



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

Nº42

Abril 2016

www.um.es/eglobal/

DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia

Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família
 Experiences and meanings of post-partum depression in women in the family context

*Barbosa, Maria Aparecida Rodrigues da Silva, **Ângelo, Margareth

*Profesora Adjunta de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Mato Grosso (UFMT) E-mail: cidarodrigues@usp.br **Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EEUSP), Brasil.

Palabras clave: Familia; Relaciones familiares; Enfermería; Depresión postparto
 Palavras chave: Família; Relações familiares; Enfermagem; Depressão pós-parto.
 Keywords: Family; Family relationships; Nursing; Post-partum depression

RESUMEN

Objetivos: Comprender las experiencias y significados de la depresión materna después del parto para la mujer y su familia; Desarrollar un modelo teórico representativo de la experiencia de la mujer y de la familia.

Métodos: Estudio cualitativo tuvo como guía de referencia teórica el interaccionismo Simbólico y la teoría referencial metodológica basada en Datos. Los participantes de este estudio fueron mujeres que han tenido depresión postparto y sus familiares, reclutados a través de hospitales públicos y unidades básicas de salud de la ciudad de Cuiabá-MT. Los datos fueron colectados a través de entrevistas en profundidad con la mujer y la familia.

Resultados: El modelo teórico "Oscilando entre el apoyo y la necesidad de mantener el control" representa las percepciones y estrategias presentes en las experiencias de la mujer y de la familia dirigidas a la adaptación de la vida familiar, a las circunstancias de la vida afectadas por la depresión.

Conclusiones: Control y apoyo son los elementos básicos simbólicos de cómo las mujeres y la familia manejan la experiencia desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación del diagnóstico.

RESUMO

Objetivos: Compreender as vivências e significados da depressão pós-parto materna para a mulher e sua família; Desenvolver um modelo teórico representativo da experiência da mulher e da família.

Métodos: Estudo qualitativo com referencial teórico o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. Os participantes foram mulheres que tiveram depressão pós-parto e seus familiares, recrutados em Hospitais Públicos e Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá-MT. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade.

Resultados: O modelo teórico “Oscilando entre o apoio e a necessidade de manter o controle” representa as percepções e estratégias presentes na experiência da mulher e da família visando à adaptação da vida familiar às circunstâncias da vida afetadas pela depressão.

Conclusões: Controle e apoio constituem os elementos simbólicos centrais de como a mulher e a família manejam a experiência desde o início dos sintomas até a constatação do diagnóstico.

ABSTRACT

Objectives: To understand the experiences and meanings of maternal post-partum depression for the woman and her family; To develop a theoretical model representative of the woman and her family's experience.

Method: Qualitative study that had as a guiding theoretical referential the Symbolic Interactionism and as a methodological referential the Grounded Theory. The participants of this study were women who had post-partum depression and their families, recruited through public hospitals and basic health units in the municipality of Cuiabá-MT. The data were collected through in-depth interviews with the woman and family.

Results: The theoretical model “Oscillating between the support and the need to maintain control” represents the perceptions and strategies present in the experience of the woman and her family aiming at adapting family life to the circumstances of life affected by depression.

Conclusions: Control and support constitute the core symbolic elements of how the woman with post-partum depression and her family deal with the experience from the onset of the symptoms until the results of the diagnosis.

INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años ha habido un creciente reconocimiento de que para algunas mujeres, la gravidez y el postparto pueden ir acompañados de muchos trastornos, en particular de depresión, conocimiento este opuesto al de la creencia popular ampliamente difundida de que es un periodo de alegría para todas las mujeres ⁽¹⁾. Por temor a no ser comprendidas, muchas mujeres no revelan los sentimientos de tristeza, pues se sienten culpadas por estar experimentando síntomas depresivos en un momento que debería ser de alegría ⁽²⁾. Son frecuentes pensamientos obsesivos sobre los cuidados y la salud del bebé, siendo el síntoma más precoz la disonancia en la interacción, aun antes de manifestarse los síntomas depresivos. La sintomatología se inicia en las primeras semanas o meses a continuación del parto y cerca de 2/3 de los casos se resuelven a lo largo del primer año ⁽³⁾. En términos de sintomatología y manifestaciones, no difiere de la depresión experimentada por personas en otras fases de la vida, caracterizándose por tristeza, pérdida de interés en actividades y disminución de la energía, pérdida de confianza y autoestima, sentimiento injustificado de culpa, ideas de muerte y suicidio, disminución de la concentración y perturbaciones del sueño y del apetito ^(4, 5).

La literatura nacional e internacional viene señalando en sus resultados que la DPP (Depresión postparto) se ha configurado como un problema de salud pública. Por eso una de las prioridades del Ministerio de Salud viene siendo incentivar las investigaciones relacionadas con la salud mental de las mujeres en el ciclo gravídico puerperal, con enfoque en la magnitud, dinámica, comprensión de los trastornos mentales del postparto, así como estudios de prevalencia e incidencia de trastornos mentales en la mujer embarazada ⁽⁶⁾.

OBJETIVOS

Comprender las vivencias y significados de la depresión postparto materna en la mujer y su familia; Desarrollar un modelo teórico representativo de la experiencia de la mujer y de la familia ante la depresión postparto materna.

MÉTODOS

Estudio cualitativo dirigido por el Interaccionismo Simbólico como referencial teórico y la Teoría Fundamentada en los Datos como referencial metodológico. Los participantes fueron 10 mujeres que tuvieron DPP confirmada por diagnóstico médico, psicológico o auto-relatado y 10 familiares que convivieron con ellas en la época de la afectación de la depresión. Los criterios de inclusión fueron: tener edad mayor de dieciocho años; no estar viviendo el proceso depresivo en el momento de la entrevista; haber pasado por lo menos dos años de la experiencia; tener al menos un miembro de la familia, además del hijo, presente, en su cotidiano durante la experiencia de la depresión; tener uno o más hijos (cuando tuvieron la DPP) y estos hijos estar vivos y sanos; tuvieron la experiencia de DPP. Los participantes fueron reclutados a través de Hospitales Públicos y Unidades Básicas de Salud del municipio de Cuiabá-MT, Brasil. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas con la mujer y el familiar y analizados según los preceptos de la Teoría Fundamentada en Datos.

El procedimiento de análisis de los datos siguió lo preconizado en el método comparativo constante ⁽⁷⁾. Así, tuvo lugar simultáneamente el análisis de los datos y la colecta de los mismos, o sea, tras la realización de cada entrevista era analizado el contenido transcrito. La codificación inicial se hizo línea a línea, palabra por palabra, incidente por incidente. En este proceso, los fragmentos de las entrevistas examinados se codificaron con palabras que reflejan acción. Cada incidente permitió la identificación de las primeras propiedades de la experiencia y recibía un nombre, de acuerdo con su significado, llamado código. Hecha la codificación inicial, pasamos a la fase de Codificación focalizada y selectiva, donde los códigos pasaron por un proceso de comparación entre sí, siendo agrupados por sus similitudes, formando categorías las cuales buscaron expresar los significados presentes en los códigos. Cada una de esas categorías recibió un nombre conceptual más abstracto que el código. Considerando que una característica del método comparativo constante es la provisionalidad de las categorías durante el proceso de análisis hasta su final, el nombre de las categorías fue modificado varias veces, hasta llegar a una denominación más representativa de los conceptos que las agrupaban, convirtiéndose en definitivas. Durante todo el proceso de colecta, codificación y categorización de los datos, se hacían preguntas a los datos y se formulaban hipótesis sobre las posibles relaciones establecidas entre los datos. Estas ideas fueron registradas y organizadas y sirvieron de base para la elaboración de los memorandos o memos.

La fase siguiente a la categorización de los datos, o sea, la Codificación teórica consistió en el reagrupamiento de las categorías que se referían a un mismo fenómeno y las conexiones entre ellas y sus subcategorías. De este modo, las propiedades de las categorías se densificaron y las categorías se integraron con otras. Este reagrupamiento de las categorías generó varias tentativas de representación gráfica de la conexión entre ellas, como forma de comprender la experiencia. La última etapa del análisis se realizó con la identificación de la categoría

central **Oscilando entre el apoyo y la necesidad de mantener el control** y permitió el desarrollo del modelo teórico representativo de la experiencia.

El proyecto de investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (CEP/EEUSP) conforme proceso nº1105/2011CEP-EEUSP. Esta investigación obedeció a las directrices de la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud ⁽⁸⁾ que regula la investigación con seres humanos.

RESULTADOS

Oscilando entre el apoyo y la necesidad de mantener el control representa el modelo teórico de la experiencia. Las vivencias y significados de la DPP materna para la mujer y su familia fueron comprendidas como un proceso psicosocial, en el que el control y apoyo constituyen los elementos simbólicos centrales de cómo la mujer con DPP y familiares manejan la experiencia desde el inicio de los síntomas hasta la constatación del diagnóstico e institución del tratamiento. Este modelo integra tres categorías que representan las percepciones y estrategias presentes en la experiencia de la mujer y de la familia atendiendo a la adaptación de la vida familiar a las circunstancias de la vida afectadas por la depresión

I. Luchando con la maternidad representa el *primer momento* del modelo teórico. Es el inicio del proceso que tiene como foco la mujer teniendo que luchar con su nueva condición de madre, experimentando frustración y miedo ante la incapacidad de realizar tareas simples destinadas a la atención de las necesidades del hijo recién nacido. La mujer define las situaciones que implican al hijo como sin control y, al identificar que algunas situaciones de manejo relativamente simples quedan sin control por la mujer, la familia sin comprender la razón del comportamiento que observa, intenta normalizar las relaciones con ella, apoyándola y cooperando en la realización de las mismas.

