirigidas a madres deprimidas, incluyendo así la formación temprana del vínculo madre-bebé.

Otra diferencia importante entre las intervenciones en depresión materna, se refiere al tipo de participantes, dirigiéndose la mayoría a las madres o a las díadas y en menor medida a los padres. Los programas que incluyen a los padres reportan efectos positivos en la reducción de la depresión materna (Field et al., 2007), generando probablemente un efecto favorable en la calidad de la relación de pareja, variable que puede agravar o atenuar la sintomatología depresiva. Estudios chilenos respaldan esta idea, mostrando que una mala relación de pareja en el embarazo, actuaría como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto (Póo et al., 2008).

Las intervenciones exitosas en depresión materna focalizadas en el vínculo madre-infante, incorporan principalmente intervenciones desde un modelo psicodinámico, buscando ligar las experiencias previas de la madre, su historia y el tipo de vínculo que está construyendo con su bebé. Otras agregan visitas domiciliarias y el uso de video-feedback, así como estrategias para incrementar la función reflexiva materna (Svanberg et al., 2010).

Las intervenciones psicodinámicas contribuyen a la mejoría clínica de la depresión materna. Adicionalmente, la consejería centrada en las dificultades cotidianas de las madres con sus bebés, aparece como una metodología adecuada para mejorar la sensibilidad materna frente a las necesidades infantiles (Murray & Cooper, 1997). Las modalidades de intervención centradas sólo en el rol materno, la aceptación del bebé y técnicas de crianza reducen la sintomatología materna pero no mejoran la calidad vincular madre-bebé (Gelfand et al., 1996). Lo anterior acentúa la necesidad de incorporar la historia materna y sus repercusiones en la relación actual con el bebé, para lograr resultados positivos en los síntomas y en la calidad vincular.

### **Discusión e Implicancias Clínicas**

La depresión en mujeres constituye un trastorno de alta prevalencia en el mundo, especialmente en Chile (Araya et al., 2001). En este contexto, la depresión perinatal cobra especial relevancia debido al riesgo de nuevos episodios a lo largo de la vida, sus consecuencias en la madre y en particular, por los graves efectos

observados en los hijos de madres deprimidas (Milgrom et al., 2008; Pawlby et al., 2009), especialmente cuando el trastorno cursa durante los primeros años de vida y se prolonga en el tiempo.

Los estudios sobre tratamientos para la depresión materna no son concluyentes, reportando muchos de ellos menores resultados en intervenciones realizadas durante el embarazo (Dennis & Creedy, 2009) y mayores logros cuando las intervenciones son dirigidas hacia la díada y no sólo hacia la madre (Clark et al., 2003; Gelfand et al., 1996; Mulcahy et al., 2009; Onozawa, et al., 2001).

Considerando estos antecedentes, resulta relevante reflexionar e integrar los aspectos contextuales (pareja, familia, cultura, redes, entre otros), asociados a la depresión materna y la forma en que influyen en la vivencia subjetiva del trastorno, permitiendo profundizar en su comprensión y en la identificación de variables relevantes para la generación de cambios.

Por otro lado, autores desde el ámbito clínico plantean que las bases de las dificultades vinculares entre madres e hijos, se encontrarían en la historia vincular materna (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975; Stern, 1997; Winnicott, 1999) En este sentido existirían variables personales, necesarias de considerar que influirían en los resultados de una intervención en particular, y podrían explicar la diferencia en los resultados de intervenciones similares en distintas díadas.

Asimismo, al trabajar con díadas en un contexto clínico, el terapeuta forma parte de la matriz relacional que se pone en juego, por lo que sus propias creencias e historia se despliegan también en la relación terapeuta-paciente/díada. Esto pone de relieve la importancia del auto conocimiento en los terapeutas, especialmente en relación a su propia historia vincular.

