

Aportes del psicoanálisis y estudios de género a los trastornos depresivos perinatales

Gentes, Gladis Beatriz

Especialización en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Palabras claves

DEPRESIONES

PERINATALES

PSICOANÁLISIS

GÉNERO

Información de contacto

gladis.gentes@unc.edu.ar

Resumen

Introducción: la depresión es una de las problemáticas más acuciantes en salud mental. Afecta fundamentalmente a las mujeres en edad fértil. Se presentan datos sobre la prevalencia de la depresión en la maternidad. Objetivo: articular los resultados de investigaciones sobre los factores de riesgo para los trastornos depresivos perinatales con desarrollos psicoanalíticos y estudios de género. Materiales y método: búsqueda de investigaciones de habla hispana sobre los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal en base de datos como Redalyc, Scielo, Dialnet. Se tomaron desarrollos de psicoanalistas sobre la depresión y estudios de género relacionados con la maternidad, producidos en las últimas décadas a través de libros y artículos. Resultados: los factores de riesgo recurrentes en las investigaciones fueron la disfuncionalidad familiar, falta de apoyo social, sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados. Los aportes psicoanalíticos mostraron a la inhibición como el síntoma predominante de los trastornos depresivos, que muchas veces se acompaña por autorreproches y/o tristeza. En el núcleo hay un deseo que se percibe como irrealizable y que no puede ser sustituido por otro. El distanciamiento del ideal, produce heridas narcisistas y la disminución de la autoestima. Los estudios de género muestran una lenta y gradual deconstrucción del mito mujer = madre. Actualmente las mujeres se sienten habilitadas a elegir otras opciones además de la maternidad. Cuando el deseo de maternidad aparece a la par del proyecto de realización laboral, suele ser motivo de conflicto, dado que en ambos ideales hay expectativas omnipotentes para darle cumplimiento al mismo tiempo. Conclusiones / contribuciones: las depresiones perinatales ponen de manifiesto que la realización de la maternidad y del proyecto laboral personal, impacta en la salud mental de la mujer, en tanto aún no se han modificado configuraciones sociales de la cultura patriarcal.



1. Introducción

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2017) la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo; más de 300 millones de personas viven con depresión, incrementándose en más del 18% entre 2005 y 2015. Después de las enfermedades cardíacas, las depresiones representan la mayor carga sanitaria si se calcula la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad. Afectan especialmente a las mujeres y en particular a las que provienen de un medio socio-económico más precario.

En un informe de recopilación de estudios, Illanes y Scorza (2011) destacan a la depresión como una de las problemáticas más acuciantes en salud mental. En Latinoamérica y el Caribe, “los datos reflejan que el abuso o dependencia de alcohol, la depresión mayor y los trastornos de ansiedad son los problemas de Salud Mental de mayor prevalencia sufridos por la población de la región” (p.11). Con respecto a los trastornos depresivos, se dan más en las mujeres (9,8%), que en los hombres (4,6%). Es la enfermedad mental que genera mayor discapacidad y el grupo de mayor riesgo se encuentra entre los 15 y 59 años.

Desde el establecimiento de los objetivos del milenio acordados por los países, fue tomando mayor protagonismo la temática de la maternidad y especialmente la depresión materna en el período perinatal. Se tornó relevante investigar su incidencia como así también los factores de riesgo asociados al cuadro. La preocupación por este problema de salud estriba en el impacto que tiene sobre la salud materna, con consecuencias no deseadas en la calidad de vida de la madre, del hijo y del grupo familiar (nuclear y extenso), que ven trastocadas sus expectativas con respecto a la vida familiar después de la llegada del nuevo integrante.

La terminología depresión posparto se ha extendido en la literatura académica, sin embargo, no parece tener entidad nosográfica diferencial, aunque sí algunas peculiaridades que le son propias. En principio, tanto la depresión que se da en el embarazo como en el posparto reúnen las cualidades comunes que responden a la caracterización descrita en la depresión como cuadro y que pueden aparecer en cualquier ciclo de la vida. La sintomatología depresiva se caracteriza en la madre por cambios en el humor, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad, reducción del nivel de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí misma, sentimientos de inferioridad, culpabilidad e inutilidad, perspectiva sombría del futuro, trastornos de sueño y del apetito, pensamientos o actos suicidas y de autoagresión (Pérez et al, 2007, Borda Pérez et al, 2013; Villegas Loaiza et ál, 2019). Los casos más graves incluyen el suicidio e infanticidio, generalmente asociados a la psicosis postparto (Mendoza et ál, 2015).

La depresión posparto, también llamada depresión puerperal, trasciende el lapso de tiempo determinado como “puerperio” por el criterio médico. No ocurre necesariamente después del



parto, puede ocurrir muchas semanas o hasta un año después de éste. Tiene una prevalencia tres veces más alta en los países emergentes, que en los desarrollados, siendo más frecuente en los niveles socioeconómicos de menores recursos (Lopes Menezes, F. et al, 2012, Dois et al, 2012, Mendoza ob. cit., 2015).