Los problemas relacionados con el amamantamiento y con el llanto del hijo, ora cursan juntos, se interconectan, se superponen uno al otro y ora cursan separados. Sin embargo, las dificultades con el amamantamiento se constituye como el primero de esos actos enfrentados por la mujer luego de los primeros contactos con el bebé.

La observación de los comportamientos de insatisfacción de su hijo, de su cuerpo en respuesta al amamantamiento y de otras que amamantan la lleva a inferir que algo está mal, lo que la deja estresada al no satisfacer al hijo con su propia leche, y se ve Luchando con el amamantamiento. Ella también se enfrenta a su propia incapacidad en el manejo del amamantamiento y con su nervosismo cara al problema que se presenta. En la interacción con el marido, este se muestra sensibilizado con su estado físico y expresa el deseo de aliviar su sufrimiento, comportamiento que la conforta y hace que ella se sienta acogida para proseguir el amamantamiento. Sin embargo, después de determinado periodo de tiempo de su lucha con el amamantamiento, ella comienza a percibir que el hijo presenta ganancia insuficiente de peso. Al rechazar la observación de normalidad que otros atribuyen al acto, la mujer intenta otras soluciones para alimentarlo contando con el apoyo y participación de los familiares que se unen junto a ella en acciones para resolver el problema que se presenta, ignorando consecuencias futuras para el éxito del amamantamiento exclusivo. Algunas veces la mujer se muestra reacia en ofrecer otra leche al hijo y en estas situaciones, el marido en interacción con la mujer y el hijo, evalúa el estado de ella y

del hijo y decide alimentarlo con leche industrial, comunicando su decisión al médico al mismo tiempo que busca consejo sobre el tipo de leche a ofrecer.

[...] luego al comienzo que ella no estaba dando leche debido a esa ansiedad suya del postparto, entonces, él estaba pasando hambre, entonces ella decía: “¡yo no voy a dar nada, porque si no él no va a estar sano!” Pero yo decía: “¡no, mi hijo está pasando hambre!” Ella hablaba: “¡no, si le doy biberón él no va a tomar pecho y no va a ser saludable!” (Hombre B).

Estas acciones son apoyadas por miembros de la familia, mas son aceptadas con restricciones por la mujer, siendo desconsideradas por el marido que se ve con dificultades de manejarlas, además de preocupado, priorizar la atención de las necesidades alimentarias del hijo.

Las decisiones para resolver el problema alimentario del hijo a través de otra leche son atravesadas por diversos sentimientos, entre ellos la frustración, la culpa, la desvalorización de sí misma en su competencia como madre, principalmente cuando compara su desempeño con el de otras mujeres de su entorno que, en su evaluación, teriam más inconvenientes para amamantar efectivamente y lo hacen sin problemas. Estos sentimientos se vuelven más fuertes cuando ella se había preparado y ya tenía conocimientos sobre el amamantamiento anteriormente a la llegada del hijo, y eso la decepciona profundamente.

La lucha diaria con el hijo también se extiende a la lucha con su llanto que es la manera que ella tiene para comunicar que algo no está bien y es preciso que las personas consigan descifrarlo y atenderlo, hasta que ella logre a través del lenguaje decir lo que siente y lo que quiere. Así, Luchando con el llanto del hijo, dice respecto del comportamiento de la mujer y familia en relación al lloro del niño y las estrategias utilizadas para la resolución del mismo.

La cara de llanto del niño es el símbolo de la madre suplidora de las necesidades del hijo que desencadena pensamientos que remiten a cuidados. Es un comunicado de que algo está incomodando al bebé y despierta ideas para solucionarlo. Afecta a algunos miembros de la familia que pasan a tener problemas con el descanso nocturno, especialmente la mujer que está consecuentemente sobrecargada por el acúmulo de funciones en la atención de las necesidades del recién nacido y de otras personas de la familia.

Los sentimientos que la mujer experimenta ante el llanto del bebé van desde descontrol, trastorno y desesperación, impregnados de la dificultad de identificar y consecuentemente resolverlo, culminando con su propio llanto al sentirse impotente y también con el deseo de poner fin, de manera drástica a lo que la incomoda. Ella se ve distanciada físicamente del hijo cuando éste llora, como una estrategia para evitar las intensas molestias que siente, para autopreservarse, recomponerse y consecuentemente dar la vuelta a la situación una vez resuelto el problema. Ella en algunas situaciones consigue identificar que el hijo se agita más con su presencia, presiente que él absorbe su estado emocional e intenta apartarse como una manera de suavizar la situación. En esos momentos, con frecuencia, ella cuenta especialmente y por un periodo relativamente largo, con la ayuda de otras mujeres de la familia, con quien se siente más segura y donde se siente cambiando temporalmente los papeles en la atención a las necesidades del niño.

[...] porque yo me trastornaba a la hora que él lloraba. ¡Yo me trastornaba! Si yo le cogía, él lloraba más todavía, porque cierto que él sentía que yo estaba muy nerviosa. Entonces mi madre lo tomaba, ahí yo creía que él estaba bien cuidado con ella. Yo tenía que esperar a reponerme. A veces, mi papel era pasar la toallita (caliente), y poner el medicamento, preparar, esas cosas. Allí yo hacía todo eso, allí a la hora que él paraba de llorar, yo lo tomaba. Pero, cuando él lloraba, yo me trastornaba, era con mi madre con quien yo creía que él estaba bien cuidado (Mujer D).

Algunos llantos del recién nacido se solucionan temporalmente a través de prácticas domésticas, pero cuando se vuelve difícil de solucionar, la mujer junto al marido y la familia se ven buscando ayuda médica. Por ello, esta busca se convierte en una sufrida, larga y estresante andadura, lo que causa en la mujer, inseguridad y desorientación, principalmente derivada de las diferentes y no siempre convergentes conductas profesionales en la atención al bebé.

El descubrimiento del motivo del llanto del hijo puede tardar de días a meses, y las consecuencias son que un problema concreto identificado, puede acarrearle sufrimiento a él, dejándola intensamente sensibilizada y desesperada. Por eso, los familiares a pesar de mostrarse no conformes y perplejos con la situación intentan tranquilizarla a través de la busca de informaciones, además de intentar hacer que ella entienda que el problema a pesar de haber provocado dolores y malestar en el niño, luego se resolverá.

Además de la pérdida de su equilibrio emocional cuando el hijo llora, ella se siente incapaz de cuidarlo y esto se nota más cuando es el primer hijo. El miedo de no saber y de no ocuparse de los cuidados del hijo se agranda cada vez más, principalmente ante la posibilidad de quedar a solas con él, hecho al cual se resiste. La incapacidad que siente en relación a su desempeño como madre se concretiza en los cuidados al hijo y junto a ello va naciendo la decepción consigo misma que se hace más evidente al percibir la facilidad con que otras mujeres de la familia atienden las necesidades de su hijo.

Ante la incapacidad que siente de cuidar al hijo, la mujer cuenta con el soporte de personas de la familia que se organizan en torno a ella y al niño, acompañando, apoyando, evaluando y junto a ella buscan estrategias para resolver los problemas que se presentan. Los comportamientos de la mujer hasta entonces son tenidos como normales y típicos de la fase que ella está cursando, una fase de adaptación a los actos considerados comunes en el momento. En este tiempo, el diagnóstico de la depresión aún no había sido realizado.

Con el tiempo, ella comienza a presentar comportamientos que son extraños para ella y para la familia, y que se exteriorizan en la relación con el hijo, se extienden y afectan a su relación con el marido y con otros de la familia quienes desconocen su forma de actuar y no entienden lo que a ella le sucede. Estos comportamientos concomitantes a los que tiene con el hijo van progresivamente tomando forma en la mujer quien se percibe perdiéndose en medio de sentimientos.

II. Perdiéndose en medio de sentimientos en la lucha con lo desconocido representa el *segundo momento* del modelo teórico. Esa etapa en que la mujer se hunde en el proceso depresivo está compuesta por sentimientos extraños y desconocidos. Las situaciones que vive quedan cada vez más fuera de su control; ella

no se ve muy bien y su habilidad para funcionar como madre varía bastante. En esta etapa, la familia también precisa luchar mucho para bregar con su funcionamiento variable e intenta de todas las formas ampararla y mantener el curso de los cuidados del niño y de la casa. Se evidencian los comportamientos y sentimientos experimentados por la mujer en la interacción con el hijo, consigo mismo y con los familiares, donde el descontrol se hace más presente y el apoyo de la familia asume una dimensión de protección tanto de ella como de la unidad familiar muchas veces amenazada. La soledad que la mujer experimenta deriva de la dificultad en expresar y en tener sus sentimientos y miedos reconocidos por la familia.