Al respecto, resulta fundamental el logro de una comprensión integrada y circular de la depresión materna perinatal, el vínculo madre e hijo/a, la identidad materna, y los posibles lineamientos de intervención. De este modo, se deberían evitar aquellas explicaciones de carácter causal, las cuales podrían reducir la problemática, aumentar los sentimientos de culpa presentes frecuentemente en las madres, y restringir las posibilidades de intervención.

Para lograr una comprensión de mayor profundidad, es necesario considerar el contexto de las madres, atravesado por las tareas propias de la crianza, el trabajo remunerado, los cambios en su identidad, los ajustes en la vida de pareja y las demandas sociales en relación a su rol. Sumado a esto, también se hace necesario que la implementación de intervenciones psicoterapéuticas

orientadas a la relación madre e hijo/a, tome en cuenta las características de cada díada y de sus miembros. Esto puede también generar efectos positivos en la sintomatología depresiva, ya que implica la validación y el reconocimiento de las particularidades de cada participante y de los aspectos que emergen en la interacción, facilitando así el reconocimiento mutuo, el encuentro y la sintonía entre los participantes. Estos momentos de sintonía afectiva, representados en el placer compartido y expresados en la sonrisa del bebé, como respuesta a la propuesta comunicativa de la madre, junto a la aceptación de las limitaciones y los momentos de desencuentro, los definen como sujetos activos en el campo interaccional. Considerar ambas dimensiones en la madre, en el niño/a, en la relación y en su contexto global (relación de pareja, redes de apoyo, situación económica y laboral, niveles de estrés, marco cultural y valórico) podría contribuir al trabajo psicoterapéutico en torno a las representaciones y la identidad materna, la calidad vincular y el trastorno del ánimo. De este modo se reconoce la complejidad de la depresión y los distintos aspectos involucrados en su aparición, tratamiento y transmisión intergeneracional.

Resulta importante mencionar además aquellos aspectos estudiados en menor medida en depresión materna y que podrían contribuir a su comprensión, diagnóstico e intervención. En este sentido, la consideración de la calidad de la relación de la díada parental y sus niveles de conflicto al momento de evaluar los efectos de la depresión materna en el niño, resultan relevantes, especialmente considerando los efectos diferenciales según esta variable reportados en la literatura (Cumplings, 2010). Por otro lado, muchos estudios consideran la variable depresión materna pero no siempre es evaluada de igual forma ni considerada desde un criterio clínico riguroso. Muchas veces se evalúa sintomatología depresiva a través de escalas de auto reporte y los resultados son considerados del mismo modo que estudios en madres clínicamente deprimidas. Este hecho, dificulta la interpretación de los resultados y su utilidad clínica, ya que la necesidad de intervención es diferente para depresión clínica y sub clínica. Tampoco es considerada habitualmente la cronicidad de la depresión ni la co-morbilidad, por ejemplo, con trastornos de personalidad, aspecto que muchas veces explica la baja respuesta a los tratamientos psicológicos, como muestran investigaciones recientes (Newton-Howes et al., 2014).

En cuanto a los efectos de la depresión materna en los niños, si bien los estudios son numerosos y consistentes en sus resultados en relación a los perjuicios

para el desarrollo y la salud mental infantil (Frisch et al., 2007; Milgrom et al., 2008; Pawlby et al., 2009), se requieren estudios longitudinales que permitan evaluar diferencialmente los efectos en las distintas etapas del ciclo vital, para identificar períodos de mayor vulnerabilidad y aquellos en que los efectos podrían estar “dormidos” pero no ausentes.

## Conclusiones

A partir de la alta prevalencia de la depresión materna perinatal, y los efectos de ésta en la vinculación madre-bebé, en el desarrollo y salud mental infantil y en la configuración de la identidad materna, se enfatiza la relevancia de un abordaje complejo y amplio de este trastorno. Se destaca la importancia de incluir los distintos aspectos que participan en la aparición, mantención y tratamiento de éste trastorno, considerando la participación en la matriz relacional de la madre y su hijo/a en interacción. A partir de lo anterior, resulta clínicamente relevante reconocer en la intervención psicoterapéutica las diferencias y particularidades de cada díada: de la madre, del bebé y el tipo de interacción que establecen; considerándolos a ambos sujetos activos en la relación.