Es importante diferenciar la depresión posparto de la “tristeza puerperal”, también llamada “maternity blues” o “baby blues”. Esta última es un trastorno transitorio, muy frecuente en la primera semana del posparto, que se puede extender por quince días o un mes y que se manifiesta a través de llanto, irritabilidad, estado de ánimo deprimido o ansioso. Se trataría de conductas propias de un período de adaptación (Oviedo Lugo, G.F. y Mondragón, V., 2006, Nardi et al, 2012).

Orejarena Serrano (2004) y Oviedo Lugo et al (ob.cit.) consideran que no hay evidencia directa de que los cambios hormonales causen depresión posparto. Los cambios biológicos subyacentes en la tristeza puerperal pueden llevar a la depresión en un contexto de vulnerabilidad genética, estrés intenso o insuficiente contención social.

Villegas Loaiza et ál (2019) en una artículo de revisión, concluye que es difícil conocer su etiología con precisión, ya que son múltiples los factores de riesgo que colaboran en la enfermedad: biológicos, psicosociales y hormonales. Aunque los procesos fisiológicos se presentan en todas las mujeres; sin embargo, no desencadenan enfermedad en todos los casos.

Lejos de la imagen idealizada de la maternidad, numerosos estudios advierten sobre el riesgo de desarrollar trastornos depresivos durante el embarazo y el puerperio. Nardi et al (2012) estima que, según estudios, la depresión en el embarazo se presenta entre el 7% y 11% durante el primer trimestre y entre el 8% y 13 % durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. La depresión posparto tiene una incidencia del 10 al 20%, según estudios, generando efectos negativos en la calidad de vida de las mujeres y de los hijos a su cargo (Oviedo Lugo et ál , ob.cit.; Borda Perez et al, ob.cit.; Villegas Loaiza et ál, ob.cit.).

Estos resultados generan interrogantes acerca de cuáles son los factores de riesgo asociados a las depresiones en la maternidad y de qué manera otros aportes, provenientes del psicoanálisis y de los estudios de género, amplían la mirada sobre la producción de los mismos.

2. Objetivo

Articular aportes de desarrollos psicoanalíticos y estudios de género con los factores de riesgo asociados a las depresiones perinatales.

3. Materiales y Método

Trabajo teórico de búsqueda de investigaciones realizadas por autores de habla hispana sobre los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal en base de datos como Redalyc, Scielo y Dialnet.

Rastreo bibliográfico de autores psicoanalíticos sobre la depresión (Winograd, Hornstein, Bleichmar) y estudios de género relacionados con la maternidad, producidos en las últimas décadas.

4. Resultados

Estudios actuales demuestran que un número relevante de mujeres embarazadas y puérperas manifiestan síntomas depresivos. En las últimas décadas se ha prestado mucha atención a la depresión postparto, y no así a la depresión en el embarazo, cuando ambas constituyen un continuum y a los fines de prevención es más oportuno su detección durante el embarazo.

En Chile, donde la depresión ha sido considerada un problema de salud pública, los datos oficiales, presentan a la depresión posparto como una enfermedad prevalente, que afecta a una de cada cinco beneficiarias de la Atención Primaria de la Salud, y se asocia a grados de discapacidad importantes (Martinez et al, 2015).

Factores de riesgo asociados

Ana María Póo et ál, (2008) señalan que la mayor cantidad de factores asociados a la depresión, son de índole familiar. En consonancia con ese resultado, Dois et al (ob.cit.) en una población de puérperas de bajo riesgo obstétrico, pareja conviviente y nivel de instrucción medio, muestra que la percepción materna de disfuncionalidad familiar es la única variable significativa. En el mismo sentido Urdaneta et ál, (2011), concluyeron en Venezuela, que el nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de depresión postparto; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector. Los resultados de la investigación realizada por Borda Pérez, M. et al (ob.cit) en una muestra de embarazadas en Colombia, especifican como



factores de riesgo a las variables “antecedente de aborto”, “disfuncionalidad familiar” y “ocupación fuera de casa” (estudiante/empleada). Concluyen que las mujeres que realizaban actividades fuera del hogar y presentaban algún grado de disfuncionalidad familiar (leve o grave) tuvieron aproximadamente tres veces más riesgo de presentar depresión. En el estudio de Martínez et ál (ob.cit.), surge como núcleo conflictivo de las puérperas, la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados.

Alvarado et ál (2010) en una población de mujeres atendidas en hospitales públicos de Méjico, hallaron que la mayoría de los factores estadísticamente significativos fueron los que habían ocurrido antes del parto, como los antecedentes de episodios depresivos y las situaciones estresantes durante el embarazo. En esta investigación, la mala relación con la pareja se asoció a la depresión.