Cuidando excesivamente del hijo se relaciona con el comportamiento que la mujer pasa a tener en los cuidados al hijo, que son considerados por la familia como excesivos e innecesarios. En la relación con el hijo, la mujer se siente insegura para cuidarlo, como estrategia ella aumenta los cuidados que le dispensa como una manera de garantizar la integridad física de él y también su propia seguridad en la relación. En la ejecución excesiva de los cuidados al hijo, ella es observada por los familiares, especialmente por las mujeres que la alertan sobre sus actitudes y sus repercusiones en el futuro.

¡¡Y yo lo bañaba con agua mineral! Yo pasé un mes bañándolo con agua mineral y mi madre decía que no hacía falta y yo decía “no, ¿usted está loca?” Yo creía que ella estaba loca, ¿entiende? Hoy yo sé que la loca era yo, pero entonces yo creía normal todos los cuidados que yo tenía con él, ¿correcto? (ríe mucho)
(Mujer I):

El exceso de cuidados que ella presta al hijo funciona como garantía de que no está fallando en la función que se propone. Incluso cuando alertada por mujeres de la familia que en la relación con ella y con los cuidados que ella presta al hijo aportan sus experiencias para la situación, la mujer no entiende y rechaza las percepciones de ellas al respecto. En otras situaciones, la falta de control sobre los cuidados excesivos que presta al hijo está justificada por la sensación de normalidad que tiene de sus acciones, o sea, ella no ve exagerado su comportamiento, como es percibido por la familia. En otros momentos, ella percibe y se da cuenta de que los cuidados al hijo son exagerados, pero no consigue dejar de ejecutarlos.

En la interacción con la familia, ella tiene su comportamiento con el hijo explícitamente rechazado, principalmente por otras mujeres, que intentan llevarla por el camino de una maternidad menos intensa, más suave y práctica de afrontar, además de percibir y alertarla por las consecuencias de su comportamiento en la vida del hijo y en la suya propia. Por eso, con el transcurrir del tiempo ella va sintiéndose consumida por los cuidados con el hijo y ve su vida, su tiempo y su mirar enfocados totalmente a este.

Sin embargo, el ritmo de vida que el bebé le dicta no se acepta pasivamente. Ella se ve luchando continuamente, queriendo volver a su vida y en ese querer, aprovecha momentos para escaparse de la rutina del hijo, distanciándose a través de las oportunidades que percibe y dentro de las posibilidades que tiene de hacerlo. El retorno al trabajo después de acabada la licencia de maternidad y hasta incluso durante ella por necesidad financiera, es bienvenido. Por eso, en algunas situaciones lo hace con la depresión todavía en curso, aunque de forma aliviada, de manera espontánea. Si la vuelta al trabajo significa el distanciamiento de lo que le provoca malestar, el retorno al ambiente doméstico y a las actividades maternas al final del día señala la reinmersión en una realidad que rechaza.

La rutina de cuidados con el hijo va tomando el formato, cada vez más, de una función penosa y extremadamente cansina, y esto es peor cuando algunos problemas de salud comienzan a manifestarse en el bebé, como problemas respiratorios (bronquitis) y reflujo gastroesofágico haciéndola sentirse extremadamente necesaria y cansada. Un tiempo para estar sola pasa a ser su mayor deseo, a pesar de que una vez por otra este sea teñido por un sentimiento de culpa por verse así, principalmente cuando compara su comportamiento con el hijo con el de otras mujeres a quien toma como referencia de maternidad y cuando es acusada por los familiares en relación a la dedicación al hijo.

Las familias por medio de las mujeres intentan dar continuidad a su modo de cuidar a los niños, presentando comportamientos que ora suavizan la maternidad y ora la hacen pesada para la mujer. La manera como la familia trata la maternidad no siempre es aceptada por ella que ansía desligarse de las demandas del hijo y del control de las mujeres de la familia relacionados con su forma de cuidarlo.

Yo quería pasar unos días en el hospital (ingresada sola) sólo para salir de aquella rutina espantosa de preocuparme todo el tiempo, de tener que estar atenta todo el tiempo, de conseguir dormir sin nadie que me critique por eso. (mujeres de la familia). (Mujer G).

Su comportamiento con el hijo es controlado por la familia, o sea, es rechazado cuando ella se excede en los cuidados, cuando no quiere cuidarlo o cuando quiere tener un tiempo para sí misma. La familia, en especial las mujeres de la familia tienen su forma establecida de cuidados y relación madre-hijo e intentan hacer que la mujer se adapte a él. Sin embargo, no siempre el símbolo que la familia tiene de maternidad es el mismo que tiene ella y quiere significar para sí, entonces, los símbolos surgidos de la familia en relación a la maternidad no son significantes, pues ella no los reconoce.

Rechazando al hijo dice respecto de los comportamientos en que la mujer se niega a cuidar del hijo, percibidos por la familia y por ella y en los comportamientos en que a pesar de cuidarlo se ve rechazándolo, pero silencia este sentimiento que pasa desapercibido para la familia. El comportamiento es percibido por los familiares cuando ella busca maneras concretas para no cuidar del hijo a través del retorno precoz al trabajo formal remunerado, y en la negativa explícita de atender las necesidades del hijo. Esto provoca en las personas de su entorno la necesidad de atender las demandas del niño, principalmente en el periodo nocturno, cuando este llora. Esto lo hace con frecuencia el hombre que también intenta junto al bebé acomodarse y poder dormir y descansar.

[...] Algunas veces, el niño lloraba un rato por la noche y yo decía: ah, el niño no tiene hambre por la noche, no, no me voy a levantar para cogerlo, ¿de aquí a poco pasa! Ahí, cuando yo miraba, él estaba con el niño en los brazos, acariciándolo (Mujer A).

La negativa a cuidar del niño no escapa a la mirada atenta de la familia, principalmente de las mujeres. Esta mirada, ora comprende cuando percibe la falta de condición física materna y ora recrimina cuando la mujer tiene actitudes rudas con el niño. La familia, entonces, atenta a lo que sucede en la relación madre-hijo intenta proteger al niño de los comportamientos maternos considerados inadecuados y también suplir los cuidados que no recibe de la madre. Cuando la expresión del deseo

de liberarse y distanciarse del hijo se hace públicamente, ella es llamada a la realidad de que tiene un hijo, y eso se hace por los familiares, que la reconducen a la situación, evitando cualquier posibilidad de apartarse.

[...] yo tuve mucha gana de desaparecer, ¿sabe? Yo voy a dejarlo todo y me voy, aunque a ningún lugar, para nada ¿sabe? Yo solo voy a salir andando por el mundo... ¡Donde yo pare, yo pararé! (Mujer C).

Las mujeres mayores de la familia, a través de su experiencia, se ponen en la perspectiva de la mujer, reconociendo y validando los problemas y dificultades que ella expresa. El ejercicio de la maternidad es entendido por las mujeres de la familia como una tarea que no es fácil, y de ahí que sea comprensible el deseo de salir de la situación y abandonarla. Por ello, hay que mantenerse firme en su ejecución, pues la situación es irreversible, el niño es real, la mujer se volvió madre y hay, por tanto, una responsabilidad mayor que debe ser cumplida con firmeza y resignación, incluso ante los problemas que surgen en el transcurso.

En algunas situaciones, incluso cuando ella asume los cuidados con el hijo, se ve rechazándolo en su pensamiento. La mujer se ve expresando para sí misma el deseo de no haber tenido hijos y pensando sobre posibilidades de cómo sería su vida si el no existiese. El sentimiento de rechazo no llega a culminar con el abandono del hijo; ella piensa en la posibilidad, pero no ejecuta la acción pensada y, no por esto deja de recriminarse por los pensamientos que tiene. Entre tanto, ella se recupera pensando de manera comprensiva en otras mujeres que abandonaron a sus hijos y que tuvieron sus casos expuestos en los medios de comunicación.

El rechazo al hijo, además de ser algo que guarda para sí, está camuflado por el ejercicio del papel materno relacionado con los cuidados al hijo, el cual desempeña con perfección en la visión del hombre, a punto de no ser percibida por él. Entre los motivos expuestos por el hombre de la no percepción del rechazo de la mujer al hijo está la implicación ejemplar de ella como madre útil y celosa en sus cuidados. En esta situación, el hombre califica la relación afectiva madre-hijo como de aceptación, y consecuentemente, no consigue identificar algunos comportamientos como señales indicativas de rechazo al hijo, hasta incluso cuando ella verbaliza, él se niega a aceptar el hecho.

Ahora una cosa que yo discutía con ella es esa cuestión del rechazo... Porque yo nunca entendí esto como rechazo. Ella siempre fue una madre cuidadosa, hasta demasiado a veces... Yo hasta luchaba con ella... No, no es así... Usted tiene que salir... Ella siempre decía, llorando "es rechazo, sí...". (Hombre E).

Así, la relación afectiva madre-hijo está ligada a la manera como ella se dedica a él, o sea, cuanto mayor es el cuidado con él, más se liga a la figura de madre cuidadosa, celosa y dedicada a los hijos, quedando, por tanto, a los ojos del marido distante de la madre que rechaza al hijo, hecho que él no acredita a pesar de ser comentado por ella.

Perdiendo el control de sí misma en su interacción con el hijo se refiere a los comportamientos de agresividad que la mujer comienza a presentar con él, al miedo que siente de no conseguir evitarlos, a su lucha y la de los de familiares para mantener el control sobre estas reacciones así como la protección del niño. La agresión toma límites físicos, psíquicos, independiente de la edad del hijo. La mujer

se ve perdiendo el control de sí misma en sus cuidados, incluyendo cuidados relativos a algunos problemas de salud que él pasa a presentar y donde se ve con el añadido de una tarea más en su día a día, lo que de cierta forma la sobrecarga.