## Referencias

- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: Construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 38(2), 84-93. doi:10.4067/S0717-92272000000200003
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, J. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 228-233. doi:10.1192/bjp.178.3.228
- Arteaga, M. (2002). Estudio Comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento: Embarazos únicos normales, gemelares y únicos patológicos (Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, España). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5428/mam1de2.pdf;jsessionid=814021A5FC3076284C8217F7ADF6DB81.tdx1?sequence=1>
- Austin, M., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal, N., & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behavior therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 35-44. doi:10.1016/j.jad.2007.04.001
- Barlow, J., McMillan, A., Kirkpatrick, S., Ghate, D., Barnes, J., & Smith, M. (2010). Health-let interventions in the early years to enhance infant and maternal mental health: A review of reviews. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 178-185. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00570.x



- Benjamin, J. (1996). *Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., ... & Henshaw, C. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(46), s31-s37. doi:10.1192/bjp.184.46.s31
- Blöschl, L. (1998). Depressive Störungen. En U. Baumann & M. Perez (Eds.) *Lehrbuch Klinische Psychologie* (pp. 869-881). Bern: Huber
- Bolton, H., Hughes, P., Turton, P. & Sedgwick, P. (1998). Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(4), 202-209. doi:10.3109/01674829809025698
- Bowlby, J., (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Boyd, R., Zayas, L. & Mc Kee, M. (2006). Mother-infant interaction, life events, and prenatal and postpartum depressive symptoms among minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139-148. doi:10.1007/s10995-005-0042-2
- Bowen, A. & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetrics & Gynecology Neonatal Nursing*, 35(4), 491-498. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00064.x
- Carro, M., Grant, K., Gotlib, I. & Compas, B. (1993). Postpartum depression and child development- an investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 567-579. doi:10.1177/0042085906287902
- Castañón, C. & Pinto, J. (2008). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista Médica Chile*, 136(7), 851-858. doi:10.4067/S0034-98872008000700005
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Gedisa.
- Clark, R., Tluczek, A. & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454. doi:10.1037/0002-9432.73.4.441
- Cohn, J., Matias, R., Tronick, E., Connell, D. & Lyons-Ruth, K. (1986). Face to face interaction of depressed mother and their infants. *New Direction for Child and Adolescent Development*, 34, 31-45. doi:10.1002/cd.23219863405
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concepts. *British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191-195. doi:10.1192/bjp.166.2.191
- Cummings, E. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York: Guilford Press.
- Dennis, C. & Creedy D. (2009). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-72. doi:10.1002/14651858.CD006116.pub2
- Dietz, L., Jennings, K., Kelley, S. & Marshal, M. (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddler's behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 48-61. doi:10.1080/15374410802575362
- DiCarlo, C., Onwujuba, Ch. & Baumgartner, J. (2013). Infant Communicative Behavior and Maternal Responsiveness. *Child & Youth Care Forum*, 43(2), 195-209. doi:10.1007/s10566-013-9233-y
- Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. & Gonzalez-Quintero, V. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85(1), 65-70. doi:10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002
- Emory, E. & Dieter, J. (2006). Maternal depression and psychotropic medication effects on the human fetus. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 287-291. doi:10.1196/annals.1376.036
- English, D. (1998). The extent and consequences of child maltreatment. *The Future of Children*, 8(1), 39-53. doi:10.2307/1602627
- Escribe-Aguir, V., Gonzalez-Galarzo, M., Barona-Vilar, C., & Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: Are these gender differences? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(5), 410-414. doi:10.1136/jech.2007.063016
- Faisal-Cury, A. & Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Womens Mental Health*, 10(1), 25-32. doi:10.1007/s00737-006-0164-6
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on development. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1-14. doi:10.1016/j.infbeh.2010.09.008
- Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O. & Ascencio, A. (2007). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents, and improves their relationships. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(2), 146-150. doi:10.1016/j.jbmt.2007.06.003
- Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Medina, L., Delgado, J. & Hernández, A. (2011). Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of Bodywork y Movement Therapy*, 16(2), 204-209. doi:10.1016/j.jbmt.2011.08.002
- Fivaz-Depeursinge, E. & Favez, N. (2006). Exploring Triangulation in Infancy: Two Contrasted Cases. *Family Process*, 45(1), 3-18. doi:10.1111/j.1545-5300.2006.00077.x
- Fortner, R., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. & Chasen-Taber L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among Hispanic women. *Maternal and Child Health Journal*, 15(8), 1287-1295. doi:10.1007/s10995-010-0673-9
- Fraiberg S, Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghost in the Nursery; a psychoanalytic approach to the problems of the impaired infant-mother relationship. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Fritsch, R., Montt, M., Solís, J., Pilowsky, D. & Rojas, G. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 602-612. doi:10.4067/S0034-98872007000500008
- Gelfand, D., Teti, D., Seiner, S. & Jameson, P. (1996). Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(4), 406-422. doi:10.1207/s15374424jccp2504\_6
- Gausia, K., Fisher, C., Ali, M. & Oosthuizen, J. (2009). Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study. *Archives of Womens Mental Health*, 12(5), 351-358. doi:10.1007/s00737-009-0080-7
- Gere, M., Hagen, K., Villabo, M., Arnberg, K., Neumer, S. & Torgensen, S. (2013). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31-38. doi:10.1002/da.22010
- Goodman, S., Tully, E., Connell, A., Hartman, C. & Huh, M. (2011). Measuring Children's Perceptions of Their Mother's Depression: The Children's Perceptions of Other's Depression Scale-Mother Version. *American Psychological Association*, 25(2), 163-173. doi:10.1037/a0023082
- Halbreich, U. & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 97-111. doi:10.1016/j.jad.2005.12.051
- Hobbs, D. & Cole, S. (1976). Transition to Parenthood: A Decade Replication. *Journal of Marriage and Family*, 38(4), 723-731. doi:10.2307/350691