Díaz, M. et al (2013) en un estudio llevado a cabo en Venezuela, concluye que existe 8,5 veces mayor riesgo de padecer ansiedad y 6,5 veces de padecer depresión cuando las embarazadas tienen una relación de pareja inestable.

Paolini et al (2012), en una muestra tomada en un hospital público de Buenos Aires, Argentina, encontraron, entre los factores asociados significativamente, a la violencia familiar, migración, antecedentes de depresión, cantidad de acontecimientos estresantes en el último año y años anteriores. En otros estudios la variable “embarazo no esperado” se asoció a al riesgo de depresión. (Luna Matos et ál, 2009; Gentes, 2016)

Villegas Loaiza, (ob.cit.), sintetiza los resultados de investigaciones, señalando como factores predisponentes para la depresión postparto, los antecedentes previos de cuadros depresivos, los antecedentes familiares de depresión y la depresión durante el embarazo. Como desencadenantes nombra: la falta de redes de apoyo, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico, ser víctima de violencia.

Otros factores encontrados provienen del ámbito laboral/profesional de la mujer como “ocupación fuera de casa” (Borda et ál, ob.cit.) y “satisfacción laboral” (Gentes, 2016), que se asociaron significativamente con el riesgo de padecer depresión, lo que resulta interesante para interrogar de qué modo se entrelaza el contexto sociocultural actual con la disposición psíquica de las mujeres durante el proceso de la maternidad.

Al decir de Mendoza et ál (2015) “... la forma en que las distintas sociedades asumen la gestación, el nacimiento, la transición de roles, y la capacidad de las redes de apoyo de articularse en torno a estos acontecimientos, tendrá relación con el devenir de cada postparto (p.892)

A modo de síntesis, las interacciones que ocurren con los integrantes de la familia de origen y con la pareja, como así también las condiciones de cobertura que le provea la organización social a la que pertenece, son las que tienen mayor repercusión en la mujer durante estos períodos,

expresadas en los factores de riesgo encontrados: disfuncionalidad familiar, falta de apoyo social y familiar, sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados.

La depresión desde autores psicoanalíticos

Para comprender la dinámica intrapsíquica, que se da en la depresión, autores psicoanalíticos aportan desarrollos al respecto.

Benzió Winograd (2005) plantea la polisemia del término depresión, que implica distintos grados y modalidades, por lo que es más preciso hablar de las depresiones. Retoma de la obra freudiana, la diferencia entre duelo y melancolía, y advierte que en Freud siempre aparece una comparación entre un procesamiento de la pérdida esperable y lo que se consideraría patológico como la melancolía. El proceso del duelo es entendido como el trabajo que realiza el psiquismo para recuperarse de sus pérdidas. Lo puede hacer mediante un proceso de elaboración productiva o haciendo síntomas, lo que, en Freud explica la dinámica de problemáticas que van desde las depresiones neuróticas hasta las estructuras melancólicas más graves. Considera Winograd, que la noción de narcisismo es el núcleo central de la explicación psicoanalítica de la depresión. Es el problema de los valores humanos y de la identidad, en el que se puede distinguir:

- 1) Lo que el sujeto entiende como valor
- 2) El valor dado a su propia identidad
- 3) Los valores según los cuales el sujeto se compara con los otros en sus relaciones significativas.
- 4) Los grados o niveles de discriminación entre lo que el sujeto registra de sí mismo y de los otros.

Desde esta perspectiva la depresión tiene que ver con el lugar que tienen las aspiraciones, las expectativas y los logros prácticos, la comparación entre cómo uno se percibe y cómo registra o percibe a los otros significativos. La noción de objeto dentro de la perspectiva narcisista es algo que se va organizando dentro del propio sujeto y que gradualmente se va diferenciando de él. Hay diferencias entre ideal del yo y el yo ideal. En el ideal del yo se encontrarían las aspiraciones, en función comparativa. El yo ideal, es una estructura momentánea donde se funde el yo con el ideal del yo, como sucede en la manía. Winograd expresa “mientras el ideal del yo correspondería a un funcionamiento habitual del psiquismo humano, la aspiración al yo ideal implicaría potenciar al máximo algunos de los rasgos o aspiraciones que forman el ideal del yo” (ob. cit., p.81).

Luis Hornstein (2007) caracteriza a la depresión como la pérdida de energía y de interés, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, pérdida de la capacidad para experimentar placer y pensamientos de muerte o suicidio. En los estados depresivos, se ve profundamente afectada la autoestima. “Las depresiones resultan de una alteración de la autoestima en el



contexto de los vínculos y los logros actuales.” (p.25). Toma la distinción que hace Blatt (1998) entre dos tipos de depresiones: la anaclítica, caracterizada por sentimientos de indefensión, abandono, desprotección, soledad y la introyectiva caracterizada, por sentimientos de inferioridad, fracaso, falta de mérito y culpa. Se ha asociado la primera al modo de sentir de las mujeres, en las cuales la principal fuente de compensación libidinal provendría de sus vínculos con los otros. En cambio, la segunda, en tanto hay una fuerte necesidad de satisfacer al super-yo, y sus valores éticos, se lo asimiló a lo masculino. Tanto en hombres como mujeres, en el cuadro depresivo, serían las heridas narcisistas las que conllevan a la pérdida de la autoestima. Además, plantea que la relación con el ideal puede llevar a la inhibición o a la sublimación. En la inhibición, hay un vaciamiento narcisista a expensas de un ideal muy exigente; hay una distancia muy grande entre lo que el sujeto desea (ser, realizar) y la representación de sus posibilidades.