La agresión también se pronuncia cuando no consigue que el hijo entienda y atienda sus solicitudes a medida que va creciendo y se realiza lejos de los demás, donde probablemente se siente sin el control de la mirada atenta de otros y donde para ella, la agresividad parece estar permitida. Por ello, ella se siente tras el acto, invadida por el arrepentimiento y por el miedo de que todo vaya a repetirse nuevamente.

Yo luchaba con él para tomar el medicamento, ahí yo metía el medicamento de una vez en su boca, hacía esas cosas estúpidas, brutas, rudas, cosa de gente ignorante. Esto me daba miedo. (Mujer G).

La mujer se recrimina, se rechaza, se asusta y tiene miedo de sus comportamientos con el hijo, principalmente por la extensión de los mismos en términos de agresividad y por el hecho de practicarlos a escondidas de terceros. Al esconderse para agredirlo, ella tiene conciencia de lo errado, sabe que está en contra de lo que de ella se espera como madre y teme ser señalada como una mala madre. Sus acciones en su interacción con el hijo, en su percepción, son incorrectas y peligrosas, pues se ve extravasando toda la agresividad controlada en público cuando queda sola con el hijo.

Al verse agresiva con el hijo, y con dificultades para autocontrolarse, busca maneras para no quedarse sola con él, con intención de protegerlo de ella y de sus reacciones. Entre las estrategias están las de mantener al marido más tiempo dentro de casa con ella, exigiendo su retorno al trabajo en un momento en que esté en mejores condiciones; la de distanciarse físicamente del hijo cuando se percibe en la inminencia de agredirlo y la busca de contacto con personas de su entorno, próximas a su residencia, con la esperanza de que a través de esos contactos, se libre de pensamientos y actitudes malas para con él. La agresividad al niño es percibida por familiares que intentan protegerla de la actitud materna y esto es hecho por las mujeres mayores que intentan entender los motivos que la llevan a tener tal comportamiento y, al mismo tiempo, proporcionan condiciones para que se distancie del hijo y retorne en un periodo posterior en mejores condiciones para lidiar con él.

El comportamiento agresivo y el descontrol que exhibe también se manifiestan y se dirigen a otras personas de su convivencia familiar como el marido y otros hijos, así como con otras personas fuera de su familia.

Perdiendo el control de sí misma en la interacción con otros se refiere a las dificultades en la relación de la mujer con el marido, y demás familiares y el miedo de ella a repetir tales comportamientos con el hijo. Ella ve que su agresividad crece dentro de ella cada día y se siente cada vez más con miedo de no conseguir contarla, especialmente en su contacto con el hijo. La sensación de tener otro dentro de sí lo percibe como algo muy intenso y monstruoso, se presenta cada vez más fuerte en sus relaciones y la posibilidad de que esto se manifieste en los cuidados con el hijo la hace temer el hecho de quedar con él a solas.

[...] Porque yo tenía miedo de que el monstruo mío interno hiciese algún mal. Yo nunca tuve... Yo nunca le hice ningún mal (hijo), yo nunca lo abandoné, nunca dejé de cuidarlo, nunca nada. Mas, yo tenía miedo de ser acometida, sabe esa

consciencia de la impostora allí, que esto me sorprendiera así, ¿entiende? De perder el control de esto, ¿entiende? (llorando mucho) (Mujer E).

La mujer mira para sí, en su interacción con el hijo y se ve como una madre cuidadora, pero cuando mira para sí en la interacción con otras personas, se ve como una mujer sin cuidados, agresiva, irritada. Ella evalúa sus acciones en esas interacciones y tiene miedo a repetir el mismo comportamiento que otras personas tienen con el hijo. Así, el miedo a no conseguir en la interacción con el hijo controlar lo que se manifiesta dentro de ella en el contacto con otros, provoca grandes sufrimientos, pues se siente amenazada por algo que no reconoce como parte de ella y que en cualquier momento podrá manifestarse en su interacción con él. El comportamiento agresivo es percibido por la familia que sufre al verla intentando agredir físicamente a otras personas de su convivencia y también se ve con dificultades para la contención de estos acontecimientos.

Tanto en su forma física como en la verbal, el comportamiento agresivo de la mujer causa malestar y sufrimiento a la familia y principalmente al hombre que además de ser un objetivo, no reconoce lo que allí se presenta como parte de la personalidad de la mujer que, a los ojos de él se transforma en otra persona a quien no reconoce.

Esta agresividad, por eso, se extiende a otros hijos, o sea, su comportamiento atañe a otros miembros de la familia.

[...] Tuve un día incluso que ella (hija de más edad) estaba que... Yo hablaba con ella y parecía que ella no estaba oyendo. Ahí, ella comenzó a llorar, yo hablaba con ella y ella no me oía. Ahí, sabe aquel nervioso así, ¿de repente? Ahí la sensación que yo tenía es que yo iba a pegarle a ella (hija mayor) y vomitar (vive en un granero de 03 pavimentos) (Mujer J).

Hay situaciones en que ella expone la agresividad como una llamada de socorro que ansía, pero que demora en llegar, a pesar de las varias señales emitidas. Así, ella decide provocar la ayuda haciendo notoria su agresividad en un intento de obligar a la familia a preocuparse y comprometerse con ella. La mujer manipula la situación para alcanzar el objetivo de llamar la atención hacia lo que le sucede y no consigue hacerse entender; esta acción practicada es significativa para los familiares que deciden prestar más atención a sus necesidades.

En ese ambiente lleno de agresividad, el hombre también se convierte en blanco principalmente de las agresiones verbales y quiere huir del comportamiento materno. Entre las estrategias de fuga están el distanciamiento de las situaciones a través de salidas cortas del ambiente familiar y el deseo de ir fuera de casa. Rechazado por el comportamiento de la compañera, el hombre comienza a alimentar la idea de abandonar a la familia y consecuentemente pasa a evaluar las posibilidades que tiene y las consecuencias futuras. Por ello, reconsidera su decisión de quedarse principalmente al pensar en las responsabilidades de la paternidad, al pensar en el futuro de la mujer que criará sola a los hijos, en el amor que siente por ellos y también por el hecho de percibir que aún siente amor por la mujer. Oscilando entre querer irse y no poder, el hombre también vislumbra la posibilidad de que los momentos de dificultades en la relación conyugal que está experimentando acabarán algún día.

Además del deseo de abandonar el hogar, él se refugia en sí mismo ante los comportamientos agresivos. Esta decisión es como una estrategia para no aumentar

los desacuerdos y preservar la relación conyugal. Así él pasa a oír las agresiones sin rebatirlas, aunque esto le cueste mucho emocionalmente.

Los desacuerdos de la pareja también son provocados por la negativa del hombre a aceptar la manera con que la mujer se encarga y se dedica a los cuidados del hijo. Él observa que ella tiene comportamientos de cuidados excesivos al hijo relacionados con los excesos en su protección higiénica y en la exagerada preocupación por el estado de salud del mismo. Esos comportamientos le provocan gran malestar e intolerancia, principalmente por su repetición día tras día.

Yo me sentía sofocado! A veces yo pienso que aquello pasó, pero pienso también que yo no soportaría oír y ver todo aquello de nuevo... Yo estoy traumatizado con aquello. Aquello me estaba axfisiando. Hoy si yo lo veo, me alejo. ¡No consigo ver aquello! ...¡Aquella obsesión! (Hombre B).

Él observa los comportamientos presentados y los clasifica como obsesivos, se siente incomodado por luchar y no conseguir salir de ese movimiento que se repite varias veces y que lo deja en su límite de tolerancia, generando grandes malestares y discrepancias conyugales. Los comportamientos y reacciones de la mujer van provocando eliminación y silenciamiento del compañero y demás familiares, quienes no consiguen entender lo que a ella le sucede. En contrapartida, la mujer, al no conseguir hacerse entender, comienza a sentirse sola incluso cuando cuenta con la presencia de la familia junto a ella y al hijo.

Sintiéndose muy sola se refiere al sentimiento de soledad que la mujer experimenta debido a la dificultad de hacerse entender por la familia y de la percepción de que la familia no valora lo que siente. De este modo, independientemente del número de personas que tiene en su entorno y que la ayudan en el trato con el hijo aliviando sus exigencias con el mismo, ella se siente sola.

[...] en verdad yo me sentía sola porque realmente nadie era capaz de entenderme. No importaba cuántas personas estuviesen allí. Es como yo digo todo el mundo ententaba ayudarme, en los cuidados con el niño, estaba todo el mundo siempre cerca, pero yo me sentía sola todo el tiempo, ¡de eso yo me acuerdo! [...] yo creo que hasta por la falta de conocimiento de lo que me estaba sucediendo, que ni yo sabía lo que era, ¿verdad? (Mujer I).

La mujer relaciona la falta de entendimiento de la familia sobre lo que le sucede, con el hecho de no conseguir verbalizar lo que está sucediendo. Lucha con su propia incapacidad y desconocimiento para describir con palabras a los que la rodean lo que percibe en ella, y a pesar de saberse en desacuerdo con lo que esperan de ella como madre, no se sabe explicar. Por eso, la soledad que siente, en la relación con sus familiares se atribuye también a la percepción de que desvalorizan lo que ella siente.