- Honey, K., Bennett, P. & Morgan, M. (2002). A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 405-409. doi:10.1348/014466502760387515
- Hwa-Froelich, D., Loveland-Cook, C. & Flick, L. (2008). Maternal Sensitivity and Communication Styles. Mother with Depression. *Journal of Early Intervention*, 31(1), 44-66. doi:10.1177/1053815108324754
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(4), 269-278. doi:10.4067/S0717-92272010000500003
- Lara, M., Navarro, C. & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 109-117. doi:10.1016/j.jad.2009.06.024
- Latorre, J., Contreras, L. & García, S. (2006). La depresión postparto en madres adolescentes en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(3), 156-162. Recuperado de [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342006000300003](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000300003)
- Leahy-Warren, P. & McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: Prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 91-100. doi:10.1016/j.apnu.2006.10.006
- Martins, C. & Gaffan, E. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737-746. doi:10.1111/1469-7610.00661
- Matthey, S., Kavanagh, D., Howie, P., Barnett, B. & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-2), 113-126. doi:10.1016/S0165-0327(02)00362-2
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(7), 660-669. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x
- MINSAL. (2013). Guía Clínica AUGÉ: Depresión en personas de 15 años y más. Series Guías Clínicas. Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile.
- Mulcahy, R., Reay, R., Wilkinson, R. & Owen, C. (2009). A randomized control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 125-139. doi:10.1007/s00737-009-0101-6
- Mezulis, A., Hyde, J. & Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18(4), 575-588. doi:10.1037/0893-3200.18.4.575
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 147-157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: Una integración*. México: Siglo XXI.
- Morales, C., Díaz, F., Espíndola, H., Henales, A., Meza, R., Mota, G. & Pimentel, N. (2004). Concepto de salud psicológica. In Universidad Iberoamericana (Ed) *Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas*, pp. 49-61. México: El Manual Moderno.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F. & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(2), 109-119. doi:10.1111/j.1469-8749.1996.tb12082.x
- Murray, L., & Cooper, P. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and development. En Murray, L. & Cooper, P. (Eds.), *Postpartum Depression and Child Development* (pp. 201-220). London: The Guilford Press.
- Murray, L., Cooper, P., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182(5), 420-427. doi:10.1192/bjp.182.5.420
- Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, M., Dinwiddie, S., Bucholz, K., ... & Martin, N. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J. & Schoevers (2014). Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), 577-593. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_070
- Ogden, T.H. (2004). The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *The Psychoanalytic quarterly Journal Impact Factor & Information*, 73(1), 167-195. doi:10.1002/j.2167-4086.2004.tb00156.x
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, Ch., Rojas, G. y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 31(2), 249-261. doi:10.4067/S0718-48082013000200011
- Olhaberry, M., Zapata, J., Escobar, M. Mena, C. Farkas, Ch., Santelices, M.P. & Krause, M. (2014). Antenatal depression and its relationship with problem-solving strategies, childhood abuse, social support, and attachment styles in a low-income Chilean sample. *Mental Health & Prevention*, 2(3-4), 86-97. doi:10.1016/j.mhp.2014.09.001
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N. & Kumar, R. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 201-207. doi:10.1016/S0165-0327(00)00198-1
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affect Disorders*, 65, 9 -17. doi:10.1016/S0165-0327(00)00265-2
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47. doi:10.1176/appi.ajp.159.1.43
- Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C., & O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 236-243. doi:10.1016/j.jad.2008.05.018
- Póo, A., Espejo, C., Godoy, C., Gualda, M., Hernández, T., & Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, 136(1), 44-52. doi:10.4067/S0034-98872008000100006
- Puckering, C. (2005). Main the gap! Helping the children of mothers with postnatal depression. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 7-9. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00445.x
- Quezada, V. & Santelices, M., (2010). Apego y Psicopatología maternal: Relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342010000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100005)