Hugo Bleichmar (2008) señala las dificultades que subyacen al término “depresión”, ya que existen variados subtipos, según el predominio de los factores motivacionales que dan por resultado diversas combinatorias. Analiza las manifestaciones de la depresión y las sintetiza en la tristeza, la inhibición psicomotriz y los autorreproches; sin embargo puede existir una y faltar las otras. La relación entre tristeza, inhibición y autorreproches es más compleja de lo que parece y tampoco implican relación de causalidad. Se pregunta cuál es el núcleo, el denominador común del fenómeno depresivo que se encontraría en los distintos cuadros. Se trata de una estructura cognitiva-afectiva, en tanto el afecto está enlazado a un determinado tipo de ideas. En ese entramado “se siente como inalcanzable algo deseado, anhelado” (p.15), lo que puso de manifiesto Freud cuando se refirió a la depresión como la reacción a la pérdida de objeto. En la inhibición depresiva se produce un retardo o la casi anulación que sufren la ideación, la percepción, la motilidad, y las manifestaciones afectivas. Concluye que tiene el siguiente mecanismo 1) se mantiene un deseo; 2) el deseo se anticipa como irrealizable y 3) hay fijación en ese deseo o sea, imposibilidad de pasar a otro.

Aquí es importante subrayar que ese deseo tiene que ver con lo anhelado, un ideal para el yo del sujeto. Pero ese ideal ha sido construido en el vínculo con los otros, en el entramado social a través del tiempo, donde deseamos algo por el valor que eso tiene para otros significativos en nuestra vida. Esos otros significativos sostienen ideales que se comparten en determinado grupo social. En el espacio intrapsíquico, ese ideal se ha incorporado en el sujeto (super-yo) y desde allí lo habilita, valora o sanciona. El autor distingue a la depresión narcisista de la depresión culposa. En la primera, la causa estriba en el no logro de la identificación con el yo ideal, entonces el sujeto no se siente preferido, amado. El “ideal es de perfección narcisista” (p.123). En la modalidad culposa, predomina la preocupación por el objeto y los sentimientos de culpa y

A partir de los conceptos desarrollados, surgen algunas preguntas:



¿Cuáles son los ideales sostenidos por las mujeres actuales? Cómo juegan los deseos en función de esos ideales en el psiquismo de las embarazadas y las puérperas? Qué conflictos están expresando los síntomas depresivos?

Aportes de los estudios de género

Hacia fines del siglo pasado, psicoanalistas con perspectiva de género – Dio Bleichmar, 1991; Burín, 1987; Burín y Meler, 1998; Fernández, 1993, entre otras – analizaron de qué manera los factores socio-históricos producen subjetividades femeninas y reproducen las desigualdades entre los géneros.

La perspectiva de género es una herramienta conceptual fundamental; nos permite poner en evidencia que la cultura propone a mujeres y varones una diferente manera de pensar, sentir, desear y comportarse. Lo hace desde un agudo análisis de lo que se ha naturalizado y se ha ido transmitiendo de generación en generación. La utilidad que ofrece el género como herramienta de análisis, es que nos permite interrogarnos sobre las categorías con las que pensamos y que damos por sentado como pre-existentes. Permite articular los aspectos psicológicos, con las creencias, los roles, los símbolos culturales, la experiencia del cuerpo, la sexualidad (Osborne, R. et al , 2008)

Débora Tajer (2012) responde a la pregunta de porqué es importante incluir una mirada de género en salud. Porque implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención. Las asimetrías entre los géneros se articulan con otros factores, como la edad, etnia, clase social, y determinan vulnerabilidades y modos de enfermar diferentes.

Estas autoras han profundizado sobre la subjetividad femenina, que presenta cualidades diferenciadas de la masculina. Se ha asociado la dependencia, las emociones, la pasividad, la naturaleza con lo femenino; en tanto la autonomía, la fuerza, la cultura, el razonamiento con lo masculino.

Los roles designados y las expectativas puestas en cada género desde la familia y la sociedad, fueron generando la fragilización del género femenino y su subordinación al masculino. Estos procesos están invisibilizados, naturalizados (Fernández, 2009).

Las mujeres quedaron relegadas al ámbito privado, doméstico, en el que desarrollaron habilidades afectivas, emocionales para detectar y responder a las necesidades de la pareja y los hijos en la intimidad del hogar, mientras los hombres desarrollaron otras habilidades para actuar en el ámbito público, como la competencia, la agresividad, la producción de objetos.

Históricamente, las mujeres sean o no las madres biológicas, se han hecho cargo de la crianza de los infantes. El mito mujer = madre (Fernández,1993), tan fuertemente instalado en el imaginario social, lo mantuvo incuestionable durante siglos.

Lxs hijxs eran la propiedad privada de las mujeres, con los que mantenían un contacto cercano y atendían a sus necesidades. En la medida que las mujeres producían sujetos, se producían a sí misma, instalando así la convicción social de que la maternidad está en la base de su subjetividad (Burín, 2002).

El nacimiento de un hijx incrementa en las madres el nivel de sensibilidad y responsabilidad, porque la tarea fundamental es el maternaje. Este proceso, que exige un sobre esfuerzo, son las prestaciones yóicas necesarias y permanentes que realiza el yo materno para lograr que el infante humano devenga en sujeto psíquico. En lo cotidiano implican la privación del sueño y el descanso, el amamantamiento, los cambios en la relación conyugal y el aislamiento social (Burín, ob.cit). La autora lo nombra como “el segundo trabajo invisible”, por referencia al primero que es el doméstico. El aparato psíquico de la persona que hace la labor de maternaje realiza un trabajo de ordenamiento y jerarquías entre sus propias necesidades y las del infante, necesidades que en principio se presentan como contradictorias.

En las últimas décadas, se han producido cambios en la constitución de las subjetividades masculinas y femeninas que han modificado las relaciones entre los géneros y la percepción de la maternidad. Graciela Reid (2019) retoma la clasificación que otras autoras- Burín y Meler (1998)- hicieron en relación a los modelos de subjetivación femenina, distinguiendo el tradicional, el transicional y el innovador. El tradicional se caracteriza por el sostenimiento de la división sexual del trabajo, la supremacía de los valores de la conyugalidad y de la maternidad, espacio éste donde se desarrolla la vida de las mujeres. Ser buena como esposa, ama de casa y madre era una representación muy fuerte en el ideal de esas mujeres.

Es importante hacer foco en el modelo transicional porque son las mujeres, que a mediados del siglo XX, entraron al mercado laboral asalariado y pudieron acceder a los niveles superiores de educación formal¹¹. En los acuerdos conyugales de este modelo, son los varones los que llevan adelante el rol de principales proveedores. En ese pacto, aún cuando sostienen la ecuación mujer=madre del modelo tradicional, valoran el ámbito público como lugar ideal de la realización personal. Esta paridad de ideales les plantea tensiones y conflictos para compatibilizar ambos espacios. A pesar de ejercer sus profesiones, mantienen contratos conyugales del modelo anterior donde los varones son los principales proveedores en cuanto a lo económico y simbólico. Esto se convierte en desventaja para las que quieren progresar en sus carreras profesionales. Muchas veces presentan conflictos en relación a la rivalidad con la pareja, lo que aparece como quejas o reclamos. Las dificultades para compatibilizar la vida familiar y el desarrollo de su carrera profesional, lleva a los desencuentros entre hombres y mujeres, produciendo separaciones y divorcios.

¹ El informe de Catterberg, G (2014) para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo señala: “Hoy en día no solo es mucho mayor la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, sino también más estable a lo largo de su adultez. Las mujeres de entre 24 y 44 años son quienes más participan del mercado de trabajo” (p.20)

En el tercer modelo, el innovador, aparece un abanico de posibilidades para realizar los ideales de maternidad y conyugalidad, que se presentan más como opciones que como mandatos: mujeres que deciden no tener hijos, pero apuestan a la convivencia con la pareja; otras optan por ser madres sin pareja, a través del banco de espermatozoides y de los procesos de fertilización asistida, como así también las que decidieron seguir con el embarazo ante la negativa de la pareja a involucrarse, teniendo la posibilidad de abortar. Y muchas otras, que representando transiciones entre los tres modelos, y que no habiendo buscado ese embarazo, no supieron, no quisieron o no pudieron interrumpirlo, en un país donde ese acto está penado y en los casos que está permitido²², muchas veces no se cumple.

La posmodernidad propone una más amplia gama de opciones haciendo centro en la libertad individual, lo que trae aparejado que cada mujer se permita buscar lo que desea. Sin embargo el “elegir”, “decidir”- con respecto a la maternidad, como así también en relación a otras cuestiones de la vida - no presenta un camino tan lineal y claro. Como problemática plantea una complejidad, que implica ambivalencias y conflictos que se entraman con el deseo y el no deseo.

Retomando el modelo de las innovadoras, el deseo de maternidad aparece como proyecto personal a la par del proyecto de realización laboral. Esto suele ser motivo de conflicto, dado que en ambos ideales hay expectativas omnipotentes para darle cumplimiento al mismo tiempo. En sectores sociales medios donde el deseo de estudios superiores y posicionarse profesionalmente está muy presente, la mujer posterga el inicio de la maternidad o limita el número de hijos³³. El avance de la tecnología médica ha hecho posible retrasar el reloj biológico mediante la criopreservación de los óvulos y las técnicas de fertilización asistida. El distanciamiento entre la relación sexual y la concepción de un hijo, lleva a diversas formas de construir lazos familiares.

En la publicación ¿Los hijos influyen por igual en hombres y mujeres?, Claudia Lupica expone tres hallazgos principales de la investigación:

a) “pese al avance de las mujeres en el acceso a la educación y al mercado laboral, todavía no han alcanzado una situación equitativa con los hombres; b) las mujeres y los hombres que tienen hijos –y de forma especial las madres– obtienen menores oportunidades de desarrollo que aquellos que no tienen descendencia; y c) los cuidados continúan siendo considerados un asunto familiar, particularmente de las mujeres-madres”. (2010, p.11)

En la investigación llevada adelante desde la Secretaría de Extensión Universitaria (UNC) por Rodigou Nocetti et al (2011), se analizaron las trayectorias laborales de docentes hombres y mujeres en el ámbito universitario. En las trayectorias con obstáculos, categorizadas como

² Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.

³ Investigaciones del Observatorio de la Maternidad reflejan que las madres con estudios universitarios/terciarios completos retrasan 6 años el inicio de su maternidad con respecto a las madres con bajo nivel educativo: 28,3 años vs. 22,3 años.



“haciendo equilibrio entre el ámbito familiar y laboral” (los que han formado pareja con hijos), “la familia para más adelante” (solterxs entre 21 a 30 años), “las postergaciones del descanso y la recreación” y “las renunciaciones”, la mayoría son mujeres, mientras que en la trayectoria “transitando sin conflictos”, el 72 % son varones. Un hito crítico en las trayectorias es el nacimiento de lxs hijxs, que impacta de manera diferente en los trabajos de mujeres y varones. Las líneas del tiempo construidas por las mujeres muestran la interacción conflictiva entre el ámbito familiar y el laboral. Con lxs hijxs pequeños, dejan para más adelante las posibilidades de ascenso o de formación; y cuando lxs hijxs crecen, se dedican a “hacer carrera docente, buscando el acceso a cargos docentes y de investigación” (p.238)⁴⁴

Es interesante retomar dos condiciones psicológicas que según Emilce Dio Bleichmar (1991) se encuentran con mayor frecuencia en las personas que sufren depresiones: dependencia y restricción social. La primera alude a la dependencia emocional del juicio del otro para regular la autoestima. La segunda se refiere a la situación en que una persona desempeña un solo rol y se halla muy aislada y con poca participación social. Ambos factores reducen las fuentes de mantenimiento de la autoestima. En un momento, donde había menos resultados de investigaciones con perspectiva de género, la autora reconocía a ambos factores como propios de la constitución de la subjetividad femenina, que la hace vulnerable a los trastornos depresivos. Posiblemente este argumento se puede relacionar en mayor medida con los modelos de subjetivación tradicional y transicional, donde las mujeres se vivencian como incompletas sin el hombre, porque han aprendido a validarse desde lo masculino y a considerarse subalternas. En investigaciones futuras que se realicen con mujeres nacidas en este milenio se podrá ver en qué medida el modelo innovador se va distanciando o si sostiene rastros de los anteriores.

Volviendo a las dos condiciones descriptas, es interesante analizar cómo se dan en el puerperio. La restricción social se impone después del parto por la demanda del recién nacido y la adaptación a la nueva realidad. El rol maternal aparece como totalizador, único, necesario y permanente para la supervivencia física y emocional del bebé, desplazando los otros roles que pueda haber ejercido la mujer hasta ese momento. Más aún en la configuración de las familias urbanas actuales, donde convive la pareja o la mujer sola.

El rol materno por su complejidad y exigencia genera una exagerada vivencia de responsabilidad, lo que se acompaña de inseguridad y temores sobre el desempeño del mismo. En este punto la puerpera, especialmente la primeriza, se siente muy vulnerable al juicio de los otros (pareja, madre, obstetra, pediatra, amigos, etc.) para regular su estado de ánimo. La dependencia a las opiniones y juicios sobre su desempeño en el parto, amamantamiento, cuidado del bebé, en tanto

⁴ Al respecto Gabriela Catterberg (2014), expresa en relación a las entrevistas tomadas a mujeres con cargos directivos “La hostilidad durante el embarazo se sigue percibiendo como un elemento central de los entornos masculinizados, y se manifiesta a través de cuestionamientos —generalmente informales— sobre el compromiso con el trabajo. Para algunas entrevistadas, la maternidad representó un freno a sus trayectorias; para la mayoría, fue una fuente de incertidumbre sobre su futuro laboral”

no le devuelven la imagen de mamá esperada, va impactando en su autoestima. Justamente por exigir el puerperio un profundo compromiso emocional de la mujer, es uno de los periodos de mayor vulnerabilidad y en el que existe el mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo. El puerperio, en las condiciones actuales conlleva la dependencia y la restricción social, perdiendo temporalmente la puérpera otros pilares de su identidad (laborales, profesionales) que hacen al sostén de su autoestima.

Aunque es demasiado pronto para analizar los efectos de la pandemia, es de prever que desde este año, con la aparición del COVID-19, esta problemática se ha intensificado ya que la restricción social es el pilar del aislamiento social, preventivo y obligatorio, establecido por el decreto presidencial. En entrevistas con embarazadas, también se observan ambas condiciones en tanto la restricción social propia del aislamiento impuesto, ha disminuído las interacciones personales en los ámbitos familiar, social, laboral, y también en las consultas médicas. Se han intensificado los miedos, especialmente por sí misma y por el hijx en gestación ante la amenaza de la enfermedad provocada por el virus, y la inseguridad en las medidas que toma para los cuidados de su salud. Además, la restricción social impuesta por la larga cuarentena, ha reducido los vínculos de la mujer con otros significativos, profundizándose sólo con la pareja conviviente, lo que en los casos de violencia familiar, representa un mayor riesgo para ella. También han desaparecido otros apoyos que tenía antes del aislamiento social como la ayuda de empleadas, las guarderías, los jardines maternos, exponiéndose a una mayor carga de trabajo y cuidados en el ámbito doméstico, a la par de continuar en muchos casos con su trabajo o profesión en forma virtual.

5. Conclusiones/Contribuciones

Este trabajo ha tomado como punto de partida la revisión de investigaciones sobre la incidencia de las depresiones perinatales, y los factores de riesgo asociados. Las investigaciones revisadas arrojaron variaciones en los porcentajes de los trastornos en distintas muestras de mujeres embarazadas y puérperas, señalando un menor índice en países más desarrollados, que ofrecen mayor apoyo social. Entre los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal, hallaron la disfuncionalidad y falta de apoyo de la pareja y/o de la familia, el embarazo no buscado, la ocupación fuera de la casa, la sobrecarga de trabajo y de cuidados. Con respecto a los antecedentes, que podemos llamar históricos, en la mayoría de los resultados se encuentran los antecedentes individuales y familiares de depresión y la cantidad de acontecimientos estresantes en los últimos años.

Los aportes psicoanalíticos ponen el foco en los dinamismos intrapsíquicos y en los síntomas más representativos del cuadro depresivo. La inhibición aparece como el síntoma predominante que se extiende a diversas funciones yoicas: la motricidad, la percepción, la expresión afectiva, el

funcionamiento cognitivo, y que muchas veces se acompaña por autorreproches y/o tristeza. En el núcleo hay un deseo que se percibe como irrealizable y que no puede ser sustituido por otro. Se ha perdido el objeto de ese deseo, objeto que en la estructura psíquica interna está ubicado en el ideal del yo. El distanciamiento del ideal, produce heridas narcisistas y la disminución de la autoestima.

Las autoras con perspectiva de género, al poner el acento en las diferentes construcciones de la subjetividad en mujeres y varones, aportan los factores socio culturales que se entran en la dinámica psíquica, a la vez que permite analizar cuales son los ideales asociados al “ser mujer” y “ser hombre” que producen mitos y mandatos en el imaginario social y que van transformándose a través del tiempo en cada cultura. Entre las propuestas culturales que históricamente han generado mandatos para cada género, el de ser madre consolidado en el mito mujer = madre, no pierde su eficacia pero la va modificando según el entramado con otros mandatos, las transiciones generacionales, y la subcultura de cada grupo social. Este mito se va deconstruyendo progresivamente en sectores medios donde las mujeres presentan un nivel de instrucción superior y apuestan al éxito laboral; sin embargo en la gran mayoría, la maternidad sigue siendo un ideal a lograr que les genera múltiples conflictos, tensiones y sufrimiento, en tanto aún no se han modificado las configuraciones sociales que atribuyen a la mujer la responsabilidad por la crianza de los hijos.

Si la maternidad, hasta la primera mitad del siglo XX, era la base, el sostén fundamental de la identidad femenina, en las mujeres actuales, aparece otro ideal con igual fuerza que la impulsa a desarrollar proyectos personales, independientemente del familiar. La coexistencia de ambos deseos genera una tensión constante, y al concretarse funcionan como sobrecargas autoasumidas y donde la renuncia a cualquiera de ellos se vivencia como una renuncia narcisista, no sin costo en la salud mental.

En otros casos el deseo de hijos no está presente en la mujer, sin embargo se entretienen otros conflictos donde aparecen los deseos de la pareja o la familia, generándole sentimientos de culpa y temor al abandono. El sentimiento de culpa, que aparece cuando intenta salir del estereotipo, ha sido un elemento central de disciplinamiento del género femenino en la cultura patriarcal que ha mantenido invisibilizado el no deseo de hijos.

Estamos en una sociedad que, a través de las redes sociales, busca mostrar a una mujer exitosa en la maternidad y exitosa en su esfera laboral. Una maternidad idealizada, romantizada, donde se prescriben las condiciones del “buen embarazo”, el “buen parir”, el “buen criar”, difícil de sostener en mujeres de sectores medios que gestionan a la par otros proyectos personales, y en los sectores de menores recursos, que buscan compatibilizar maternidad y subsistencia. La mujer siente que pone a prueba sus competencias personales en función de ideales incorporados, de los que circulan socialmente como fuertemente asociados a su género; y desde allí se percibe como realizada o fracasada.



Referencias

- Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx.* 1: 1-9.
- Bleichmar, H. (2008). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. 1ra ed. Buenos Aires: Nueva visión.
- Borda Perez, M., Forero, C., Cabarcas, N., Hinestrosa, C., Polo Lobo, S., Mairén Staaden Garavito, M., Valencia Mejía, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) *Salud Uninorte*. Barranquilla. 29: 394-404.
- Burín, M. (2002). *Estudios sobre la subjetividad femenina*. 2da. ed. Buenos Aires: Librería de mujeres.
- Burín, M. y Meler, I. (1998). *Género y Familia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Catterberg, G. (2014). *Género en el trabajo: brechas en el acceso a puestos de decisión*. PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J.G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., López, J. (2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus*. 2:25-30.
- Dio Bleichmar, E. (1991). Las depresiones en la mujer. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 39: 283-287.
- Dois Castellón, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* 4: 576-586.
- Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile*; 140: 719-725.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión*. 1ra. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- (2009) *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- Gentes, G. y González, C. (2016). Factores de riesgo para la depresión posparto. SGCS. UNC. Córdoba, Argentina. Tesis de Maestría.
- Hornstein, L. (2006). *Las Depresiones. Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Illanes, M. y Scorza, D. (2011). *Informe: problemáticas de salud mental. Recopilación de estudios e investigaciones*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología.
- Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev. Med. Clin.*; 25: 1019-1028.

- Lopes Menezes, F., Netto de Oliveira, A.M., Pinto Lemos, L.A., Arruda da Silva, P., Pereira da Costa Kerber, N., Santos da Silva, M. R. (2012). Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*. 27: 408-418.
- Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 26: 310-4.
- Lupica, C. (2010). Madres más temprano y más solas: Tendencias demográficas de la maternidad y la paternidad. Buenos Aires. Observatorio de la Maternidad
- Lupica, C. (2010). Los hijos ¿influyen de igual manera en la vida de las mujeres y de los hombres?. Anuario de la Maternidad. Buenos Aires. Observatorio de la Maternidad
- Lupica, C. y Cogliandro, C. (2013). Cuadernillo Estadístico de la Maternidad N° 7. Maternidad en Argentina: aspectos demográficos, sociales, educativos y laborales. Procesamiento de datos de la Encuesta Permanente de Hogares, INDEC- período 2006-2012. Observatorio de la Maternidad.
- Martinez, P., Rojas, G., Magaña, I. (2015). Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Terapia psicológica*, 2: 59-68.
- Mendoza, C. y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev.Med. Chile*; 143: 887-894.
- Nardi, B., Bellantuono, C., Moltedo Perfetti, A. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Rev chil obstet ginecol*; 77: 434 – 443
- Orejarena Serrano, S. J. (2004). Trastornos afectivos posparto. *MedUNAB* ; 7: 134-139.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Osborne, R. y Molina Petit, C. (2008). Evolución del concepto de género (Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler) *Empiria*. *Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 15: 147-182.
- Oviedo Lugo, G., Mondragón, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*, 2: 131-140.

- Pérez Villegas, R., Sáez Carrillo, K., Alarcón Barra, L., Avilés Acosta, V., Braganza Ulloa, I., Coleman Reyes, J. (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según Escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 3: 187-191.
- Paolini, C., Oiberman, A., Balzano, S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 12: 65-73.
- Póo, A.M., Espejo, C., Godoy, C., Gualda de la, 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. *Rev Méd Chile*; 136: 44-52.
- Reid, G. (2019). *Maternidades en tiempos de des(e)obediencias*. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- Rodigou Nocetti, M.; Blanes, P.; Burijovich, J., Dominguez, A. (2011). *Trabajar en la Universidad. (des) igualdades de género por transformar*. Editorial Universidad Nacional de Córdoba.
- Tajer, D. (2012). *Construyendo una agenda de género en la política pública en salud*. En *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar.
- Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev chil obstet ginecol*; 76: 102-112.
- Villegas Loaiza, N.; Paniagua Dachner, A.; Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*.
- Winograd B. (2005). *Depresión: ¿Enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed Paidós.