Además de sentirse sola en relación con la familia de origen y la familia del marido, ella se siente sola también por las frecuentes ausencias de este del ambiente doméstico. Esto, además de provocar el sentimiento de soledad, le provoca sensación de abandono. Ella ve que el hombre sigue con su vida normal, con sus actividades laborales y las recreativas los fines de semana fuera del domicilio, dejándola sola, o incluso excluyéndola de esos compromisos, a pesar de indicarle su necesidad de tenerlo junto a ella. Para la mujer, no es el quedar en casa lo que le causa malestar, sino el ser abandonada por el marido en favor de otras necesidades suyas, lo que no

siempre es entendido por él, que se propone dejarla en casa de otras personas de la familia cuando está fuera para actividades recreativas, actitud esta firmemente rechazada por ella que se siente tratada como un objeto a ser transportado.

Cuando la ausencia frecuente del marido del ambiente doméstico persiste, además de provocar en ella la sensación de soledad y abandono, también la hace percibir que la familia que se propuso formar está naciendo de manera inadecuada, o sea, separada. La mujer, al ver al marido continuando con su vida anterior al nacimiento del hijo, se ve junto con su hijo excluidos de la vida de este y se siente abandonada por él en relación al desarrollo de los cuidados al hijo, que día tras día desarrolla solitariamente.

Sin embargo, independiente de los motivos, la marcha del hombre del ambiente doméstico resulta estresante para ella cuando tiene otro hijo que depende de sus cuidados. Al quedar sola con los hijos, se estresa por no cuidarlos adecuadamente al mismo tiempo, al depender de la edad, necesidades y nivel de comprensión del hijo mayor que demanda una atención completamente diferente de la que ella dedica al recién nacido. En esa situación, en medio de la soledad y ansiedad de tener que dar cuenta de atenderlos conjuntamente, se esfuerza por mantener el control.

[...] yo estaba que no sabía qué hacer, eso me fue estresando, porque yo no podía hacer frente a los dos bebés sola por la noche y él dando clase por la noche. Lo que yo percibí es que creo que él (el marido) consiguió esas clases para marcharse. No lo digo como culpa, no, porque él no quería soportar esto (su lloro constante) y yo me quedé así sola (Mujer H).

Al mismo tiempo en que ella indica la situación de desventaja en que se encuentra en relación al marido, medita sobre los comportamientos de él, destacando la dificultad que él tiene de soportar las manifestaciones de llanto que ella muestra. Al encontrarse sola, se ve cada vez más con sentimientos extraños y perdiendo su propio control.

Perdiendo el control de sí misma se refiere a las percepciones de la mujer de sí misma donde se ve en constante y progresiva desconexión consigo misma, aprisionada y acorralada por la depresión. Se nota descuidada en su apariencia, lo que se revela en el abandono de los cuidados de estética corporal que mantenía anteriormente, en la rutina de cuidados higiénicos de su cuerpo y también con los cuidados relativos a una nutrición adecuada. Sin embargo, no solamente los cambios físicos derivados de la DPP la incomodan. La sensación de que está entrando en un estado de postración, apatía y que está desligándose de sí misma y del ambiente en que vive se hace presente y en ese proceso, la mujer se siente desanimada y sin voluntad para ejecutar cualquier actividad, incluyendo los cuidados con el hijo.

Ella no está sola en su propia percepción, el hombre también ve su apatía, mediante la observación que él hace de la relación de ella con el hijo, donde constata poca interacción con el mismo, específicamente en relación a contactos físicos. No obstante, los familiares y el marido observan que el comportamiento de la mujer se vuelve oscilante.

El comportamiento de la mujer es percibido por la familia atravesado por oscilaciones de estar y no estar presente en la situación, en un alejarse de sí y en un retornar a sí, y estas idas y venidas presentadas por la mujer en el curso de la enfermedad van encendiendo y apagando repetidamente la esperanza de la familia en su recuperación.

Impregnada por algo que no conoce y que no forma parte de ella, la mujer se ve acorralada por la depresión y va perdiendo sus fuerzas cada vez más. Concomitantemente se siente empujada hacia abajo y eso toma límites concretos de un lugar hondo, oscuro, donde la posibilidad de encontrar un apoyo para la salida es prácticamente imposible. Junto a esto, los cuidados que dispensa al hijo parecen debitar cada vez más las energías que podría guardar para conseguir salir de esta. Esta situación puede empeorar cuando ella se ve sin el apoyo de la familia de origen para compartir los cuidados con ella y con el hijo, lo que hace que se sienta sola y sin valor.

Al pensar en la situación en que se encuentra se ve como alguien que debe actuar para dejar de sentirse dominada, para tener el control de sí misma nuevamente, siendo una de las maneras de liberarse de la prisión en que vive el enfrentamiento de la DPP. Por ello, busca otras maneras para poner fin al sufrimiento en que vive a través del suicidio como una de las posibilidades de liberación. El marido es la persona a quien ella expresa su deseo y este se ve ante la gravedad de lo que oye, en la difícil y delicada tarea de mantener su propio control, el control de la mujer, y de la situación.

Llegó un momento que ella hablaba de matarse, de arrojarse bajo un coche... Ella hablaba ahí y yo conversaba con ella y todo. Y yo decía: "no es así ¿correcto?, le aconsejaba, todo". [...] yo mantenía la calma, mantenía la calma y conversaba con ella bastante, mantenía la calma hablaba de que no era así, que tenía que cambiar ¿correcto? Rezaba con ella, la tomaba de la mano, conversaba bastante con ella, le hablaba de Dios, ahí ella me oía, pero tuvo momentos así de alterarse [...] Yo estaba muy preocupado, veía que aquello no era normal, yo quería la cura y el restablecimiento de una vez (Homem B).

La constatación de la gravedad en que estaba, hace que el hombre busque apoyo en lo Divino y lo acerque a la mujer para disuadirla de otras salidas, como la ayuda profesional. Sin embargo, al mismo tiempo que ella piensa, ella trasciende la situación inmediata que está viviendo en el presente y se transporta al futuro, imaginando a su hijo huérfano y los males que su acto si fuese realizado podría causarle. El amor al hijo, junto a las preocupaciones sobre su futuro y preceptos religiosos es lo que la salva para continuar con vida. Por eso, el hombre se preocupa cuando esta habla de no querer quedarse sola con el niño y asocia esto a la posibilidad de suicidio.

Otra situación en que la mujer se ve perdiendo el control es la de su propio llanto que es constante, pero la decisión de buscar ayuda para contarlo es aplazada cada vez más hasta que ella se ve llorando varias veces al día. El marido, incluso sabiendo que la mujer llora mucho, ve el llanto como parte del comportamiento de ella. Esto sucede porque ella trae a la situación actual las experiencias pasadas, donde el llanto de la mujer estuvo presente, y define la situación actual como de normalidad, dificultando la percepción de los problemas que cursan ya algún tiempo y a remolque la decisión de búsqueda de ayuda.

No obstante, hay situaciones en la interacción con la mujer en que el hombre ve como anormal el llanto presentado por ella, pero presenta dificultades para enfrentarse a él. Así, él hace uso de estrategias para mantener el control de la situación y también para huir de ella. Como fuga, el hombre se sirve del aumento de la carga horaria de trabajo y también la eliminación del ambiente familiar coincidente con los momentos en que ella llora, retornando tras su restablecimiento. Como tentativa de control del llanto de

ella, él intenta calmarla, también evita conversar sobre el motivo, pues ve que ella se descontrola más.

Algunas veces, si yo hablaba cuanto más estaba preguntando, pero ella lloraba, entonces yo evitaba estar preocupado de quedar preguntando las cosas a ella, entonces yo hablaba, no, no llora no, dejaba de hablar. (Hombre G).

Para mí era como si él no tuviese interés (Mujer G - interrumpiendo).

El comportamiento presentado por el hombre, de huida del ambiente en los momentos en que la mujer está llorando, suscita en ellas sentimientos de soledad y abandono, además de la percepción que él tiene de lo que le ocurre, quedando claro entonces que tanto el hombre como la mujer atribuyen significados diferentes al hecho. Con todo, otros miembros de la familia, especialmente otras mujeres, al enfrentarse con el llanto materno, intentan contenerlo a través de la represión y esta viene justificada por varios aspectos, el más frecuente se basa en la ausencia de motivos para llorar de la mujer ante la perfección física y fisiológica del hijo. Esa actitud cala en la mujer y hace que ella se recrimine y se aísle para expresar lo que siente sin ser recriminada y acusada por otros por encontrarse así.

En ausencia de pensamientos mórbidos junto a otros comportamientos que observa en ella, acaba rechazando la posibilidad de la DPP, además de minimizar lo que siente y seguir intentando llevar su vida en un contexto de normalidad. La exclusión de la posibilidad de la DPP se refuerza por el hombre, al analizar la interacción de la mujer con el hijo que está impregnada por la concepción de la DPP asociada a comportamientos de rechazo al hijo y por la concepción cultural de comportamientos considerados normales para el postparto los cuales se asemejan a lo que la mujer presenta en algunos momentos. En algunas situaciones, la percepción de que algo no está bien es tenida por el marido antes que ella, indicándonos que el marido está atento a los cambios en la mujer y los percibe antes que ella, a pesar de no ligarlas a la DPP.