- Rojas, G., Frisch, R., Solis, J., Jadresic, E., Castillo, C., González, M., Guajardo, V., Lewis, G., Peters, T., & Araya, R. (2007). Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 370(9599), 1629-1637. doi:10.1016/S0140-6736(07)61685-7
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. & Loiselle, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 85(4), 583-589. doi:10.1016/0029-7844(94)00449-N
- Senturk, V., Abas, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 11, 1-10. doi:10.1186/1471-244X-11-48
- SERNAM (2002). Salud mental en el gran Santiago. Santiago de Chile, SERNAM.
- Siegel, D. & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out*. New York: Jeremy P. Teacher.
- Spoozak, L., Gotman, N., Smith, M. V., Belanger, K., & Yonkers, K. (2009). Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 216-223. doi:10.1016/j.jad.2008.07.015
- Stein, A., Gath, D., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. (1991). The Relationship between Post-natal Depression and Mother-Child Interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158(1), 46-52. doi: 10.1192/bjp.158.1.46
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Stolorow, R. (1994). The Intersubjective context of intrapsychic experience. En R. Stolorow, B. Brandchaft & G. Atwood (Eds.), *The Intersubjective Perspective* (pp. 3-14). Maryland: Rowman & Littlefield Publisher.
- Svanberg, P., Mennet, L. & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 363-378. doi:10.1177/1359104510367584
- Taskin, E. & Okman, G. (2003). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant mental health journal*, 25(1), 16-27. doi:10.1002/imhj.10082
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of infant communication. En U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of knowledge* (pp. 121-173). New York: Cambridge University Press.
- Weiss, E., Longhurst, J., & Mazure, C. (1999). Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 816-828. doi:10.1176/ajp.156.6.816
- Winnicott, D. (1999). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- World Federation of Mental Health. (2012). Depresión: Una crisis global. Recuperado de [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012\\_wmhday\\_spanish.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf)