

Una aproximación a la depresión perinatal. Guía para la Entrevista Psicodinámica de los Estados Depresivos en el periodo perinatal, con base en el Modelo Modular Transformacional de Hugo Bleichmar¹

*Dra. Teresa Lartigue Becerra²
Asociación Psicoanalítica Mexicana A. C.*

Introducción

La depresión clínica (o trastorno depresivo, trastorno afectivo, estados depresivos o formando parte del conjunto melancólico-depresivo) es uno de los padecimientos más frecuentes en la consulta psicoanalítica en virtud del profundo sufrimiento psíquico que conlleva; se ubica dentro de las “patologías de género” debido a que la padecen en mayor proporción las mujeres (dos a uno) que los hombres (APA, 2002). El dolor es inenarrable, se siente y percibe la penumbra, oscuridad, el sentirse arrastrado o atraído a un “hoyo negro”, al abismo sin fin de la pulsión de muerte (Vives, 2013).

1 Este escrito forma parte del informe final de la investigación sobre *Depresión materna...* (Lartigue *et al.*, 1997) realizada con el apoyo económico del CONACYT, el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes”, el Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) y la Asociación Psicoanalítica Mexicana, en la intersección de dos disciplinas, el psicoanálisis y los estudios de género (Alizade, 2004). Mi profunda gratitud a todo el equipo de investigación por su invaluable colaboración, de manera particular a los doctores Rosa Ma. Macías, Patricia Dávila, Martín Maldonado Durán, Leticia Solís Pontón y Ma. Isabel Rodríguez. También mi agradecimiento a mi maestra, la Dra. Florinda Riquer cuyo Curso/Taller sobre “Relaciones de Género” impartido en 1992 dentro del Programa de Investigación Institucional en este campo del conocimiento en la Universidad Iberoamericana, me permitió integrar y tener una doble mirada y escucha sobre el sufrimiento psíquico que aqueja a nuestros pacientes –mujeres y hombres- y colaborar activamente desde el año 2001 dentro del Comité de Mujeres y Psicoanálisis (COWAP) de la IPA a partir del II Diálogo Latinoamericano celebrado en Monterrey, NL (Lartigue, 2004).

2 Psicoanalista didáctica y vitalicia con especialidad en niños y adolescentes, Asociación Psicoanalítica Mexicana, *IPA College Research Fellows* (a partir de 1999) Presidente de la APM (2002-2004), Directora del Instituto de Psicoanálisis (2004-2006), Co-Chair para América Latina de COWAP/IPA (2005-2009) y editora permanente de *Cuadernos de Psicoanálisis*.

Cabe recordar que Freud en *Duelo y Melancolía*, concibe al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1915/17, p. 241). Sin embargo, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, una melancolía que se caracteriza por: “una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja del sentimiento de sí mismo (de pérdida de autoestima), que se exterioriza en auto-reproches y auto-denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (*Ibidem*, p. 241). En la melancolía, además, la pérdida de objeto está sustraída de la conciencia; el yo se empobrece (la pérdida de objeto se mudó en una pérdida del yo y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación) y el cuadro de “delirio de insignificancia” (o de sentimientos de inferioridad, de minusvalía) -predominantemente moral- “se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida” (p.244). La pérdida del objeto de amor ilustra con claridad la ambivalencia de dichos vínculos; la investidura de amor del melancólico en relación a su objeto ha experimentado un destino doble: “en una parte ha regresado a la identificación, pero en otra parte, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo más próxima a ese conflicto”; de ahí la inclinación al suicidio (249).

En *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Freud (1925) distingue la ansiedad de la depresión, enfatizando la peculiar sensación de dolor en esta última. La noción de dolor está referida tanto a la pérdida de objeto como a una injuria o herida al cuerpo³, de la que resulta un estado mental similar al desamparo; esta reacción también ocurre con la fantasía de la pérdida de objeto o de injuria corporal. Asimismo, en este trabajo habla de una carga de anhelo por el objeto perdido que no se puede satisfacer.

Hugo Bleichmar, por su parte propone un Modelo Modular Transformacional para comprender la psicopatología; se basa principalmente en los conceptos del pensamiento complejo de Morin, de modularidad de Chomsky y de Rousillon respecto de que el aparato psíquico “es un conjunto de procesos de *transformación* (en la línea de Bion) de datos, de

3 Cuerpo en psicoanálisis es un concepto referido a un cuerpo subjetivo, es decir a una representación del cuerpo generada en la encrucijada de la dinámica del deseo inconsciente y el entramado social y cultural.

información, de energías venidas tanto de afuera como adentro, de lo actual como del pasado” (Bleichmar, 1997, p. 25, cursivas del autor). Asimismo, Stern y Lichtenberg en relación a que el funcionamiento psíquico está articulado por diversos sistemas motivaciones que pueden tener una relación de complementariedad/integración o de oposición/conflicto. La psicopatología es:

“el resultado de la articulación de *procesos*, del *encadenamiento de secuencias*, del encuentro de componentes, cada uno con su *historia generativa* y sobre todo de las *transformaciones* de estos componentes en el proceso de articulación, de retroacción de unos sobre otros y de la creación de propiedades emergentes en que la articulación origina algo que no estaba previamente en ninguno de los modelos componentes” (*ibid*, p.30⁴).

Respecto de los estados depresivos en particular. Bleichmar postuló que los elementos que conforman el estado depresivo (en tanto condiciones necesarias que definen su estructura, esto es el núcleo central de la depresión) son:

1. La persistencia del deseo por un objeto construido psíquicamente como perdido, deseo que ocupa un lugar central en la economía libidinal, que no puede ser compensado o reemplazado por otros deseos.

2. Un sentimiento de impotencia para la realización de ese deseo, acompañado de desesperanza que se extiende al futuro.

3. Una cualidad específica del displacer, un sentimiento doloroso que el lenguaje trata de captar bajo los términos de tristeza, pena, etc. Ese sentimiento, ese dolor psíquico (estado de ánimo que impregna y domina a la persona) de que un deseo fundamental resulte irrealizable, constituye el núcleo común de todas las depresiones.

4. Abulia e inhibición psicomotriz, esta última resultado de que el psiquismo no es impulsado a la actividad; puede ocurrir también en lugar de la inhibición se presente un estado de hiperexcitación.

5. Procesos defensivos. Frente al estado depresivo doloroso se ponen en acción diversos procesos defensivos que son ya una reacción ante el mismo; constituyen intentos de salir del sufrimiento. Entre los principales encontramos de acuerdo con Bleichmar (1997, p. 38-41):

a) Rabia coercitiva como intento de recuperar al objeto.

b) Esfuerzos restitutivos para intentar rehacer lo sucedido mediante la fantasía.

4 Ver también al respecto Bleichmar (1999 y 2000).

c) Apelación al llanto como llamada de auxilio a las personas del entorno.

d) Auto-reproches defensivos, verdaderos autocastigos para aliviar los sentimientos de culpa y recuperar el amor del superyó.

e) Pueden surgir otras defensas para salir del estado depresivo, que a su vez tienen su propia historia generativa, separable de las condiciones que produjeron el estado depresivo pero con las cuales se articulan. Por ejemplo, si para un sujeto la satisfacción oral devino en una forma privilegiada para escapar de la angustia, la bulimia o la anorexia pueden ser los síntomas que se desencadenen. O bien, si la tendencia es a la fuga, a la creación de estados mentales en los que el pensar y sentir displacer son evitados, la defensa privilegiada puede ser la adicción a las drogas tranquilizantes. Pero si la persona ha usado la hiperexcitación como experiencia de satisfacción, el camino serán las drogas estimulantes o experiencias que revistan ese carácter -hipersexcitación, conductas psicopáticas, ludopatía.

f) El afecto depresivo pasó a segundo plano y es reemplazado por la ansiedad resultante del sentimiento de hallarse en peligro, por aquello que podría sobrevenir al sujeto por la pérdida de un objeto sentido como protector. O bien, por la pérdida de la confianza en la capacidad del sujeto para enfrentar distintos tipos de peligros. Cabe señalar que algunos cuadros depresivos clínicos tienen la ansiedad como uno de sus componentes centrales, o muestran una fobia generalizada en que todo causa temor, o existen preocupaciones hipocondríacas. Esto último debido a que el sentimiento de impotencia termina impregnando toda la representación del sujeto, incluido su sentimiento de potencia para enfrentar la realidad y los peligros que imaginariamente pueden venir del cuerpo. La representación del sujeto como incapaz, inferior, débil crea las condiciones para que todo resulte amenazante. En estos casos, la inhibición del estado depresivo es reemplazada por la agitación y la hipervigilancia originadas en la expectativa frente al peligro.

g) Si el sufrimiento se prolonga, y los mecanismos reconstitutivos no alcanzan al recuperar al objeto o a generar la ilusión de que se realizará el deseo, la última línea defensiva del psiquismo consiste en erigir defensas dirigidas en contra del funcionamiento mental mismo, en contra del funcionamiento global. Se trata de personas que parecen muertos vivos, los llamados Zombis. En ellos no existe manifestación alguna de tristeza, o ansiedad; han desinvertido libidinalmente lo que va transcurriendo por su mente, de modo que los pensamientos que van circulando pierden su significación

afectiva. Se les diagnostica con depresión crónica, sin embargo, se trata de una situación especial, de un estado postdepresivo en que el psiquismo, guiado por el principio del placer con el fin de abolir el sufrimiento, termina apagando el deseo y la afectividad. La defensa no se erige en contra de un deseo particular, sino en contra de la función deseante en sí misma y de la catetización de cada pensamiento. Para esta modalidad Bleichmar (1997) propuso la denominación de decatectización libidinal del pensamiento (distinta del ataque del pensamiento en el que existe una intencionalidad agresiva inconsciente).

Por otra parte, gracias a la articulación de diversos componentes, del encadenamiento de procesos diversos y de sucesivas transformaciones, es que se llega al estado depresivo. Las diferentes vías o caminos de entrada a la depresión son siete según Bleichmar (1997, p.43-63): una realidad externa traumática –siempre significada por la fantasía⁵, la agresividad, los sentimientos de culpa, los trastornos narcisistas, las angustias persecutorias, la identificación, así como los déficits yoicos, el conflicto y la simbiosis.

Depresión en la gestación

Es importar destacar que “el primer parto constituye la mayor conmoción que el organismo femenino puede experimentar; conmoción después de la cual suele producir la mujer todos aquellos síntomas neuróticos a los que se halla predispuesta” (Freud, 1892-93, p.26). Síntomas que suelen producirse desde el embarazo (G. Bibring 1959, 1961). Esta autora concibe al embarazo, al igual que a la menarca y la menopausia como crisis del desarrollo en virtud de la profunda interrelación de los cambios fisiológicos y emocionales⁶ que ocurren en esos tres periodos del ciclo vital de las mujeres. Cabe destacar que en la gestación se da una cuádruple regresión –principalmente en la primera- en la libido que de predominantemente objetal, se torna narcisista; la regresión en las relaciones objetales, la regresión en el yo y la regresión en la estructura superyoica (ver al respecto la revisión de Vives y Lartigue, 2003). Señala Bibring que si la mujer resuelve con

5 Bleichmar en esta formulación combina dos de los siete modelos que postuló Freud para explicar la psicopatología (según Koltenuk, 1997): el primero corresponde a la teoría traumática y el segundo al predominio de la fantasía; cabe señalar que Freud nunca abandonó ninguno de estos modelos, sino que los integró a lo largo de su obra, principalmente en el séptimo descrito en su artículo sobre *Moisés y la religión monoteísta* (Freud, 1939).

6 Ver artículo de Maldonado-Durán et al. (2008a) respecto de los cambios en el embarazo normal.

éxito esta crisis del desarrollo accederá a un nuevo nivel de maduración y enfrentará con éxito las funciones maternas y/o adquirirá las competencias parentales. Vives señala que en el caso del embarazo en la adolescencia, donde se conjugan dos crisis del desarrollo, se advierte con mayor claridad en algunas adolescentes, que al no resolver dichas crisis, se quedan fijadas o detenidos en este periodo, comportándose como “eternas adolescentes”, o en casos aún más graves, se regresan al periodo infantil, estructurando un trastorno de personalidad infantil o de dependencia; lo mismo puede ocurrir en mujeres adultas (en Vives y Lartigue, 2001).

Tal y como advirtiera Freud y diversos psicoanalistas, en la gestación y el periodo perinatal algunas mujeres desarrollan trastornos mentales entre los que destacan las complicaciones psiquiátricas con base orgánica que se observan en este periodo, analizadas por Brockington (2008a): estados infecciosos que pueden causar *delirium* y las características clínicas de otras alteraciones orgánicas que pueden cursar con psicosis, como los accidentes cerebrovasculares, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, la supresión de etanol, la hiperamonemia, la corea de Sydenham, la *corea gravidarum*, la epilepsia, la intoxicación hídrica y el hipopituitarismo⁷. Asimismo, explica los problemas de conducta adicionales de la salud perinatal como son el alcoholismo, adicciones, trastornos de la alimentación y pérdidas perinatales (Brockington, 2008c). Destacan también en esta etapa las dificultades psicósomáticas como son: hiperemesis gravídica, ptialismo, pica, seudociesis, al igual que la negación del embarazo y un excesivo número de quejas somáticas que hacen pensar en un trastorno hipocondríaco (Maldonado-Durán *et al.*, 2008b). De igual manera los trastornos de ansiedad, entre los que se encuentran el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático (Maldonado Durán y Lartigue, 2008). Cabe hacer notar los efectos de los traumas experimentados en la infancia y o/ adolescencia en la aparición de mecanismos disociativos en la gestación y el periodo postparto al igual que la reversión de roles, idealización de la maternidad, así como el “asustarse o asustar” al bebé, junto con la proyección negativa hacia el hijo o hija (Maldonado Durán *et al.*, 2013). Por último, es importante señalar que la enfermedad más frecuente es la depresión (Lartigue, 2004b, Lartigue *et al.*, 2008).

7 Brockington (2008b) describe también la psicopatología del parto y Maldonado-Durán *et al.* (2008c) la psicosis puerperal no orgánica que es más frecuente entre las mujeres primíparas y aquellas con un trastorno bipolar.

Investigación sobre la depresión materna y sus efectos en las interacciones madre-hijo

Después de haber concluido la investigación sobre “ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo” (Lartigue *et al.*, 2000a)⁸, al igual que la relativa a los “Factores de riesgo de la patología *borderline* en mujeres embarazadas. Efectos en el recién nacido y en las interacciones afectivas madre-infante” (Lartigue *et al.*, 2000b)⁹ y de advertir la alta prevalencia de trastornos depresivos en el embarazo (dos o tres gestantes por cada diez) en la consulta externa de un hospital no especializado en trastornos mentales¹⁰, se decidió diseñar una nueva investigación sobre este padecimiento en este periodo crítico del ciclo vital. Lo anterior no sólo por el dolor que ocasiona a la mujer, sino también por las importantes repercusiones en el desarrollo psíquico del hijo o hija, en la relación de pareja, así como en la familia en su conjunto (Heinze y Camacho, 2010). El síndrome de la madre muerta descrito por Andre Green (1980) con todas sus implicaciones y consecuencias.

El objetivo general fue el de construir un sistema de clasificación diagnóstica multiaxial interdisciplinario de la depresión pre y postparto, con base en los siguientes ejes (recomendados por John Clarkin). Eje I: Depresión actual y pasada, Eje II: Adversidad en la infancia y adolescencia, Eje III: Estructura de personalidad/Trastornos y personalidad, resiliencia, calidad de las relaciones de objeto, Eje IV: Salud en las relaciones con la pareja y el Eje V: Recursos externos, pobreza y apoyo social. Uno de los objetivos particulares fue el identificar los factores de riesgo (vías de entrada) que contribuyen a la génesis y mantenimiento de la depresión durante el embarazo y el postparto, así como diseñar una Guía de Práctica Clínica para la Detección de la Depresión en el Periodo Perinatal dirigida a profesionales de la salud del primer nivel de atención.

Se aplicó una amplia batería de pruebas psicométricas, así como una serie de entrevistas en profundidad para determinar el diagnóstico psiquiátrico

8 El número dos del volumen 18 de la *Revista Perinatología y Reproducción Humana* da cuenta de algunos de los resultados de esta investigación, ver también Vives y Lartigue (2013).

9 Ver por ejemplo Cordova *et al.* (2008), e Hinojosa (2005).

10 Como es el caso del Instituto Nacional de Perinatología (dedicado a la atención de embarazos de alto riesgo en mujeres sin seguridad social, en condiciones de vulnerabilidad psicosocial).

(conforme a los criterios del DSM-IV-TR) a 158 gestantes que de manera libre e informada (consentimiento informado por escrito), aceptaron participar en la investigación. Se conformó una primera cohorte, que fue de 53 gestantes con un trastorno del estado de ánimo (Eje I del DSM-IV-TR: episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor o trastorno distímico o trastorno depresivo no especificado o trastorno depresivo por enfermedad orgánica) y sin trastornos de personalidad en el Eje II del DSM-IV-TR (Grupo de casos A). Una segunda cohorte conformada por 52 embarazadas con los mismos diagnósticos en el EJE I, y además con algún trastorno de personalidad en el EJE II del DSM-IV-TR (Grupo de casos B). La tercera cohorte se conformó con 53 mujeres sin evidencia de trastornos mentales en los EJES I y II (Grupo control). La metodología se encuentra ampliamente descrita en el artículo de Lartigue *et al.* (2007).

Se diseñó específicamente para esta investigación la Guía de la Entrevista Psicodinámica de los Estados Depresivos (GEPED), basada en el Modelo Modular Transformacional (MMT) de Bleichmar (1997) la cual es una entrevista semi-estructurada, con 10 preguntas (Lartigue, 2005, 2006), la cual fue aplicada exclusivamente a las embarazadas¹¹ que presentaban un trastorno depresivo, acompañadas o no de un trastorno de personalidad. Las preguntas son las siguientes.

1. Después de establecer el *rapport*, se le pide a la paciente¹²: Cuénteme todo lo que le ocurre y siente respecto de sus molestias o malestares o síntomas; sus sensaciones, pensamientos, fantasías, temores, angustias¹³.

2. ¿Desde cuándo empezó a sentirse así?

3. ¿Cuál piensa usted que sea la causa o las razones de su padecimiento? ¿A qué se debería? (si menciona una pérdida, preguntar sobre el tipo de pérdida; si no hace alguna especificación, preguntar tal cual la siguiente).

4. ¿Experimentó algún tipo de pérdida (real o imaginaria)? Por ejemplo, la muerte, o separación de un ser querido, pelea o pleito muy fuerte con su pareja o familia, una enfermedad física suya o de un familiar, cambio de ciudad o de lugar de residencia, pérdida de empleo de usted o de su pareja, etc. (Pueden ser varias las pérdidas).

5. ¿Hace cuánto tiempo ocurrió eso?

11 A Algunas mujeres se les aplicó hasta el postparto por la dificultad de traslado al INPer.

12 La GEPED Fue elaborada principalmente para mujeres que padecen depresión durante la gestación o en el periodo postparto.

13 Esta pregunta se puede contrastar con los síntomas reportados en las pruebas psicológicas, si se emplearon.

6. ¿Qué sentimientos, fantasías, emociones, pensamientos surgieron en usted frente a esa situación? Ha soñado con (la persona o con su tierra natal, etc. según el tipo de pérdida que haya mencionado).

7. ¿Qué ha hecho para enfrentar esta situación? ¿Qué ha intentado hacer, cómo lo ha manejado? ¿Ha buscado apoyo, ayuda de alguien en particular?

8. ¿En qué momento se dio cuenta que todo estaba perdido, o cuándo tomó conciencia de que la pérdida era irreparable, o que no había manera de regresar el tiempo o dar marcha atrás? (tratar de indagar cuándo y cómo se construyó psíquicamente el objeto como perdido y si existe una carga de anhelo por el objeto que no se puede satisfacer o alcanzar)¹⁴.

9. ¿Algún médico u otro profesional le habían mencionado antes que usted padece de una depresión? Si, No, o ¿algún familiar o amigo? Platíqueme qué le dijo o qué le dijeron.

10. ¿El embarazo (o el nacimiento de su hijo/hija) ha mejorado su estado de ánimo, o lo ha agravado aún más?

Clave psicodinámica para el entrevistador/a. Se trata en esta segunda parte, de codificar el material aportado por la paciente. Ya no es un cuestionario para la mujer, sino una indicación para el entrevistador/a de cómo codificar la pérdida, justamente para construir la clave psicodinámica e ir más allá del diagnóstico psiquiátrico. Sería muy conveniente diseñar otras preguntas que facilitasen la codificación que hará el entrevistador. A continuación se menciona un ejemplo de preguntas posibles para la paciente (podrían ser más o menos elaboradas como las formuladas por el doctor Bleichmar¹⁵): “Cuándo rompió con, se murió..., etc. se sintió asustada, o como vacía, como notando una ausencia, como sola, como que ya no tenía a alguien que le brindaba seguridad, qué la hacía sentir viva, valiosa...”

1. ¿Qué tipo de *objeto* se perdió, uno de posesión narcisista o de actividad narcisista?

2. ¿Qué tipo de *deseo o deseos y/o funciones* satisfacía ese objeto perdido?

Este objeto era central en la economía libidinal de la paciente por¹⁶ a) satisfacción pulsional, sensual, sexual y de disminución del nivel de tensión

14 Explorar como se manifiesta el estado afectivo en el discurso; esto es, cómo se expresa lo ideativo y cómo el sentimiento doloroso, asimismo las palabras o términos que usa para describir tanto los pensamientos como los sentimientos.

15 Comunicación electrónica, febrero 2005

16 Estos incisos corresponden con la activación o reactivación de los cinco sistemas motivacionales propuestos por Bleichmar (1997) y Dio Bleichmar (2005).

física y mental (sistema motivacional de la sensualidad/sexualidad); b) deseos de apego, contacto físico, compartir estados mentales (intimidad), de fusión; brindaba seguridad, protección, cuidado (sistema motivacional del apego y de cuidados del adulto; c) narcisista, reconocimiento y valoración, el otro convalida el exhibicionismo grandioso, fusión objeto idealizado, triunfo edípico, formas más patológicas de sufrimiento narcisista; (sistema motivacional del narcisismo). d) deseos relacionados con el bienestar del objeto, altruismo; e) regulación psicobiológica, de buscar el placer y evitar el dolor; llenaba una función transformacional o vitalizante; la relación con éste producía una modificación en el estado afectivo de la paciente (sistema motivacional de la regulación emocional). f) O bien, el objeto contribuía a *la creación y sostenimiento de la cohesión del self*. Si el objeto era el que organizaba el tiempo y los proyectos de la paciente, le daba coherencia no sólo a su identidad, sino también a su actividad mental, de que su psiquismo está funcionando armónicamente, sin desorganización o desintegración (sistema motivacional de cuidado o heteroconservación, en el que se podrían incluir también deseos relacionado con el bienestar del objeto).

3 ¿El deseo de recuperar a ese objeto o esa condición previa es irrealizable? Si, no, ¿Por qué?

4 ¿La paciente ha sufrido algunas otras pérdidas?

5 ¿Expresó de manera explícita sentimientos de desesperanza para alcanzar su deseo?

6 ¿Existe en su discurso alguna evidencia de que se representa a sí misma como impotente, incapaz?

7 ¿Se desactivaron los movimientos que tienden hacia el objeto, por lo que están presentes la inhibición y abulia?

8 ¿Expresa sentimientos de tristeza, pena, aflicción? (Registrar los adjetivos o palabras de la paciente textuales).

9 ¿Se encuentran presentes los elementos centrales de la depresión? Si, no, no datos.

10 ¿Existía predisposición a la depresión? Por ejemplo, vulnerabilidad biológica, psicológica o social, antecedentes de pérdidas en la infancia y/o adolescencia.

11 ¿Qué procesos defensivos se pusieron en acción, qué empleó la paciente como reacción al estado afectivo doloroso? (Complementa la pregunta siete de la GEPED, primero se exploró en sus palabras y después tratar de aclarar si lo que ella hizo para enfrentar la situación, en cuáles

rubros se encuentra: rabia, restitución, llanto, auto-reproches y culpa).

12 ¿Se presentaron otras defensas, además de alguna o algunas de las anteriores? Dependen de la historia generativa de sus estructuras defensivas en las distintas fases del desarrollo.

13 ¿Existe comorbilidad con algún otro trastorno?

14 ¿Se advierte un sufrimiento prolongado en la paciente? Cuando los mecanismos restitutivos no lograron recuperar al objeto, se desactiva el mecanismo y surge la *depresión crónica*. ¿La paciente tiene la sensación de ser un zombi, una persona muerta-viva, ha abolido el pensar y el sentir, lo transmite?

15 El sentimiento de impotencia para realizar un deseo ¿se captó desde un código narcisista como testimonio *de inferioridad*, de incapacidad, de debilidad, de ser menos?

16 ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? Si sí ¿cómo? ¿Cuántas veces? ¿En qué circunstancias?

17 ¿Cuál de los subtipos de depresión enunciados por Bleichmar (2003) presenta? (se combina después esta pregunta con los subtipos de Blatt, 2004).

18 ¿Cuáles fueron los caminos o vías de entrada al estado depresivo?¹⁷ Se podría preguntar de la manera siguiente: a continuación le voy a mencionar diversas situaciones o condiciones que propiciaron que usted se encuentre deprimida, le pido que me diga cuál o cuáles se aplican mejor en su caso.

18.1 *Realidad externa traumática*¹⁸.

a) ¿Ha estado sometida por tiempo prolongado a personas patológicas, malas, crueles (sádicas), muy autoritarias, tiranas¹⁹?

b) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad seria e invalidante?

c) ¿Ha experimentado situaciones en que se sintió desarraigada con los cambios de trabajo, del lugar donde vivía?

17 Articulación de componentes por el encadenamiento de procesos diversos y de sucesivas transformaciones, movimiento bidireccional, ver Bleichmar 1997, páginas de la 43 a la 66.

18 El acontecimiento vivido adquiere siempre su significación merced a la fantasía desde el cual se capta y a su vez a la fantasía contribuyen los discursos parentales conscientes e inconscientes y las fantasías inconscientes de los padres. Se trata de un discurso de ida y vuelta, la realidad exterior es mediatizada por las interacciones, existiendo situaciones que resultan apabullantes, jugando un papel central para la creación del sentimiento de desesperanza e impotencia.

19 Tener conciencia de que se puede haber instalado un objeto interno abusivo que torture a la paciente cuando deja de cumplir las expectativas de los padres, aún cuando ellos estén muertos (Gabbard, 2003).

d) ¿Ha padecido alguna forma de dolor físico o de sufrimiento mental o psíquico, de dolor físico o psíquico por abuso en la infancia o adolescencia?

e) ¿Ha sufrido cuando era pequeña alguna situación de separación, o de abandono o de muerte que fuese importante para usted?

f) ¿Ha padecido de descuido hostil o condiciones de abandono, negligencia, indiferencia?

g) Por ser mujer ¿ha sido usted tratada de manera diferente en comparación con sus hermanos varones para ir a la escuela o seguir estudiando, o recibir menos servicios de salud, o de alimento, o ha tenido que trabajar? (*violencia de género*)²⁰.

18.2 *Agresividad y depresión* (distinguir entre representación y actuación); a) por desgaste o deterioro del objeto externo en tanto valorizado, donde la agresividad destruye al objeto. b) Agresividad actuada contra el objeto real, que es un paso más adelante que lo anterior que era sólo en la fantasía, en la representación, aquí interviene ya la interacción en el mundo real. c) Agresividad dirigida en contra del propio sujeto (*masoquismo*); cabe recordar que la persona siempre está en relación consigo misma, así como con figuras externas, ver si la actitud básica es de amor, aceptación o bien de hostilidad.

18.3 *Culpa y depresión*; los sentimientos de culpa se sostienen por una estructura de la fantasía en la que se disciplinan los siguientes componentes: en primer lugar una doble identidad que el sujeto atribuye al otro y a sí mismo; en segundo lugar el sujeto se representa como infractor de ciertos mandatos superyoicos, por ejemplo -no harás sufrir a tus padres- que le harán sentirse culpable si provocó el sufrimiento y en tercer lugar, el sujeto se identifica con el sentimiento del otro, siente como el otro. Sin identificación y amor por el objeto no hay culpa auténtica aunque se cumplan las dos primeras condiciones. Cabe recordar que Freud atribuyó cuatro orígenes a los sentimientos de culpa (los cuatro primeros que figuran a continuación):

a) Culpa debido a la cualidad de los deseos inconscientes, que pueden ser sexuales y/o hostiles, que entran en contradicción con las representaciones prevalentes del sujeto; b) Culpa por la codificación que se hace de los impulsos y los deseos; se ha erigido un ideal, aquí cabría indagar por qué el superyó

20 Cualquiera de estos eventos traumáticos se incorporan en el psiquismo como sentimiento de fondo de que nada se puede hacer frente a la realidad vivida como abrumadora, es importante indagar la historia real de la paciente y como reconstruye sus traumas infantiles, así como las fantasías y resignificaciones, el interjuego de la fantasía y la realidad, la alquimia del proceso primario y de los estados emocionales del sujeto.

codifica como agresivo o dañino algo que otra persona no haría. c) Culpa por identificación (indirecta), se trata de un sentimiento de culpa prestado, por identificación con un objeto de antaño que se invistió eróticamente; existen dos modalidades, en la primera el paciente se identificó con padres culposos y en la segunda, la identificación es con la imagen que el otro significativo inculcó en ella, haciéndole creer que es mala, agresiva, dañina. d) Culpa por introyección del ataque al objeto. e) Culpa por el efecto culpabilizante que algunos padres producen en sus hijos. f) Culpa por la conducta de otro en el campo de la sexualidad; g) Culpa defensiva; el sujeto piensa que él es el malo, toma sobre sí la maldad de los objetos, los exculpa de su maldad lo que le da un sentimiento de seguridad.

18.4 A la *depresión desde los trastornos narcisistas*; muy importante diferenciar entre culpa y vergüenza, esta última está relacionada con la autoevaluación del yo y del superyó de no ser merecedora de la respuesta afectiva deseada. La dimensión esencial de la vergüenza es la presencia real o fantaseada de un objeto significativo que sería testigo de las fallas del sujeto. Es diferente sentirse inferior (el superyó critica) que sentir que otro observa también esa inferioridad; la vergüenza es la angustia narcisista en la intersubjetividad. Al sentimiento de culpa se le puede agregar el de vergüenza cuando se fantasea que otro constata la acción punible y mira al sujeto con desprecio. El trastorno narcisista puede ser caracterizado por: a) una permanente baja *autoestima* o por la dificultad para mantener una imagen valorizada de sí mismo. Recordar que cualquier fallo en las dos medidas de compensación del narcisismo (objeto externo que apuntala la autoestima u ofrendas al superyó) desembocan en depresión; b) Personalidades narcisistas que despliegan su grandiosidad, omnipotencia, denigración del objeto que logran mantener esa grandiosidad con base en fuertes mecanismos de escisión, se deprimen (no de manera crónica) cuando se colapsa esa grandiosidad. La depresión surge como consecuencia del narcisismo destructivo sobre la relación y/o el cuidado de la propia persona.

18.5 *Angustias persecutorias y depresión*; las angustias persecutorias surgen por el temor al castigo del retiro del amor del objeto, o a las distintas formas de agresión verbal o corporal que conducen a la depresión por el camino indirecto de las consecuencias sobre el funcionamiento mental; se perturban las sublimaciones, el desarrollo cognoscitivo, las capacidades expresivas emocionales y relaciones interpersonales. Las defensas que se activan para disminuir las angustias persecutorias son la agresión, la evitación fóbica, rituales obsesivos, masoquismo y otros trastornos

caracterológicos que limitan seriamente las capacidades del sujeto. Además las angustias persecutorias suelen producir cuadros depresivos de *manera más inmediata y con carácter episódico*; una persona *asustada* tiene miedo de no satisfacer al otro, experimenta sentimientos de impotencia, aplastamiento, desvitalización, y una reacción depresiva. El temor da lugar a todo tipo de dudas paralizantes e inhibición en la acción, con el consiguiente deterioro de la *autoestima*.

18.6 *Identificación y depresión*; en la identificación directa la paciente está identificada con unos padres depresivos, con otros significativos que a su vez se sintieron impotentes (más allá de la relación entre la depresión parental y filial, existe una falta de respuesta a las necesidades de las y los hijos, criados en una atmósfera de tristeza y culpa). Ocurre una identificación de la hija como rasgo caracterológico con la depresión parental; esta identificación interviene no sólo en la construcción de la representación del sujeto, sino también en la representación de la realidad (muy importante las fantasías de los padres sobre la realidad como frustrante, abrumadora, etc.) y establece la forma en que: a) la hija se aproximará inconscientemente a la realidad, el sentimiento de impotencia y desesperanza es prestado por identificación con unos padres que así se sienten; b) la paciente no se identifica con el otro, sino con la imagen que el otro tiene de ella, existe inoculación por parte de otro significativo de una representación del sujeto, en la que se ve como *incapaz, débil, defectuoso*.

18.7 *Déficits yoicos, conflictos, identificación padres deficitarios, simbiosis*: a) Sentimiento de impotencia para alcanzar el deseo es una consecuencia de un déficit real de recursos yoicos: capacidades cognitivas, expresivas, de captación de estados emocionales propios y de los demás, así como instrumentales relativas a la organización del tiempo y de la realidad (podría corresponder con un bajo nivel de mentalización o bajo coeficiente intelectual, o muy bajo nivel de escolaridad). b) El déficit de recursos yoicos se debe a conflictos intrapsíquicos (podría ser un incremento en la ambivalencia hacia el producto, deseo de abortarlo, haber realizado maniobras abortivas, o agresión hacia el padre del bebé). c) Déficit por identificación con los padres a su vez con déficits; nadie puede incorporar de los personajes significativos aquello que estos no posean. d) Por una causa orgánica cerebral. e) La simbiosis con un objeto significativo que usurpa funciones yoicas determina que estas no se desarrollen (exceso de sobreprotección?), la persona puede quedar mutilada (identificación e interacciones además de sus posibilidades madurativas).

18.8 *Estereotipo negativo de la feminidad* (Dio Bleichmar, 1991).

a) Factores de riesgo psicosociales: muerte de la madre durante la infancia, condiciones de aislamiento social por depresión, cambio de residencia, tener a su cargo más de dos hijos pequeños y carencia de una red de apoyo.

b) Psicológicos: problemas de pareja, establecimiento de vínculos adictivos, trastornos de la autoestima y vulnerabilidad a las pérdidas.

c) De género: estereotipo de feminidad con ausencia de todo atributo de feminidad; presencia de los atributos más negativos de la feminidad y ausencia de los atributos positivos de la feminidad; ausencia de actividades de autocuidado.

19 ¿Por qué no se puede reemplazar el objeto perdido, por qué hay *fijación*? ¿A qué se debe?

20 ¿Por qué no se ha podido elaborar el duelo? ¿Es por los déficits del sujeto (reales o imaginados) que al requerir ser compensados a través de la unión con un objeto, pasan a convertirse en obstáculos para la superación del duelo.

21 ¿Cuál de los subtipos de depresión de Blatt (2004) presenta? a) Depresión anaclítica; o b) Depresión introyectiva (depende de los puntajes obtenidos en el Inventario de Experiencias Depresivas (DEQ por sus siglas en inglés, Blatt *et al.*, 1979; ver también Macías, 2014).

Los artículos de Canalizo (2008) y Torres (2008)²¹ ilustran la manera en que se elaboró la clave psicodinámica y se trabajó durante el tratamiento de psicoterapia bebé-padres en el INPer que se brindó de manera gratuita como uno de los beneficios de la investigación a dos mujeres con trastorno depresivo. Dávila por su parte, realizó su disertación doctoral (2011a) mediante una aproximación de índole hermenéutica en combinación con una técnica de análisis de contenido de la GEPED. En sus palabras:

“...es un primer intento para completar el rompecabezas de los estados depresivos desde “la fusión de dos horizontes”... para entender a las mujeres desde su propia narrativa. Se trata de encontrar los significados que asignan las mujeres embarazadas a sus estados depresivos... De esta manera, al tomar en cuenta el pensamiento complejo de las mujeres, se estaría encontrando la articulación de sus emociones, percepciones, experiencias; en otras palabras, la

21 Psicoterapeutas del Diplomado Internacional en Psicoterapias Bebé Padres; ver la sección correspondiente a dicho Diplomado en Cuadernos de Psicoanálisis, volumen XLI, números 1y2 y Lartigue *et al.* (2006).

subjetividad de las mujeres... La información obtenida hasta el momento acerca de la depresión materna y la falta de comprensión de esta población específica, se entretrejieron para formular las preguntas: ¿Qué dimensiones de los estados depresivos presentan las mujeres embarazadas? ¿Cómo llegaron a esas depresiones, cómo describen y entienden lo que están viviendo, pensando, sintiendo? ¿Cómo son las articulaciones de los componentes en sus vidas que mantienen las depresiones?” (Dávila, 2011b, pp.51-52).

Algunos hallazgos significativos mediante la GEPED

En primer lugar, se encontró que en las 10 gestantes²² con un trastorno depresivo (grupo de Casos A) estudiadas a profundidad por Dávila (2011a) estuvieron presentes los cuatro elementos o dimensiones que conforman el núcleo central de la depresión según Bleichmar (1997). Esto es: la irrealizabilidad del deseo, afecto displacentero, inhibición psicomotriz/hiperexcitación; la representación de sí misma como impotente, se dividió del sentimiento de desesperanza por lo que se pueden distinguir en esta muestra cinco dimensiones²³ (ver cuadro al final). La irrealizabilidad del deseo se manifestó y clasificó en narrativas relacionadas con las figuras materna y paterna, con la pareja y con la situación del embarazo actual (mapa conceptual en el anexo 6, p. 263). El deseo está vinculado a una pérdida ya sea de un objeto significativo o de un ideal.

Respecto de la figura materna, hubo *abandono*: “si ella realmente me hubiera querido, hubiera luchado contra todo para tenerme junto a ella”, o *pérdida*: “sentí que me hizo mucha falta su presencia, tuvo que trabajar, fue muy difícil, sería diferente si ella estuviera aquí, siento que tendría su apoyo”; *relación conflictiva*: “fue un encontronazo, yo no era lo primero en su vida, ojalá que mi madre hubiera sido de diferente forma -como madre; se expresa tan bien de ella, todo lo bueno es ella” y por último el no alcanzar el ideal de ser una *buena madre*: “pienso mucho como serían las cosas si yo

22 Con una media de edad de 32.8 años, siete de ellas con pareja, cuatro con nivel de escolaridad básica y cuatro más con escolaridad media y la mayoría (8), se dedicaba de tiempo completo al hogar; es decir tenían un trabajo no remunerado. Cabe señalar que la paciente uno denominada Aurora estuvo en tratamiento con Helfon (2009) aunque aparezca con otro nombre en este último escrito,

23 Tal vez por la forma de elaborar la clave psicodinámica, donde la pregunta 5 indaga sobre la desesperanza y la 6 sobre la impotencia y el relato, la narrativa de las gestantes lo expresó así, separado.

tuviera otro carácter, si fuera con mis hijos más comprensiva, darles lo que yo no tuve, me cuesta mucho trabajo acercarme a ellos, jugar, no puedo, no sé, si yo tuviera la capacidad de echar raíces con una familia, con hijos que dependen de ti”.

En relación con la figura paterna, hubo *fallecimiento* del padre: “si mi papá estuviera aquí, la falta de mi papá, me hizo tomar esa decisión, soñaba para mi vida familiar algo bonito, para siempre, para mis hijas. Todo cambió, no es igual, ya no es lo mismo, toda la vida nos la pasamos hablando de él”. Asimismo, deseos de que su *padre cambiara* respecto de la relación que sostiene con la madre de la paciente: “siempre decía iba a dejar de pegarle, que le iba a dar más dinero, etc.”

En lo referente a la pareja, cabe hacer notar que también hubo *muerte*: “pensaba que iba a regresar, que iba a llegar a dormir”, al igual que *abandono*: “me hago preguntas, desapareció y se desentendió, perdí todos los planes, le dije que estaba embarazada y no lo volví a ver, por qué me hizo esto”; así como los conflictos derivados de un *primer matrimonio*: “cómo me libero de esto, era un peso que no sabía cómo salir, como le hago para que los menos dañados sean mis hijos, yo les hablaba de un mundo que no existía: tu papá te quiere mucho a pesar de que no te pone atención”. Aparece el deseo de ser una *buena esposa*: “no hago nada para remediar la situación, quisiera ser tierna y no puedo; a lo mejor no he puesto de mi parte para llevarnos bien, para que no tome, trato de sobresalir, dependiendo de él dejé años perdidos” y también el deseo de *ser importante* ella y sus hijos para el esposo: “él está más preocupado por sus hermanos/as, abraza a sus sobrinos y mi hijo dice, ¿por qué no hace esto conmigo?, nos da el tiempo que le sobra”.

En lo relacionado con el embarazo actual, al parecer no planeado: “quedó inconcluso, iba a retomar mi vida, todo cambió, tuve que dejarlo todo, dejar de hacer muchos planes y proyectos, ya no puede hacer nada para remediarlo, él va a tener todo lo que yo no, no era lo que buscaba, esperaba o deseara”. Para cada una de las dimensiones restantes, Dávila elaboró un mapa conceptual que se puede consultar (2011a, pp. 264-267).

En segundo lugar, deseo hacer notar que las vías de entrada a los estados depresivos fueron cuatro que estuvieron presentes en las diez gestantes, “la forma en que se articularon comenzó en la realidad externa traumática –diferentes tipos de pérdidas reales e imaginarias– que se relacionó directamente con la identificación de figuras parentales que modificó a los trastornos narcisistas y terminó con las enfermedades médicas por las que

ingresaron al INPer” (p. 237). Cabe hacer notar que la enfermedad médica se considera como una subdimensión de la realidad externa traumática cuando existe pérdida de la salud antes del embarazo actual. Por el contrario, es una dimensión en sí misma cuando la pérdida de salud ocurre en el presente, vinculada a esta gestación específica. “Las otras cinco vías de entrada: angustias persecutorias, culpa, agresividad, estereotipos negativos de género y déficits yoicos, estuvieron presentes en algunas de las mujeres, lo que vuelve único e irrepetible cada uno de sus estados depresivos (ver cuadro al final del artículo). Es decir, la modularidad de lo transformacional en las mujeres embarazadas deprimidas con desventajas socioeconómicas severas está basada en cuatro vías de entrada que se articulan con las otras cinco de diferente manera. Juntas crean los estados depresivos, la retroalimentación y repetición de las depresiones, el mantenimiento en su vida actual y probablemente futura” (p. 238).

Lo anterior contrasta con los 19 casos estudiados también a profundidad mediante la GEPED por Macías (2009) mediante un análisis de contenido con auxilio del Atlas Ti; en el caso de las gestantes con trastorno depresivo aunado a un trastorno de personalidad las vías de entrada a sus estados depresivos fueron: realidad externa traumática (501 frecuencias), déficits yoicos (364), agresividad (163), angustias persecutorias (91) y culpa (79). Las enfermedades médicas, trastornos narcisistas, estereotipos negativos de género y la identificación con figuras parentales obtuvieron frecuencias menores a cincuenta (48, 45, 32 y 11 respectivamente). La diferencia principal posiblemente se pueda explicar porque las primeras presentaban un trastorno depresivo, y las segundas, además de padecer un trastorno depresivo, había una comorbilidad con un trastorno de personalidad. Asimismo en la técnica de análisis de contenido empleada; en el primer estudio fue de caso por caso mediante un análisis hermenéutico y en el segundo a través de un programa estadístico. Cabe hacer notar que Macías (2010) encontró como ya se mencionó que la principal vía de entrada a los estados depresivos una realidad externa traumática (19 casos) y en segundo lugar en 18 gestantes fueron los déficits yoicos, seguidos por la agresividad (15 de 19) y por los sentimientos de culpa (14 de 19). Los otros caminos se presentaron sólo en algunas de las gestantes, por lo que es importante investigar cómo se articulan en cada caso particular.

En virtud de que la realidad externa traumática obtuvo el mayor número y variedad de respuestas afirmativas, se exploró a profundidad esta vía de

entrada. Macías (2010,2014a) subdividió las siete sub-categorías iniciales de la GEPED (inciso 18.1) en catorce que se adicionan a la Guía²⁴ y obtuvo las siguientes frecuencias.

a) “Exposición a personas que obtienen placer en hacer sufrir a los demás, malas, crueles, autoritarias, tiranas (Referido a la vida adulta). (155)

b) Padecer alguna enfermedad seria, o que le dificulte hacer su vida normal. (70)

b.1) Cuidar o vivir con familiares significativos que padezcan alguna enfermedad crónica, degenerativa o equivalente. (23)

c) Sentirse desarraigada con los cambios de trabajo o de lugar donde vivía. (32)

d) Dolor físico o sufrimiento mental o psíquico por abuso (incluido ser testigo de violencia) en la infancia y/o adolescencia. (95)

e) Situación de separación, abandono o muerte de familiares significativos. (65)

f) Descuido perjudicial, abandono, negligencia, indiferencia (en la infancia y/o adolescencia). (43)

g) Sufrir algún tipo de discriminación por ser mujer (violencia de género). (11)

h) Excesiva preocupación por la familia de origen. (20)

i) Infidelidad de la pareja actual o parejas anteriores. (28)

j) Haber vivido en la infancia y/o adolescencia con padres, hermanos u otros familiares significativos con problemas de alcohol, drogas o juego. (10)

k) Separación, abandono o muerte de la pareja actual o pasada. (64)

l) Tener severos problemas legales y económicos en la actualidad. (37)

m) Haber padecido una o varias pérdidas perinatales (pérdida del bebé en el inicio, durante, o al final del embarazo) o que uno de sus hijos vivos tenga una enfermedad médica seria. (32)”.

Concluye que “el descuido, maltrato y negligencia sufrido en la edad adulta es la reedición de la exposición a personas patológicas sufrido en la infancia o adolescencia” (sub-categorías a y d). Se pregunta si “¿Las pérdidas sufridas en la vida adulta llevan a un estado depresivo por sí mismas o nuevamente es una reedición de las primeras pérdidas? Responde que las

24 Se modifican números por letras, con el fin de seguir la estructura original de la GEPED y no se incluyen en el apéndice para evitar repeticiones, pero deben de incluirse en la Guía con esta actualización.

pérdidas, tanto en la infancia o adolescencia (e), como en la vida adulta (k) al mostrar frecuencias muy semejantes se podría inferir una relación estrecha entre ambas pérdidas, por lo que la respuesta podría ser afirmativa”; aunque considera que dependiendo del grado y tipo de la pérdida sufrida en la vida adulta podría también surgir el estado depresivo actual (Macías, 2014a).

En tercer lugar, cabe destacar que los cuatro sistemas motivacionales (relacionados con las competencias parentales, Dio Bleichmar, 2005) que analizó Dávila en su disertación doctoral²⁵ estuvieron presentes en todas las gestantes (ver cuadro al final). Cabe destacar que a) el sistema *sensual/sexual* se agrupó en cuatro dimensiones: abuso sexual en la infancia/adolescencia, la figura materna desplegó o no, el placer sensual, y la figura sustituta no desplegó el placer sensual, cada una con su respectiva modalidad; es posible inferir que “no sintieron el cariño, el afecto, el placer sensual desplegado hacia ellas o si lo sintieron, lo perdieron *a posteriori*, pérdida de la cual no se han podido recuperar”; b) se infiere también²⁶ que “el tipo de *apego* que prevaleció fue el inseguro/ansioso, en sus dos variantes, el preocupado (n=6) y el desvalorizante (n=4)”. El preocupado se infirió a partir del tipo de respuesta exagerada o inapropiada que refirieron por parte de sus madres o figuras sustitutas, así como también por el tipo de respuesta que ellas presentan con sus hijos/as. El desvalorizante en las embarazadas que relataron que sus madres o figuras sustitutas mostraron poco interés hacia ellas, ya sea por abandono, ausencia y/o baja autoestima de la madre. c) En el *sistema narcisista* se confirmó que todas las mujeres embarazadas deprimidas tienen baja autoestima “caracterizada por un *self* con representación negativa o disminuida o poco coherente o falsa o grandiosa”; en las diez gestantes se identificó también pérdida del ideal del yo observada con mayor frecuencia por desilusión de la pareja y/o figuras parentales. d) En el sistema de *hetero-autoconservación* fue en el que se encontraron diferencias más sutiles, tres se caracterizan por haber tenido una figura que hetero – conservó y dos figuras que no hetero – conservaron; la mayoría no sentía tener la capacidad para auto conservarse en lo psíquico.

Dávila (2011a) encontró cinco nuevas dimensiones no contempladas en la clave psicodinámica de la GEPED: a) *recursos yoicos* en la cual se clasifica la fuerza yoica, motivación al cambio y consciencia de

25 Se desconoce por qué no incluyó el quinto de la regulación emocional.

26 Dado que la Entrevista de Apego Adulto (AAI por sus siglas en inglés) se aplicó únicamente por el Dr. Armando Córdova Barrios a tres de la pacientes de esta submuestra.

enfermedad. b) *objeto*; que puede ser rescatador, protector o contenedor; en esta dimensión las gestantes incluyen a los hijos/as, pareja, familia extensa o al producto en formación (lo refieren como “bebé”). c) *mecanismos/manejo de la depresión*, se clasificó de acuerdo al tipo de manejo que hacen de la sobrecarga/descarga en relación con el otro; la asignación de roles que desplazan a sus hijos/as; de defensa como coraza o protección e introyectivos porque recaen sobre sí mismas. d) *familia de origen/ extensa* donde se ubican las redes de apoyo con las que cuenta la gestante y e) así como los roles que las figuras parentales imponen a sus hijas y ellas lo asumen.

Por último, al trabajar con una metodología hermenéutica Dávila (2011a, 2014) introdujo una herramienta conceptual de gran relevancia para la detección y el diagnóstico de la depresión en la gestación que denominó “resonancia emocional”, que es una “resonancia intersubjetiva”, compuesta por la “resonancia automática” (durante la realización y escucha de las entrevistas audiograbadas de las 10 gestantes) y la “resonancia reflexiva” (durante el análisis clínico hermenéutico), la cual será motivo de otra comunicación. Asimismo, se pretende correlacionar los resultados de la preguntas 17 y 21 de la clave psicodinámica con los resultados obtenidos en la validación del Inventario de Experiencias Depresivas de Blatt (ver Macías 2013, 2014b).

A guisa de conclusión cabe destacar que la GEPED puede ser utilizada por las y los psicoanalistas, así como psicoterapeutas de orientación psicoanalítica para sumergirse en la subjetividad de las mujeres, en su mundo interno en un periodo del ciclo vital que se caracteriza por la “indefensión y vulnerabilidad” pero también por su enorme plasticidad y deseos de acceder a un nuevo nivel de maduración psíquica. Trabajemos junto con ellas en la detección de su sufrimiento y en la canalización a las distintas opciones de psicoterapia –incluido el psicoanálisis- que existen en la actualidad para lidiar con este grave problema de salud pública y mental, con el fin de poder transformar sus estados depresivos en afectos de la vitalidad, gozo y creatividad y de esta manera, continuar el trabajo de interrumpir la transmisión transgeneracional de la psicopatología.

Resumen

Se describen los resultados obtenidos al aplicar la Entrevista Psicodinámica de los Estados Depresivos con base en el modelo de Hugo Bleichmar

(GEPED, Lartigue, 2005) a 29 gestantes que padecían un trastorno depresivo y vivían en condiciones de vulnerabilidad psicosocial y que acudieron al INPer para su control prenatal. La calificación estuvo a cargo de las doctoras Patricia Dávila y Rosa Ma. Macías; se adicionan nuevas dimensiones y subdimensiones a la GEPED para su empleo en el periodo perinatal. En los 29 casos fue evidente que una realidad externa traumática fue la principal vía de entrada a los estados depresivos, que se articula con otros caminos para mantener dicho estado.

Palabras clave: Trastorno depresivo, gestación, entrevista y clave psicodinámica.

Summary

This article describes the results obtained by applying the Depressive States of Psychodynamic Interview Hugo Bleichmar Model based (GEPED, Lartigue, 2005) to 29 pregnant women were suffering from a depressive disorder and lived in conditions of psycho-social vulnerability and who attended the INPer prenatal control. The qualification was in charge of the doctors Patricia Dávila and Rosa Ma. Macías. Add new dimensions and sub-dimensions to GEPED for use in the perinatal period. In 29 cases, it was evident that a traumatic external reality was the main route of entry to the depressive States, articulated with other ways to maintain that State.

Key words: Depressive disorder, pregnancy, interview and key psychodynamic.

Bibliografía

- ALIZADE, M.A. (2004). Relaciones lógicas y controversias entre género y psicoanálisis. En *Psicoanálisis y relaciones de género*, A.M Alizade y T. Lartigue (comps.) Buenos Aires: Lumen, COWAP/IPA, pp.17-36
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2003 (tres volúmenes).
- BIBRING, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, XIV: 113-121.
- BIBRING, G., Dwyer, T.F., Huntington, D.S & Valenstein, A.F. (1961). A study of psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. I & II. *The Psychoanalytic Study of the Child*, XVI: 9-72.

- BLATT, S. (2004). *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and research perspectives*. Washington D C. American Psychological Association Press.
- BLATT, S. D'AFFLITTI, J. & QUINLAN, D. (1979). Depressive Experiences Questionnaire. Unpublished Research Manual, New Haven: Yale University.
- BLEICHMAR, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, Paidós.
- BLEICHMAR, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, no. 1, abril.
- BLEICHMAR, H. (2000). Aplicación del enfoque modular transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas psicoanalíticas*, no. 5, julio.
- BLEICHMAR, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas*, no. 14, julio.
- CANALIZO, P. (2008). Psicoterapia bebé-padres. Modelo multimodal de intervención en un caso de depresión materna. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLI (1-2): 124-142.
- CÓRDOVA, A., LARTIGUE, T., HINOJOSA, N. Y ARÉVALO, M. (2008). Factores asociados al apego inseguro en gestantes mexicanas de alto riesgo. En *Género y Psicoanálisis. Contribuciones contemporáneas*, T. Lartigue y Olga Varela (comps). México: APM, Asociación Psicoanalítica de Guadalajara (libro digital).
- DÁVILA ZÁRATE, P. (2011a). Gestantes deprimidas en condiciones de vulnerabilidad social: Herramientas intersubjetivas para el diagnóstico temprano. Disertación doctoral inédita, Doctorado en Psicoterapia, Centro de Estudios de Postgrado, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- DÁVILA ZÁRATE, P. (2011b). Una herramienta intersubjetiva para la exploración de la depresión en gestantes. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLIV (3-4): 50-75.
- DÁVILA ZÁRATE, P. (2014). Resonancia emocional frente a la depresión gestacional. Ponencia presentada en el XI Diálogo Latinoamericano Intergeneracional entre hombres y mujeres, COWAP, Buenos Aires (Argentina) el 1 de septiembre.
- DIO BLEICHMAR, E. (1991). *La depresión en la mujer*. España: Temas de Hoy.