En su interacción con la familia, nota que esta, a pesar de verla diferente de antes, tampoco tiene idea de lo que de hecho le está sucediendo. Por ello, para algunas familias, la identificación de la mujer como portadora de DPP es algo complejo, pues ellas presencian situaciones y comportamientos maternos que se salen de la regla en su imaginación para considerarlos como depresión postparto.

De este modo, los comportamientos maternos son percibidos ora como normales, ora como diferentes y extraños y asociados con otros tipos de manifestación psíquica, siendo la posibilidad de DPP no pensada por los familiares ni por el marido. No obstante, la extrañeza que la mujer tiene de sus comportamientos, principalmente los relacionados con su interacción con el hijo que explicita públicamente o que guarda para sí a través de los pensamientos que tiene, impulsan que ella busque ayuda, siendo esta realizada con la lectura de materiales de los medios de comunicación que describen los trastornos del postparto.

A través de la busca por informaciones, encuentra pistas sobre su percepción de ser una extraña para ella misma, para su familia y en su grupo que toma como referencia de maternidad. Al percibir semejanzas en lo que ella presenta con lo que hubo de otras personas fuera de su círculo familiar y con las lecturas que hace, comienza a situarse en su sufrimiento y decide buscar ayuda profesional. En esa busca, es

apoyada por los familiares y por el marido y juntos comienzan el proceso que los lleva a asumir el control de la situación y recuperación de la DPP.

III. Asumiendo el control representa el *tercer momento* del modelo teórico y se refiere a la etapa de retorno a la superficie y de luchas para retomar el control de la propia vida. Está marcada por el diagnóstico de la DPP y por las interacciones mediadas por el tratamiento. Los familiares se involucran en esta etapa apoyando, protegiendo a la mujer y manejando situaciones difíciles para ella, sin contar mucho con su participación. La familia en algunos momentos tiende a minimizar la enfermedad y su impacto sobre la mujer y la propia familia. Con la percepción de que el control de las situaciones se hace más presente, la esperanza de recuperación de ella también se vuelve más concreta. El tratamiento es apoyado por la familia, al definirlo como un recurso que puede mejorar el funcionamiento de la mujer y la calidad de vida de la familia.

Tras identificar lo que le sucede en las informaciones que accesa en los medios de comunicación, que describen los problemas psicoemocionales del postparto y a través del contacto con otras personas (amigos, colegas de trabajo) que la alertan sobre la posibilidad de la depresión, la mujer decide buscar ayuda especializada para el alivio de sus sufrimientos.

Buscando ayuda profesional: La mujer busca inicialmente a médicos que ya la atendían anteriormente como homeopatas, clínicos, obstetras y psicólogos y en esos encuentros ya se imagina con depresión. La decisión del médico psiquiatra es en su mayoría pospuesta, haciéndose básicamente cuando ella se ve con la agudización de sus sufrimientos a través de comportamientos que no consigue controlar y que no fueron mejorados y resueltos a través de los tratamientos instituidos anteriormente.

[...] Entonces, cuando pasaron unos cuatro a cinco meses, que yo estaba tomando la homeopatía, yo había conseguido controlar algo el llanto. Pero, yo veía que la angustia, el genio, la irritación, la sensación de trampa, ¿verdad? De estar enclaustrada, en una situación... De tener un monstruo dentro de mí, pronto para morder a cualquiera en cualquier momento, esto no había pasado... Yo dije 'no, esto no está legal'. Y yo conversando con una amiga, que tuvo depresiones, no fue en el postparto, pero... Ella dijo 'mira, usted tiene que tomar el mismo remedio, para asegurar, tiene que buscar, no tiene que tener prejuicio, porque la gente está en esa línea natural, no sé, no tiene que tener prejuicio, tiene que ayudarse también. ¿Hasta cuando va a estar encarando ese monstruo, hasta cuando?' Ahí yo dije: ¡Ah é! (Mujer E).

Ella ve que su evolución se muestra detenida durante el tratamiento que buscó inicialmente y eso ella lo constata por la observación de que algunos de los signos y síntomas que venía presentando no desaparecieron con la terapia instituida. Así, busca otras salidas a la situación, buscando otros profesionales como el psiquiatra, siendo que algunas veces la decisión por este especialista es tomada tras conversaciones con otras personas fuera del círculo familiar.

La busca de la psicoterapia ocurre cuando se ve en medio de nuevos acontecimientos en el transcurso del proceso depresivo que parecen contribuir a la agudización de su estado, entre ellos la imposibilidad de amamantar al hijo y la venida de otro hijo que, consecuentemente, la coloca en una situación en que tiene que desdoblarse en la atención de las necesidades de ellos. Así, la busca del tratamiento con psicóloga

sucedee cuando percibe que sola no consigue lidiar con otros elementos y situaciones que van surgiendo y que la dejan en peores condiciones por la sobrecarga que experimenta al intentar enfrentar su estado y con las situaciones que van sumándose a él.

Con todo, la ayuda de la psicóloga se puede conformar de manera tardía también, en el momento del retorno al trabajo remunerado, tras el término del permiso de maternidad. Ella se ve con rechazo y miedo de volver al ambiente familiar acabado el expediente de trabajo cuando inevitablemente se enfrentará con los cuidados del hijo. La percepción que tiene de sí misma, cuando se ve llorando ante este hecho, es de anormalidad y de que necesita ayuda.

Sin embargo, la busca de ayuda de psicoterapia es hecha por la mujer que presenta mejores condiciones financieras y que ya comprende la importancia de este tratamiento para su recuperación.

Buscando ayuda espiritual: La busca de alivio de los sufrimientos por medio de la religión a la que pertenece se establece a través de oraciones diarias, en compañía del marido y de representantes de la iglesia a la que pertenece. Esta busca es realizada cuando perciben la agudización de las señales y síntomas de la depresión y la frecuente verbalización sobre el deseo de poner fin a lo que vive. La familia, al mismo tiempo que busca y apoya la inserción de prácticas religiosas para el alivio de los sufrimientos de la mujer, las condena y rechaza cuando ve que la mujer se implica en ellas de manera irracional, adquiriendo comportamientos típicos de fanatismo religioso. Además, la familia se preocupa también por daños físicos al niño y la mujer al verla frecuentando la iglesia diariamente.

Es que la gente allí empieza a sostenerse en la palabra del pastor. En las predicaciones, predicán un poco lo que la gente está pasando, ahí usted comienza a involucrarse con aquello (Mujer F).

Estas observaciones son rechazadas por la mujer que continúa practicando su religiosidad, frecuentando la iglesia a que pertenece, pues a través de esa práctica, consigue identificarse y sentirse involucrada por las palabras que escucha en las celebraciones, lo que le proporciona alivio a sus sufrimientos.

Percibiéndose cuidada: La mujer ve que en algunos momentos la familia se preocupa y cuida de ella. En la prestación de estos cuidados hay una mayor participación de las mujeres de las familias, durante el tiempo que ellas juzgan necesario y también cuando solicitadas por la mujer. Ellas se movilizan, independientemente del acúmulo de funciones que puedan tener en el contexto familiar y vida profesional y las grandes distancias que tengan que recorrer. Además, para prestar los cuidados a la mujer y a los hijos, ellas se organizan a través de la división de tareas entre los miembros de la familia. Para la distribución de cuidados entre los miembros de la familia, la cohesión entre sus miembros se convierte en uno de los elementos facilitadores. La distribución de los cuidados varía entre cuidados directos a los hijos y la mujer y la observación y protección de esta en actos que puedan potenciar el empeoramiento de su estado. El cuidado en la dependencia de sus condiciones es una prioridad para la familia que intenta involucrar al mayor número de personas para la atención de las necesidades que identifican en ella.

[...] Que el nene, nosotros sabíamos que la suegra iba a cuidar bien del nene. Nosotros no teníamos esa preocupación, después de que ma madre entregó el nene (a la suegra), nosotros sabíamos que ella (la suegra) iba a cuidar bien del nene, nosotros estábamos preocupados por ella, para que ella se quede bien pronto (IHermana Mujer F).

Así, mujeres de la familia acaban implicándose en la situación, a través de la formación de una red de colaboración y solidaridad, donde cooperan unos con otros, compartiendo y distribuyendo cuidados, supliendo sus necesidades de atención médica y social afectivas, objetivando su retorno al comportamiento anterior a la depresión postparto. Sin embargo, muchos de los cuidados prestados por los familiares a través de las mujeres son dirigidos a los cuidados del (los) hijo (os), pero estos acaban por aliviar la sobrecarga física y psíquica de la mujer, confortándola excesivamente, pues ella se siente también cuidada a través de la atención dispensada a sus hijos. Los cuidados prestados por las mujeres de la familia se extienden a la protección de la unión conyugal de la pareja, a través de diálogos informativos al hombre y/o en el control de comportamientos de intolerancia del hombre para con la mujer, observados en su interacción como pareja.

Yo no sabía lo que hacer, pero yo hablaba con el marido de ella: “Y tiene mucha paciencia con la X! No cargue mucho de X! ella no está buena, ella no está bien! Tenga paciencia con ella. En lo que usted pueda ayudar, ayude, y no obstaculice. Porque ella no está bien!” Era lo que yo podía hacer por ella... (Suegra C).