- DIO BLEICHMAR, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós
- FREUD, S. (1892-93). Un caso de curación hipnótica. En *Obras completas*, trad. Luis López Ballesteros, Madrid: Biblioteca Nueva, Tomo I, pp.22-29.
- FREUD, S. (1917-1915). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*, trad. J.L. Etcheverry, Buenos Aires: Amorrortu, 1976, Vol. XIV: 235-55.
- FREUD, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Vol. XX: 71-164.
- FREUD, S. (1939). Moisés y la religión monoteísta. *Obras Completas*, Vol. XXIII: 1-138.
- GABBARD, G. (2003). Errores cometidos en el tratamiento psicoanalítico de pacientes suicidas. *Revista de Psicoanálisis* (Argentina), LX, 2: 479-498.
- GEORGE, C., SOLOMON, J. & MAIN, M. (1984). Attachment Interview for Adults, unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- GREEN, A. (1980). La madre muerta. En *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, trad. J. L. Etcheverry, Buenos Aires: Amorrortu, 1986, pp. 209-238.
- HEINZE, G. Y CAMACHO, P.V. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. Editores S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, M.E. Medina Mora, México: Instituto Nacional de Psiquiatría (disponible en página web del Instituto).
- HINOJOSA, N. (2005). Clasificaciones del apego en 31 mujeres embarazadas con trastorno depresivo. Disertación doctoral inédita, Centro de Estudios de Postgrado, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- KOLTENIUK, M. (1997). Los siete modelos de la psicopatología freudiana. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XL (1-2): 4-23.
- LARTIGUE, T. (2004a). La patología borderline durante el embarazo. Evidencias clínicas y de investigación en la ciudad de México. En *Ser y Hacer de las mujeres. Reflexiones psicoanalíticas*. A.M. Alizade, M.L. Garza y E. Riojas (comps.), Buenos Aires: Lumen, COWAP/IPA, pp. 37-53.
- LARTIGUE, T. (2004b): Dinámica inconsciente de la depresión perinatal. En *EL inconsciente freudiano*, M. Kolteniuk, J. Casillas y J. de la Parra comps. México: Editores de Textos Mexicanos, pp.139-153.
- LARTIGUE, T. (2005). Guía para la entrevista psicodinámica para los estados depresivos, con base en el modelo de Hugo Bleichmar. En *Aperturas Psicoanalíticas*, No. 21 del mes de diciembre.

- LARTIGUE, T. (2006). El cuerpo muerto-vivo: Un estudio en el Instituto Nacional de Perinatología sobre la depresión en el embarazo. En *El cuerpo y el psicoanálisis*; T. Lartigue (comp.) México: Editores de Textos Mexicanos y Asociación Psicoanalítica Mexicana, pp.14-45.
- LARTIGUE, T. Y VIVES, J. (2013). Hacia un diagnóstico psicoanalítico de la depresión perinatal y postnatal. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLVI (1-2): 29-43.
- LARTIGUE, T., MALDONADO-DURÁN, J.M. Y SOLÍS PONTÓN, L. (2006). La capacitación de los profesionales en la prevención y tratamiento del sufrimiento psíquico del niño y los padres. En *La cultura de la Parentalidad. Antídoto contra la violencia y la barbarie*, México: El Manual Moderno, pp. 373-404.
- LARTIGUE, T., MALDONADO-DURÁN, J.M., GONZÁLEZ PACHECO, I. Y SAUCEDA-GARCÍA, J.M. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2): 111-131.
- LARTIGUE, T., HARRSCH, C., RODRÍGUEZ, M.I. Y DÁVILA, P. (2014). Intolerancia a lo femenino: génesis y mantenimiento estados depresivos en la gestación. En *Intolerancia a lo femenino*, N. Reyes y D. Berlín (comps.) México: APM, Architectum, pp 203-215.
- LARTIGUE, T., GONZÁLEZ, I., CÓRDOVA, A., VÁZQUEZ, M. NAVA, A.A., CHÁVEZ, M., SÁNCHEZ, B., VÁZQUEZ, G., DOMÍNGUEZ, Y. Y CUENCA, J. (2007). La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el primer año de vida. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XL (1-2): 131-166.
- LARTIGUE, T. VIVES, J., AVILA, H., CASANOVA, G. FEINHOLZ, D., NAVA, A., SÁNCHEZ, B., NARCIO, L., FIGUEROA, L., ORTIZ, J., ARANDA, C., FIGUEROA, L., FIGUEROA, R. Y VÁZQUEZ, G. (2000a). ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo. Proyecto de investigación realizado con el apoyo económico de la Secretaría de Salud, el CONACYT, INPer y APM.
- LARTIGUE, T., VIVES, J. DE LA CERDA, D. ET AL. (2000b). Risk factors for borderline pathology in pregnant women. Effects on the newborn and affective interaction mother-infant. Estudio piloto realizado gracias al apoyo económico del Research Advisory Board of the International Psychoanalytical Association, Londres, Inglaterra.

- MACÍAS, R. M. (2009). Vías de entrada a la depresión en gestantes con trastorno depresivo y de personalidad. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLII (3-4): 195-208.
- MACÍAS, R. M. (2010). La realidad externa traumática, vía de entrada a la depresión pre y postnatal. Estudio de casos. Tesis de Maestría inédita, Maestría en Psicoterapia General, Centro de Estudios de Postgrado, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- MACÍAS, R.M. (2013). Depresión anaclítica o introyectiva en el embarazo. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLVI (1-2): 53-63.
- MACÍAS, R.M. (2014a). La realidad externa traumática, vía de entrada a la depresión pre y postnatal. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLVII (1-2).
- MACÍAS, R.M. (2014b). Validación y confiabilidad de la versión en español del Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ) en gestantes mexicanas de bajo nivel socioeconómico. Disertación doctoral inédita, Doctorado en Psicoterapia, Centro de Estudios de Postgrado, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- MALDONADO-DURÁN, M. Y LARTIGUE, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22 (2): 100-110.
- MALDONADO- DURÁN, J.M. SAUCEDA-GARCÍA, J.M. Y LARTIGUE, T. (2008a). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22 (1): 5-14.
- MALDONADO-DURÁN. J.M., LARTIGUE, T. Y LECANNELIER, F. (2008b). Dificultades psicósomáticas en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22 (1): 47-57.
- MALDONADO-DURÁN, J.M., SAUCEDA-GARCÍA, J.M. Y LARTIGUE, T. (2008c). Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22 (2): 90-99.
- MALDONADO-DURÁN, J.M., MORALES MONSALVE, M., GÓMEZ, K., MAHER, A., BROWN, M. Y CAMACHO-DURÁN, A. (2013). Dissociative phenomena during pregnancy and the post-partum: The mother, the infant and the family. En *Gender and Psychoanalysis. Clinical contributions*, T. Lartigue y O. Varela (ed.), México: Architectum, Guadalajara Psychoanalytic Association, pp. 228-239.
- TORRES, G. (2008). La psicoterapia madre-hijos. Un factor más protector del filicidio. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLI (1-2):100-123.

- VIVES, J. (2013). Manifestaciones clínicas de la pulsión de muerte. En *La muerte y su pulsión. Una perspectiva freudiana*. México: Paidós, pp.281-296.
- VIVES, J. Y LARTIGUE, T. (2001). La adolescente embarazada. Una visión psicoanalítica. En *Caminos del desarrollo psicológico. Vol. III. De la identidad de género en México al final de la adolescencia*. E. Dallal y Castillo (coord.), México: Plaza y Valdés, pp.169-230.
- VIVES, J, Y LARTIGUE, T. (2003). De la pareja a la familia. En *Caminos del desarrollo psicológico. Vol. IV. De la edad adulta a la vejez*. E. Dallal y Castillo (coord.), México: Plaza y Valdés, pp.149-199.
- VIVES, J. & LARTIGUE, T. (2013). The death drive and AIDS. En *Gender and Psychoanalysis. Clinical contributions*, T. Lartigue & O. Varela (eds.), México: Archiectctum, p. 177-196.

Apéndice: Adiciones a la GEPED en el periodo perinatal²⁷

1. Añadir a las 10 preguntas iniciales, una onceava que podría formularse de la siguiente manera: 11. Por último, me podría platicar acerca de su infancia y adolescencia, lo que recuerde, lo que fue importante o significativo para usted.

2. Agregar a la clave psicodinámica las siguientes subdimensiones relativas al núcleo central de la depresión (preguntas 3 a la 9 y la 15 de la GEPED y en Dávila, mapas conceptuales descritos en los anexos 6 a 10, pp. 263-267); respecto de la *irrealizabilidad del deseo*: a) figura materna (abandono, pérdida, relación conflictiva, ideal de ser buena madre), b) figura paterna (fallecimiento, deseos de que el padre cambie), c) relación de pareja (muerte, abandono, primer matrimonio, ser buena esposa, deseo de ser lo más importante y d) embarazo actual (no planeado). En relación a la representación de *impotencia*: a) pérdidas figuras parentales (muerte padre, muerte madre), b) abortos/legrado, c) embarazo actual, d) rol materno, e) relación de pareja y f) relación con la madre. En lo referente al sentimiento de *desesperanza*: a) pareja (relación, primer matrimonio, abandono de la pareja y muerte), b) abortos/legrado, c) rol materno, d) relación con la madre, e) familia de origen (abandono por parte de la familia, muerte del padre) y f) embarazo actual. Respecto del *afecto displacentero*, a) pérdida hijos, b) enfermedades, c) embarazo actual, d) pérdida de la pareja, e)

27 Recomendadas por Dávila (2011a). Las sugeridas por Macías (2010) respecto de la Realidad externa traumática se incluyeron dentro del texto.

conflictos con la pareja (ausencia, infidelidad, mala relación, divorcio), f) familia de origen (muerte padre o de la madre, conflictos con la suegra y desilusión madre). En lo relativo a la *inhibición psicomotriz*: a) pérdida de la pareja, b) pérdidas figuras parentales (padre y/o madre), c) relación con la madre y d) embarazo actual. Cabe señalar que sólo dos gestantes presentaron *hiperexcitación*, las frases que emplearon fueron “nunca estaba sin hacer nada”, “me movía mucho”, “no me he quedado estancada” (p. 267).

3. Respecto de las vías de entrada (anexos 11 al 26, pp. 268-283), Dávila dividió la *realidad externa traumática* en dos mapas conceptuales, en el primero clasificó: a) pérdida figuras parentales (abandono padre, muerte padre, abandono madre, muerte, desaparición, desilusión), b) abusos (explotación infancia, testigo de violencia, negligencia, abuso emocional y abuso sexual), c) en relación con la pareja (muerte, abandono, ausencia, infidelidad, alcoholismo, drogadicción), d) familia de origen (padre alcohólico, separación padres, relación conflictiva con padres o abuelos, enfermedad padres, hermanos con farmacodependencia) y en el segundo e) embarazo (actual y anteriores), f) aborto (interrupción “legrado” y espontáneo) y g) hijos (internamiento por alcoholismo, enfermedad, pérdida y problemas). Habría que analizar cuál de las dos clasificaciones de esta vía de entrada facilita la detección y el diagnóstico, si la propuesta por Macías (2010) o esta de Dávila (2011a), o bien una combinación de ambas. La *identificación con las figuras parentales* la subdividió en tres mapas conceptuales o diagramas, el primero está relacionado con a) padre y/o abuelo (ausencia, no lo conoció), el segundo con b) figura materna, la relación con ella, hermana mayor y con la suegra; las gestantes proporcionaron una amplia descripción de esta figura (p.272). Respecto de los *trastorno narcisistas*, los subdividió en cinco mapas, el primero relativo al Ideal del yo, comprende las siguientes subdimensiones: a) antes del embarazo, b) rol materno, c) idealización pareja y d) idealización padre; el segundo está relacionado con la pérdida del Ideal del yo, a) pareja (separación, exesposo, pareja actual), b) legrado, c) rol materno y d) figura materna (muerte o relación conflictiva). El tercero tiene que ver con a) *self* y con la descripción que hace de ella misma²⁸, el cuarto tiene que ver con la disminución del *self* y los *selfobjects*, y el quinto con la descripción de la pareja y su relación (ex esposo y/o pareja actual). En relación con la *culpa* (dos mapas) referidos al a) embarazo

28 Sería interesante analizar esta subdimensión, con la técnica de Blatt respecto de la representación mental de sí misma y de los otros significativos como prueba diagnóstica del nivel de integración de la gestante.

actual, b) anteriores, c) abusos sexuales, d) legrados, e) hacia los hijos/as; asimismo a f) figura materna (madre o suegra), g) pareja, h) pérdidas figuras parentales (muerte padre, madre, suegro), i) trabajo. Respecto de las *angustias persecutorias*: a) pareja b) legrado, c) figura materna y d) hijos. En lo relativo a la *agresividad*: a) pareja, b) figura materna (madre o suegra), c) entre los padres, d) figura paterna y e) hijos. En lo referente a los *estereotipos negativos de género*²⁹, provienen: a) familia de origen, b) pareja, y c) “actitudes feministas/machistas”. Por último, los *défcits yoicos* están vinculados con a) embarazo, b) figura materna, c) figura paterna, d) pareja y e) rendimiento académico.

4. Respecto los sistemas motivacionales³⁰, pregunta 2 de la clave, sería conveniente subdividirla en: 2.1, indagar acerca del sistema o sistemas que cubría o desempañaba el objeto perdido, y en la 2.2 intentar comprender cómo emergieron y se interrelacionan en la paciente, cuál o cuáles tienen una posición jerárquica superior o inferior en la actualidad. Por su parte, Dávila recomienda: A) dividir el *sistema sensual/sexual* en cuatro dimensiones: padeció de abuso sexual en la infancia/adolescencia, la figura materna desplegó el placer sensual; la figura materna no desplegó el placer sensual, y la figura sustituta no desplegó el placer sensual. B) En el de *hetero-autoconservación* clasificar las respuestas de la siguiente manera³¹ a) hetero-autoconservación básica/ no hetero-autoconservación psíquica, b) al revés, no básica, si psíquica; c) ninguna de las dos y d) presentes las dos. C) en el sistema del apego, de ser posible inferir el tipo de apego según la clasificación de la Entrevista de Apego Adulta (AAI, George *et al.*, 1984), y del D) narcisista, evaluar la autoestima, la representación del *self* y si es evidente la pérdida del ideal del yo (respecto de las figuras parentales y/o de la pareja).

5. En la clave psicodinámica agregar las preguntas siguientes, relativas a las “Nuevas dimensiones” que añadir a la GEPED con base en lo encontrado por Dávila (ver anexos 27-30, pp. 284-287); cabe destacar que además de investigar el tipo de objeto que se perdió (pregunta uno de actividad o posesión narcisista) y el tipo de deseos y/o funciones que satisfacía (pregunta dos, sistemas motivacionales), especificar las funciones

29 Entre los que se puede ubicar la “intolerancia a lo femenino” ver Lartigue *et al.*, 2014.

30 Incluir también el quinto de la regulación psicobiológica o emocional, que podría ser: si el objeto perdido ¿regulaba a la gestante o no?, si le ayuda a disminuir su ansiedad, si le proporcionaba momentos de distensión, ocio y recreación.

31 Al parecer hubo un error de contemplar cinco posibilidades en lugar de cuatro (p.239).

que cubre o desempeña *el objeto actual*. 22) ¿La persona que la paciente vive como cercana (pareja, familia nuclear, hijo o hija mayor, familia de origen) es un objeto a) contenedor, b) protector o c) rescatador? ¿Siente que la o el bebé que espera cubre algunas de estas funciones? 23) Cuáles son los recursos yoicos con los que cuenta la gestante? (o recién madre); esto es, a) su fuerza yoica, por ejemplo: “tratar de salir adelante”, “sacar fuerzas” “afrontar las cosas”, “con él o sin él sigo viviendo”, b) ¿Presenta motivación al cambio?, (por ejemplo, en esta muestra haber aceptado el ofrecimiento de ocho sesiones gratuitas de psicoterapia en el INPer) c) ¿tiene conciencia de enfermedad? (“sé que necesito ayuda, sacar todo esto”).

Por otra parte, es importante subrayar que si bien en la pregunta siete de la GEPED se indaga sobre los mecanismos que ha empleado la gestante para enfrentar la depresión, así como si ha buscado apoyo o ayuda de alguna persona, en la clave psicodinámica se omitió la clasificación de las respuestas, por lo que habría que dividir la pregunta 7) ¿Qué ha hecho para enfrentar la situación? ¿Qué ha intentado hacer, cómo lo ha manejado?; en la clave sería añadir la pregunta 24) ¿Cuáles mecanismos emplea?, ¿cómo maneja la depresión? ¿Asigna o desplaza roles a sus hijos o a su pareja? (Mecanismos/manejo): a) sobrecarga/descargar en el otro b) Defensa, esto es evitar o huir c) qué roles asigna a los otros significativos, y d) introyectivos (hacia dentro “me quedo callada, no digo nada”). La pregunta 8) sería: ¿Ha buscado apoyo o ayuda de alguien en particular para salir adelante? ¿De quién o quiénes?, ¿por qué y de qué tipo?³² En la clave, pregunta 25) ¿Cuáles son las redes de apoyo con las que cuenta? Describir si están referidas a la familia de origen, nuclear o de alguien externo relacionado en alguna actividad de la gestante, 26) ¿Cuáles roles le impusieron o le siguen imponiendo las figuras parentales (u alguna otra figura de la familia de origen) a la gestante?, ¿los asumió?

6. Al final de calificar la clave psicodinámica, Dávila recomienda construir una viñeta clínica que contenga la información que permita ubicar a las gestantes en su sistema de creencias (prejuicios, tradiciones, etc.). Sugiere incluir los siguientes rubros: a) ficha de identidad (edad, escolaridad, estado civil, ocupación); b) situación actual -incluir las definiciones de depresión de las mujeres, las causas por las que ellas consideran que están deprimidas en el presente, y que están íntimamente relacionadas con los cinco elementos y/o dimensiones que conforman el núcleo central de la

32 Añadiendo la pregunta 8, al igual que la relativa a la infancia y adolescencia, la GEPED para la entrevista directa quedaría de 12 preguntas, en lugar de las 10 originales.

depresión. Los temas se pueden focalizarse en cuatro aspectos: relación conflictiva de pareja, problemas con la familia de origen y/o nuclear, enfermedades médicas y el embarazo actual; incluir también un resumen de la ficha de identidad. c) historia familiar e historia personal -dividirla en tres partes: infancia, adolescencia y vida adulta, a través de las cuales “se comprenden las tradiciones familiares y culturales” (*ibid*) y d) actitud durante la entrevista donde se incluyen las actitudes de las mujeres y la de la entrevistadora o entrevistador (resonancia emocional, Dávila, 2011a, 2014). Dávila, 2011a, p: 240.