Las mujeres mayores de la familia se permiten e imaginan a través de sus propias experiencias las dificultades que la mujer con hijo recién nacido puede estar teniendo. Todo este cuidado desarrollado por los familiares provoca en la mujer, incluso temporalmente, la sensación de bienestar, acogida y equilibrio.

En la relación con psiquiatras y psicólogos, ella se siente respetada durante su tiempo de recuperación de la enfermedad, además de sentirse acogida mediante informaciones detalladas sobre lo que le sucede, su evolución y posibilidades de superación. Otra fuente de apoyo y cuidados recibidos se localiza en las comunidades religiosas a que pertenece, así como de mujeres pertenecientes a algunas sociedades internas de las iglesias. Así, la mujer, familiares y marido, se sienten, al recibir ayuda profesional y espiritual, confortados, acogidos, orientados y fortalecidos para continuar la vida. Con el tiempo y recuperación de lo sucedido, la mujer empieza a examinar el pasado al mismo tiempo que intenta una nueva forma de caminar.

Intentando una nueva forma de caminar : En esta nueva forma de caminar, la mujer se ve luchando para construir una buena maternidad, donde ella se recrimina por haber sido agresiva con el hijo e invadida por el sentimiento de compasión todas las veces que se acuerda de las actitudes que con él tuvo durante el proceso depresivo. Pasado el periodo depresivo se evalúa como una madre mala, principalmente cuando revisa comportamientos explosivos que tuvo con el hijo y se ve luchando para transformarse en una madre diferente de la que era, a la que reprueba y rechaza a pesar de ella no haber tenido el control total.

Viendo que podía haber sido una madre mejor afectivamente con su hijo, se ve preocupándose con las posibles consecuencias de la depresión sobre él. En el transcurso del crecimiento del hijo, comienza a relacionar las respuestas

comportamentales de él como negativas y problemáticas, asociándolas directamente a la interacción establecida con él durante la depresión. En la lucha para minimizar en el hijo lo que acredita ser consecuencia de su enfermedad, ella se ve en una busca de cambios en su comportamiento que todavía tiene algunos restos de cuando la depresión, siendo estos vistos por ella como perjudiciales para el buen desarrollo del hijo. Ella cuenta con la participación firme del marido que preocupado con la relación que se estableció entre madre e hijo, muchas veces interfiere en ella para ayudarlos a hacerse independientes.

A pesar de que muchas veces se siente en una condición mental donde se considera recuperada de la depresión postparto, ella se ve en determinadas situaciones amenazada por algunos comportamientos semejantes a los que tenía con la depresión. Estos son también percibidos en la interacción con sus compañeros a los que identifica como iguales a los que ella presentaba en el curso de la enfermedad, considerándolos como una señal de alerta de que debe mantenerse atenta en su control.

Todavía por unos buenos seis meses, yo estaba con una cosa así ‘será que yo estoy?’ (mira por encima del hombro) teniendo la sensación de que ella (la depresión) puede volver. A veces da una carga de irritación, yo digo: ‘no, espera ahí, controla a ese monstruo, ese monstruo que está enjaulado ¿verdad? Tira la llave’ (Mujer E).

La vida conyugal también se vuelve objeto de su preocupación tras la depresión, donde ella intenta retomar el modelo anterior. La mujer ve ese proceso como algo que provocó cambios intensos y remiten a la situación en que se encontraba con la sensación de que algo muy fuerte pasó en su vida provocando la desorganización del modo como funcionaban “las cosas” de su vida, imponiéndole un nuevo funcionamiento en el que no conseguía situarse y tener el control.

Creo, me pareció que fue un huracán en mi vida, ¿sabe? Cuando una cosa te tira, llega y cambia todo, y sale de su control. Entonces yo sentí eso, parece que mi vida escapó de mi control y cambió mucho y todo. Y yo no conseguí situarme en aquello. (Mujer D).

Este descontrol afecta a la relación conyugal, marcada por desacuerdos constantes derivados de su dificultad en entender las situaciones que ocurrían en el día a día, tal como eran puestas a sí, por el compañero. En la relación con el marido, la dificultad de entendimiento por ella de las varias cuestiones que se presentaban es bien vista por él.

Aunque considerado como un tiempo que provoca grandes sufrimientos, desorganización y consecuente distanciamiento conyugal, ambos afirman que tras la depresión postparto consiguieron restablecer la manera como funcionaba el casamiento. Para esto, también tuvieron que ejercitar una nueva forma de abordarse, cuidando el proceso de comunicación entre ellos, cercando los problemas que surgen en el día a día, aliado al ejercicio del autocontrol y ponderación en los momentos de tensión conyugal.

DISCUSIÓN

Este estudio evidencia que comportamientos de descontrol presentes en la mujer son percibidos por la familia que se ve con dificultades para apoyarla y controlar estos eventos. El hombre, uno de los blancos de estos comportamientos, busca, en la interacción con la mujer, maneras de mantener el control de sí mismo y suavizar la tensión que se establece. Entre las estrategias buscadas por él, está el silencio y el distanciamiento físico de la mujer por periodos de tiempo variable, principalmente ante el llanto de esta y el descontrol verbal a él dirigido. Sin embargo, el comportamiento del hombre contribuye a la agudización de la irritabilidad de la mujer y de su descontrol, pues ella entiende su actitud como de desvalorización sobre lo que siente y expresa, además de sentirse sola. Estos resultados son congruentes con los de un estudio ⁽⁹⁾ en el que las mujeres creían que sus compañeros se ausentaban mucho de casa, trabajaban mucho, no se comprometían con ellas y con los hijos, junto a no ayudarlas con ellos. Ellas se sentían con mucha rabia, irritadas y decepcionadas con sus maridos, afirmando que su comportamiento distó mucho de la alegría y de la felicidad que ellas esperaban sentir con el nacimiento de sus hijos⁽⁹⁾. Para las mujeres de otro estudio ⁽¹⁰⁾ estar sola en casa se veía como una situación que toleraban de mala gana, especialmente cuando los maridos se ausentaban por largos periodos por motivo de trabajo.

En nuestro estudio, la eliminación del hombre de la turbulencia provocada por la depresión, además de ser una manera de intentar proteger la unidad familiar, es también consecuente con el hecho de no saber bregar con la situación, por desconocimiento, falta de preparación y dificultades en relación con aspectos emocionales. En un estudio ⁽¹¹⁾, los hombres cuyas compañeras tuvieron DPP señalan como necesidades el apoyo profesional, de amigos y familias, siendo estas dos últimas con la intención de conversar y compartir la sobrecarga con la que cargaban relativa a la enfermedad de la mujer.

En otro estudio, cónyuges viviendo con un paciente deprimido relataron más estado de ánimo deprimido que la población en general, estando esto en estrecha relación con la sobrecarga aumentada de vivir con un compañero en esta situación ⁽¹²⁾. En este mismo estudio, se hizo evidente la presencia de discordia en la relación, pero la relación de causalidad entre ellas es difícil de identificar. La DPP de las madres es descrita en otro estudio ⁽¹³⁾ como un momento difícil, de gran sufrimiento para la pareja, de dolor y confusión también para el hombre, que se ve sumido por sorpresa en una situación que no previó, no controla y no sabe cómo resolver. Ellos refieren no tener nostalgia de ese tiempo y describen la vivencia familiar como un verdadero caos, marcado por el cansancio y la desesperación. La mayor parte de los hombres contaron haber sentido perplejidad cara al comportamiento de la compañera, además de sentimientos de choque, incompreensión, confusión y desilusión ⁽¹³⁾.

El hombre en situación de enfermedad puede apoyar a la mujer, pero estar incómodo en luchar con la tristeza y necesidades emocionales de ella y esto sucede porque ellos tienden a enfrentar los aspectos prácticos o instrumentales de enfrentamiento y evitan el lado emocional de su cónyuge y de ellos mismos ⁽¹⁴⁾. Describen reacciones y sentimientos fuertes en el periodo inicial de la enfermedad relacionados con la dificultad en entender lo que está sucediendo con su esposa, definiendo la vivencia con ellas como días llenos de reacciones estresantes⁽¹⁵⁾. Resultados semejantes al del estudio citado se encontraron en el presente estudio, donde el descontrol de la mujer causa molestias, sufrimientos y extrañezas principalmente para el marido que

además de ser blanco de ellas, no reconoce lo que allí se presenta como parte de la personalidad de ella. Incluso el cónyuge y demás familiares no entendiendo lo que está pasando con la mujer, procuran aliviar el sufrimiento de ella a través del apoyo con los cuidados del niño, de la propia mujer y del funcionamiento de la casa.

La presencia de la depresión en la mujer puede acarrear dificultades en la relación conyugal ⁽¹⁶⁾, siendo el proceso de comunicación especialmente en cuanto a la forma de resolución de conflictos más difícil, pues las parejas tienen dificultad de expresar las diferencias por un gran miedo de que el conflicto aumente y ocasione violencia o ruptura del casamiento. En nuestro estudio, aunque el hombre se esfuerce en la protección de la unidad familiar, la posibilidad de separación conyugal también ha sido pensada por ellos en algunos momentos cuando la tensión se agudiza y él se ve sin salida y perdiendo el control de la relación. En contrapartida, la mujer relata dificultades en comunicar lo que le sucede al marido y también a la familia. Esto está ligado a la incompreensión que experimenta sobre lo que le sucede y a la imposibilidad de hacer revelaciones que confrontan el modelo de maternidad aceptado socialmente, el cual es reforzado en las actitudes de las mujeres de la familia que la alerta sobre la necesidad de mantenerse firme en las tareas inherentes a su ejercicio.

El comportamiento descontrolado de las mujeres de nuestro estudio crece en ellas día tras día y el miedo a no conseguir contenerlo se hace presente, especialmente en su contacto con el hijo, pues lo ve manifestarse por defecto en la relación con otras personas de su entorno; esto la asusta y la hace estar en permanente vigilancia sobre sí misma. Resultados semejantes se señalan en un estudio ⁽¹⁷⁾ donde las mujeres expresan choque, vergüenza y culpa por el pensamiento de querer perjudicar a sus bebés y a pesar de decir que nunca lo hicieron, ellas se encontraban decepcionadas consigo mismas, sorprendidas con sus pensamientos y aliviadas cuando ellos desaparecían.

La seguridad por la presencia de los maridos es referida en un estudio ⁽¹⁰⁾ donde las mujeres relatan que la presencia física de los maridos en casa disminuía el miedo a las manifestaciones de la DPP y fue presentada como una oportunidad para expresar verbalmente sus preocupaciones y dudas, además de permitir verbalizar sentimientos y pensamientos aunque selectivos, pero que posiblemente disminuyó el caos emocional y el desequilibrio interior que ellas sentían ⁽¹⁰⁾. En relación a la presencia del padre junto a la madre con depresión postparto, un estudio ⁽¹⁸⁾, observa que la presencia del padre fue de gran importancia para la madre, al volverse el bebé responsabilidad mutua de la pareja, siendo que el apoyo del padre en el cuidado del bebé unió más a los cónyuges y los ayudó a entender mejor el lío emocional en que la madre estaba inmersa ⁽¹⁸⁾.

Estudiosos ⁽¹⁹⁾ dicen que los esposos de mujeres deprimidas tienden a estar más implicados con sus hijos que los padres cuyas esposas no están deprimidas, probablemente en un intento de compensar las dificultades de ella con la depresión. De esta forma, el padre podría suavizar los posibles efectos de la depresión materna para sus hijos, al proporcionar un modelo de interacción sensible y receptivo a las necesidades de los niños, cuando su esposa puede no estar consiguiendo hacerlo ⁽¹⁹⁾. En contraposición a esta idea, estudio ⁽²⁰⁾ demuestra que hombres cuyas parejas estaban deprimidas tenían marcadores de depresión y estrés significativamente más alto y menos buena interacción padre-bebé que los hombres cuyas parejas no estaban deprimidas, lo que evidencia que cuando una mujer tiene depresión postparto, la relación padre-bebé es afectada negativamente. En nuestro estudio el

distanciamiento del hombre con el hijo y también con la mujer en algunos momentos específicos, está asociado con las dificultades que el hombre tiene de afrontar los comportamientos de la mujer y, en esos momentos, el apoyo de los familiares facilita el distanciamiento de él, permitiendo que él se reponga emocionalmente y retorne la situación.

El hecho de que gran parte de las mujeres de nuestro estudio presentaran irritabilidad y agresividad muchas veces descontroladas en sus relaciones contribuyó a que las personas con las que se relacionan en el contexto familiar no las asocien a la DPP y ni ellas mismas se den cuenta. Estos comportamientos, a pesar de no ir asociados a la DPP por las familias de nuestro estudio, fueron los que más trastornos familiares provocaron. Estudio ⁽²¹⁾ llama la atención sobre la variedad de síntomas de la DPP y entre estos la irritabilidad que puede variar en intensidad desde la intolerancia hasta una explosión destructiva de grandes proporciones ⁽²¹⁾.

En este movimiento intenso de dificultades relacionales consigo misma y con otros la mujer comienza a verse perdiendo el control de sí misma, y las ideas de poner fin al sufrimiento en que vive a través del suicidio comienzan a formar parte de sus pensamientos. Este comportamiento es el que la hace verse, y ser percibida por la familia como necesitada de ayuda especializada. Sin embargo, los comportamientos de postración y desconexión del mundo en su entorno llaman más la atención de la familia de que algo está mal en ella y eso está relacionado con la manera como son concebidas las señales y síntomas de la DPP por la familia que la relaciona estrictamente con estos comportamientos.

La sensación de pérdida de fuerza hace que la mujer se sienta rendida por la DPP y esta sensación alcanza límites de terror, pues piensa en la posibilidad de acabar con su vida y en contrapartida en su responsabilidad con el hijo. Al menos dos tercios de las mujeres deprimidas en el postparto en un estudio ⁽²²⁾, mencionaron que ellas no conseguían ver una salida a su situación excepto por medios violentos como el suicidio y también a través del infanticidio. Otro estudio indica que una de las mayores dificultades para los familiares de mujeres con DPP es cuando las señales y síntomas se agudizan en algunos momentos y aparece el deseo de suicidio ⁽²³⁾. Los maridos describen a sus esposas con comportamientos autodestructivos, como el suicidio, y esa posibilidad los deja tremendamente amedrentados ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIÓN

Los datos de nuestro estudio señalan la necesidad de considerar las implicaciones de la DPP para toda la familia, incluyendo especialmente a los hombres padres, además de a los hijos, que son por la mayor proximidad de la mujer, los más afectados por la depresión postparto. Marginado por los servicios de salud perinatal que tienen como foco a la mujer y al bebé, el hombre tras el parto tiene que dar soporte a eventos relacionados con la mujer para los que no está preparado. Considerando que la depresión moviliza y afecta a todos los que conviven con la mujer, es necesario que toda la familia sea considerada como objeto del cuidado a ser ofrecido, además de ser preguntada sobre comportamientos extraños de la mujer, así como de todo el contexto familiar sobrevenido tras el nacimiento del niño.

Este estudio muestra que la DPP acarrea sufrimientos a la mujer y familia, y también desgastes en las relaciones conyugales, existiendo la necesidad de los profesionales que atienden el ciclo gravídico puerperal de instrumentalizar a la familia con

informações que les proporcionem capacidades em a identificação e segurança em su manejo.

Profissionais do área de a saúde acostumam focar junto a as mulheres embarazadas elementos positivos do ciclo gravídico puerperal; esa prática puede e debe ser conservada, pero também se mezclan elementos desagradables como los trastornos emocionales do postparto, entre ellos a depressão postparto, con todos los aspectos comportamentais que a mulher puede apresentar ante ese evento. El postparto puede ser un periodo de beneficios, de felicidade, de encantamientos, de plenitud, pero também puede transformarse em un periodo con experiências completamente opuestas a esas e a possibilidade de que esto ocurra debe ser revelado a a família.

REFERENCIAS

- 1 - Zinga D, Phillips SD, Born, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27 Supl 2:S56-64.
- 2- American Medical Association. Guia essencial de depressão. Trad. de Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana; 2002.
- 3 - Sintra T, Cordeiro OR. Distúrbios mentais maternos do pós-parto: dar à luz e... ficar às escuras. Rev Saúde Infantil. 1998; 20(1): 29-41.
- 4 - Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. J Clin Psychiatry. 1998; 59 Suppl 2:S34-40.
- 5 - Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2ª ed. Brasília, DF; 2008.
- 7 - Glaser B, Strauss A. The Discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 2009.
- 8 - BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.
- 9 - Edhborg M, Friberg M, Lundh W, Widström AM. "Struggling with life": narratives from women with signs of postpartum depression. Scand J Public Health. 2005; 33(4):261-7.
- 10 - Montgomery P, Bailey P, Purdon SJ, Snelling SJ, Kauppi C. Women with postpartum depression: "my husbands" stories. BMC Nurs. 2009;8:8.
- 11 - Letourneau N, Tryphonopoulos PD, Duffett-Leger L, Stewart M, Benzies K, Dennis CL, et al. Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. J Perinat Neonatal Nurs. 2012; 26(1):69-80.
- 12 - Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. Int Rev Psychiatry. 2003; 15(3): 243-55.
- 13 - Martins D, Pires AP. O comportamento parental de companheiros de mulheres com depressão pós-parto. Mudanças Psicol Saúde. 2008; 16(2): 106-15.
- 14 - Rolland JG. Families, illness and disability: an integrative treatment model. New York: Basic Books; 1994.
- 15 - Engqvist I, Nilsson K. Men's experience of their partners' postpartum psychiatric disorders: narratives from the internet. Ment Health Fam Med. 2011; 8(3):137-46.
- 16 - Frizzo GB, Brys I, Lopes RCS, Piccinini CA. Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê. Aletheia. 2010; (31): 66-81.

- 17 - Ugarriza DN. Postpartum depressed women's explanation of depression. J Nurs Scholarsh. 2002; 34(3): 227-33.
- 18 - Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. Family dynamics and postnatal depression. J Psychiatr Health Nurs. 2004; 11(2):141-9.
- 19 - Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol Estudo. 2005; 10(1): 47-55.
- 20- Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. Infant Ment Health J. 2008; 29(6):624-43.
- 21 - Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34(5): 569-76.
- 22 - Chan S, Levy V. Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. J Clin Nurs. 2004; 13(1):120-3.
- 23 - Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins VR. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. Rev Enferm Cent O Min. 2011; 1(3): 283-93.

Recibido: 4 de septiembre 2014; Aceptado: 21 de noviembre 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia