



Vol. 14 No 1

Marzo de 2011

# PAUTAS DE RELACIÓN EN FAMILIAS CON MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON DEPRESIÓN POSPARTO

Martha Xitlali Mercado Rivas<sup>1</sup>, Lucía Pérez Sánchez<sup>2</sup> y Irene Margarita Espinosa Parra<sup>3</sup>

Universidad Autónoma de Nayarit  
México

Resumen

Se describe la dinámica relacional de familias con miembro diagnosticado con Depresión Posparto (DPP), mediante el análisis de las pautas de relación prevalecientes, y la identificación de antecedentes familiares relacionados con depresión, lo anterior en el marco de la Teoría General de Sistemas y de la propuesta de Linares (2003) para explicar la depresión. Lo anterior desde un enfoque cualitativo y mediante el uso de la Teoría fundamentada (Hernández Sampieri *et al*, 2006). Los resultados obtenidos son una aportación para la mayor comprensión del contexto que rodea a la persona en el caso de diagnóstico de DPP como parte del compromiso de los profesionales de la salud con la sociedad.

*Palabras claves:* Depresión posparto, pautas de relación familiares, terapia familiar.

<sup>1</sup> Maestría en Terapia Familiar sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA) generación: 2005 – 2007. Licenciatura en Psicología en el Instituto de Estudios superiores Matatipac. Profesor de Tiempo completo asociado A, en la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit. Dirección: Atenas Cd. Del Valle. Dirección: Atenas 22 fracc. Cd. del Valle cp 63157. Email. marthaxitlaim@hotmail.com

<sup>2</sup> Maestría en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA) generación: 2005 – 2007. Licenciatura en psicología educativa en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Nayarit 1999 – 2003. Especialidad En Estudios de Género 2005 en el Centro de Estudios Multidisciplinarios e Investigación (CEMIC) U A N 2004 – 2005. Pasantía en Psicología de la Salud en la Asociación latinoamericana de Psicología de la Salud. La Habana Cuba Junio 2005. Profesor de Tiempo Completo asociado B, en la Licenciatura de Psicología en el área de Ciencias sociales y humanidades de la U A N. Email. lucia@systemica.com.mx; lucycolitas@hotmail.com

<sup>3</sup> Maestría en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA) generación: 2005 – 2007. Licenciatura en psicología educativa en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Nayarit. Profesor por adscrito al Programa académico de Psicología en el área de ciencias sociales y humanidades de la Universidad Autónoma de Nayarit. Email. psicobeba@hotmail.com

## Abstract

We describe the relational dynamics of families with members diagnosed with postpartum depression (PPD), by analyzing the relationship patterns prevalent, and the identification of family history related to depression, this in the framework of General Systems Theory and the proposal of Linares (2003) to explain depression. This from a qualitative approach using grounded theory (Hernández Sampieri *et al*, 2006). The results are a contribution to a better understanding of the context surrounding the person in the case of diagnosis of PPD as part of the commitment of health professionals and society. *Key words*: Postpartum depression, family relationship patterns, family therapy.

Cada día se conforman nuevas familias, las cuales de manera ideal se constituyen como núcleos proveedores de apoyo y protección, en otras palabras, plataformas de crecimiento para seres humanos que inician su desarrollo (Linares, 2003), sin embargo, es lamentable que por diversas circunstancias no en todos los casos se cuente con estas características.

Cuando el ambiente que recibe al recién nacido está caracterizado por amor, salud y armonía familiar, las condiciones están dadas para que este ser humano se desarrolle a su máximo potencial. Sin embargo, es con aquellas familias en que el ambiente no es exactamente el más propicio con quienes se prioriza el compromiso social de los profesionales de la salud, en particular en la labor terapéutica, es decir, con familias cuyos recursos resultan insuficientes para adaptarse a la evolución del núcleo familiar (Ochoa, 2004).

Hales y Yudofsky, (2004) consideran que hasta un 85% de las madres experimentan tristeza posparto, un estado temporal que se inicia 2–4 días después del nacimiento, con un máximo entre los cinco y siete días posparto, y que desaparece al final de la segunda semana. Siguiendo a estos autores, otros factores de riesgo para la depresión posparto incluyen acontecimientos vitales estresantes y la falta de apoyo del cónyuge o compañero o de los demás.

En los años 80's Anne Bar Din (1989) analizó las influencias negativas que una madre deprimida puede tener específicamente sobre el desarrollo cognoscitivo de sus hijos, y es de notar que a pesar de su formación de corte

psicoanalítico, desde esa época ya percibía la importancia de observar la depresión no como enfermedad sino, según sus propias palabras “*como una reacción normal a aquellos acontecimientos vitales que le causan un dolor insoportable*” (Bar Din, 1989; p. 13), es decir, dentro de un contexto de relaciones ordinarias.

Aunque su investigación aportó cuestionamientos significativos en relación con el ambiente familiar creado cuando un miembro (madre) es diagnosticado con depresión, es de relevancia mencionar la referencia de la autora al inicio de la depresión en el periodo del posparto con una evolución de 8 y 30 meses posteriores del nacimiento.

En sus resultados permite apreciar la recursividad que la depresión ayuda a sostener cuando se intensifican los síntomas depresivos (considerarse no apta para el cuidado de los hijos) seguido de límites en los contactos sociales y vida de pareja, así como, conducta inadecuada por parte del hijo mayor, para regresar a la intensificación de los síntomas depresivos por considerarse “madre inadecuada” en un marco de creencias (familia de origen) en que “los vínculos son estrechos”.

En este trabajo se pretende encontrar la respuesta a *¿Cuales son las pautas de relación en familias con miembro diagnosticado con depresión posparto?*, donde se busca la identificación de dinámicas subyacentes a este diagnóstico, constituyendo así una aportación inicial para la comprensión del fenómeno.

El tema es importante para dimensionar no solo las causas sino también las consecuencias de la Depresión Posparto (DPP) pues este trastorno no solo afecta a la propia madre en su funcionamiento laboral y social, sino también en el autoconcepto y autoestima dadas las creencias que prevalecen en México, en donde la maternidad es en ocasiones venerada (Ramírez, 2005).

Al hacer un recuento de diversos autores sobre las causas asociadas al diagnóstico Depresión Post Parto tratando de comprender más profundamente el padecimiento, se encontró el predominio del pensamiento médico y psiquiátrico de tipo causal – lineal, el cual limita la comprensión del fenómeno a los síntomas para identificación del diagnóstico y causas asociadas, en un sentido causa – efecto, [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

más carece de descripciones sobre el contexto interaccional en que aparece y se desarrolla, o sea, como influye el ambiente que rodea al diagnóstico y como este a su vez influye en el ambiente, de ahí la relevancia y utilidad de analizar las pautas de relación familiares, como aportación al campo de la Terapia Familiar.

Dado que en la estructura social, la mujer sigue siendo un pilar y eje del funcionamiento familiar como núcleo de la sociedad, resulta pertinente investigar las dinámicas de relación familiar de las mujeres que lo padecen, de manera que al ampliarse el conocimiento en este sentido permita abrir un abanico de alternativas de solución, dado que como mencionan McGoldrick y Gerson (1987) *“el reconocimiento de pautas ofrece la posibilidad de ayudar a los miembros de la familia a alterarlas”* (p. 99)

Minuchin (1974) define como pauta toda interacción entre los miembros de una familia que a partir del lenguaje analógico y digital connota el tipo de relación cotidiana o frecuente al interior del sistema entre cada uno de sus miembros.

En cada sistema familiar existen interacciones características entre sus miembros y esta forma de relacionarse suele transmitirse de una generación a otra y / o a través de varias generaciones. Las también llamadas pautas pueden identificarse tanto en la estructura como en el proceso de conformación familiar, dependiendo de variables como el número de integrantes, los roles de funcionamiento de cada uno, dependiendo de su lugar de nacimiento, género, distancia cronológica entre fechas de nacimiento, entre otros. También pueden identificarse pautas en el estilo de vinculación afectiva que se establece entre los miembros.

Según Umbarger (1987) se entiende como estructura familiar la conformación y configuración de las posiciones y roles de los miembros del sistema familiar, así como, relaciones establecidas entre ellos en un periodo o momento determinado, o sea, que es cambiante.

El genograma es un valioso instrumento en la comprensión de la estructura y complejidad familiar, como esquema gráfico de organización y análisis de la información permite generar hipótesis relevantes sobre las pautas familiares con

base en suposiciones generales producto de su reiterado uso y estudio (McGoldrick y Gerson, 1987).

De acuerdo con Minuchin (1984) la comprensión del sistema familiar ha de basarse en el análisis de varios aspectos, el más inmediato cuando observamos a una familia es su composición. Las configuraciones más comunes son: tradicional familia nuclear, de *pas de deux*, de tres generaciones, con soporte, de acordeón, cambiantes, reconstituidas, unparentales o con un fantasma, descontroladas y las psicomaticas propuestas por Onnis (1990). Recientemente se incluyen familias adoptivas y homosexuales (Eguiluz, 2003).

Otra información relevante en la comprensión del sistema familiar es el subsistema fraterno, definido como *“un sistema independiente dentro de la familia, con su propio conjunto de relaciones y alianzas fuera de los límites parentales”* (Fishman, 1994, p. 139). De acuerdo con Framo (1992) el lugar que ocupe una persona en el subsistema fraterno puede tener particular importancia en su posición emocional dentro de la familia de origen y en sus relaciones con pares, cónyuge e hijos.

En el tema de depresión mayor es importante mencionar el antecedente descrito por Olga Castañeda (2006) acerca de las pautas generacionales repetitivas que identificó en pacientes del centro comunitario de salud mental, en Jalisco, México. Los resultados de este estudio mencionan reiterado alcoholismo en los varones de la familia, incluyendo abuelos, padres, hermanos, parejas y algunos hijos, como consecuencia de este comportamiento se originan constantes (en promedio una vez por semana) interacciones de violencia tanto física como psicológica, y en consecuencia distanciamiento emocional entre los familiares; en algunos casos también se reportó consumo de drogas ilegales en pareja, hermanos e hijos.

Por otra parte, Heene y cols. (2007) identifican una recurrente insatisfacción conyugal en parejas donde la mujer presentaba diagnóstico de depresión, comparadas con parejas en donde la depresión fue diagnosticada al hombre y otro grupo de parejas sin diagnóstico de depresión en ninguno de sus integrantes. La vinculación entre los miembros de parejas en donde la mujer presentaba [www.revistas.unam.mx/index.php/rep\\_i](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep_i) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

depresión se caracterizó por dificultades en la resolución de conflictos y una percepción negativa acerca de comunicar (enfrentar) los conflictos y causas del mismo, pues se percibe como algo destructivo, también identificaron fuerte correlación de estas parejas con un estilo de apego ambivalente en la mujer.

Dentro de las pautas generacionales repetidas que Castañeda (2006) menciona, se encuentra la categoría denominada "*patrón de depresión*" dentro del cual hace referencia a una visión pesimista tanto de la vida como del enfrentar los problemas por parte de las participantes, así como, los intentos de suicidio como única solución según su percepción.

Definiendo el diagnóstico, Latorre (1992) describe el embarazo, el parto y el nacimiento como fases del proceso de dar vida, convirtiendo a la mujer en madre. Mientras Santrock (2003) define el posparto como el periodo de tiempo después del nacimiento o el parto en que el cuerpo de la mujer se adapta, física y psicológicamente, al proceso de la maternidad.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, 2003) considera la Depresión Posparto como diagnóstico dentro del *EJE I* denominado *Trastornos Clínicos* en el apartado de *Trastornos del estado de ánimo* y se le reconoce como *Trastorno depresivo mayor con especificación de inicio en el posparto*.

Algunos de los síntomas que permiten identificar el diagnóstico son: llanto espontáneo mucho después de lo que suele durar la "tristeza posparto" (la cual se considera no patológica), irritarse, resentimiento o desinterés en sus bebés, ideas delirantes que se refieran al recién nacido, sentirse triste o deprimida, pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras, cambios en los patrones de sueño, gran ansiedad, querer hacerse daño a sí mismas o a los demás (incluyendo pensamientos obsesivos de agresión al niño), e incluso ideación suicida.

Como se puede apreciar, tradicionalmente se suele definir la DPP en relación con los síntomas asociados a este diagnóstico más no en referencia al ambiente familiar en términos de relaciones e interacciones, situación relevante si consideramos incluir al sistema familiar en el tratamiento dado que el diagnóstico o [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

la enfermedad no existe en el vacío, es decir, “*individuo y medio circundante son componentes de un circuito recursivo de causación mutua*” (Kornblit, 1984, p. 20).

Resulta pertinente mencionar la propuesta de Linares (2003), autor en cuya obra hace referencia al ambiente interaccional de la familia de origen de mujeres diagnosticadas con Depresión. Linares, toma la Teoría de Bowlby (1989) como marco para la descripción de la configuración familiar que describe como antecedente del paciente depresivo, es decir, en su familia de origen, pues considera que los padres fueron figuras de apego representadas como inaccesibles, que rechazan y castigan.

De lo anterior surge una pareja caracterizada por Hiperconyugalidad compleja (en los padres del paciente depresivo), o sea, sobrevinculación en la pareja, teñida de dependencia entre ambos cónyuges y con matices de complementariedad rígida, o sea, siempre ocupan las mismas posiciones de aparente dominio y sumisión.

Al ser una pareja autosuficiente, en otras palabras, que no requieren a los hijos en relaciones intergeneracionales, esta pareja es no trianguladora y poco nutriente, esto último en términos emocionales. De manera que aun en caso de que se generase suficiente conflictividad potencialmente trianguladora, (lo cual en estas parejas tiene pocas probabilidades de ocurrir), de cualquier forma el hijo (futuro paciente), no es lo suficientemente valorado como para resultar candidato serio a la condición de aliado. Los padres se consideran “seres perfectos” a quienes hay que, al menos, intentar complacer, pues por regla general es una meta inalcanzable.

Otra de las características distintivas en estas familias es la preservación de las apariencias (sujetos evitadores de conflictos) que mantienen un culto a la honorabilidad “lo que está bien”, “lo que debe ser”, y no admite críticas ni fisuras; además de que por esta honorabilidad al hijo (a) no se le permite metacomunicar acerca de la diferencia entre lo que da (inalcanzables expectativas de los padres) y lo que de ellos recibe.

Para el hijo (a) el problema reside en que aunque un progenitor es rechazante, resulta ser el más cercano y efectivo, mientras el otro (supuesto [www.revistas.unam.mx/index.php/rep\\_i](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep_i) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

protector) suele permanecer lejano y periférico. Así pues, la fachada social se refleja en corrección, cordialidad y hasta simpatía para el exterior, corroborando la imagen de familia respetable, mientras que al interior los valores y creencias exigentes en la esfera cognitiva, rituales rígidos en la pragmática y clima emocional frío que constituyen la mitología familiar, dan a la organización familiar una apariencia de aglutinamiento que no se corresponde con la situación relacional imperante a niveles más profundos (Linares, 2003).

El depresivo suele cargar con un gran peso de responsabilidad (cualquier actividad está bajo el signo del deber) esto en combinación con una necesidad de ser reconocido, solvente y conservar la honorabilidad de apariencias, dan por resultado una persona especialmente preocupada por responder a las expectativas de los demás, preocupación condenada a la frustración y el fracaso trayendo consigo la infravaloración de sí mismo y auto descalificación, las cuales se ubican en la identidad mediante un proceso de internalización.

Cuando se crece sin sentirse amado, apreciado y aprobado como describe Boszormenyi–Nagy y Spark:

La fase de enamoramiento y comienzos del matrimonio renueva las esperanzas de contar con el progenitor “idealizado” que provee aquello que uno busca y necesita eternamente. Si las expectativas o exigencias son abrumadoras o imposibles de satisfacer, entonces resulta inevitable que el conyuge sea fuente de frustración y decepción (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983; p. 260)

Entonces, aunque el paciente identificado reconozca sus carencias, no por ello deja de alimentar expectativas e ilusión por compensarlas, especialmente durante la adolescencia y/o búsqueda de pareja, dando lugar al emparejamiento de forma compulsiva.

En el nuevo contexto de pareja el abnegado pseudoprotector, que es el cónyuge, muestra esa condición posiblemente debido a la necesidad de demostrar cuanto es capaz de dar, (quizá también desde la necesidad de encubrir, mostrándose generoso, su propio déficit de valoración). Se constituye así la Santa alianza trigeneracional de progenitores, cónyuge e hijos, bajo el signo de la ayuda [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

desde posiciones de superioridad a un paciente confirmado en condición dependiente e inferior.

De esta manera Linares (2003), concluye que la Depresión implica para el paciente: simultáneamente castigarse a sí mismo por su insuficiencia y castigar a los demás por su desconsideración.

El trabajo de investigación que se presenta busca en primer instancia analizar las pautas de relación en familias con miembro diagnosticado con Depresión Posparto, para lo cual, se identifican los antecedentes familiares relacionados con Depresión y describen los esquemas familiares de interacción de mujeres diagnosticadas con Depresión Posparto.

Para la recolección de información se realizaron entrevistas profundas individuales, para ello se utilizó videogradora y transcripción manual de las cintas, en un equipo de cómputo. El Procedimiento seguido fue el análisis de las entrevistas a profundidad desde la teoría general de sistemas, así como, los postulados del uso de genograma (Mc Goldrick y Gerson, 1987), mediante el procedimiento cualitativo denominado "Teoría Fundamentada".

El estudio es fenomenológico, pues se analizaron valores, ritos significados de un grupo en específico; y transversal, ya que se realiza en el presente y no pretende estudiar el fenómeno a lo largo del tiempo (Hernández *et al*, 2006). El alcance que se persiguió es de tipo descriptivo pues solo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de las personas o sujetos de la investigación que se sometió al análisis.

La muestra mínima fueron 7 familias cuya figura materna fuese diagnosticada con depresión posparto, lo cual se confirmó mediante la escala de depresión posnatal de Edimburgo en su traducción al castellano. A las participantes se realizó una entrevista a profundidad bajo la reseña para una breve entrevista de genograma (Mc Goldrick y Gerson, 1987) y el modelo de Patton (citado en Hernández *et al*, 2006) que sugiere los siguientes tipos de preguntas:

1. Demográficas (*Demographic/background questions*) Aspectos como la edad, situación profesional, formación académica, etc.

2. Sensoriales (*Sensory questions*), las cuales son cuestiones relativas a lo que se ve, escucha, toca, prueba o huele.
3. Experiencia /Conducta (*Experience/Behavior*) Preguntas que se formulan para conocer lo que hace o ha hecho una persona.
4. Sentimientos (*Feelings*) Están dirigidas a recoger las respuestas emotivas de las personas hacia sus experiencias.
5. Conocimiento (*Knowledge*) Preguntas que se formulan para averiguar la información que el entrevistado tiene sobre los hechos o ideas que estudiamos.
6. Opinión/Valor:(*Opinion/Value*): Cuestiones que se plantean al entrevistado para conocer el modo en que valora determinadas situaciones.

El método de muestreo es no probabilístico (Hernández, 2006) utilizándose sujetos voluntarios por conveniencia. Cabe mencionar que dicha investigación se realizó en la ciudad de Tepic Nayarit, con la figura materna de familias de clase media, durante 2 años y ocho meses (Diciembre 2006 - Agosto 2009). Se contó con apoyo del Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Nayarit (COCYTEN) a través de una beca.

## Resultados

De acuerdo a las entrevistas a profundidad que se realizaron a 7 mujeres diagnosticadas con DPP en Tepic Nayarit, se identificaron las siguientes categorías analíticas:

### 1. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN

Se identifica como la recurrencia del diagnóstico Depresión Mayor o Depresión Posparto en miembros de la familia de origen y familias extensas, tanto paterna como materna (Umbarger, 1987; Castañeda, 2006; Linares, 2003). En los resultados ninguno de los casos existe conocimiento sobre la presencia del diagnóstico previamente, sin embargo, mencionan la posibilidad de que se haya presentado depresión en familiares pero sin ser diagnosticada pues los síntomas pasaron inadvertidos ante los demás miembros de la familia o se confundieron con “nerviosismo”, cansancio o agotamiento, como menciona la participante no. 6 “...la verdad no se o será que no me acuerdo porque a lo mejor mi mamá lo presentó

[www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj)      [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

*porque mi mamá quedó embarazada”* (línea 199 - 200).

Cuando se les cuestionó sobre la información conocida acerca del tema se identificó que existe confusión sobre la identificación del diagnóstico o se desconoce sobre el tema, salvo por asociación con desajustes hormonales, eventuales referencias al mismo a manera de historias de vida proyectadas en la programación televisiva o conclusiones personales a partir de la experiencia vivida, la participante no.7 lo describe *“que se tiene como un cómo te diré, un, una emoción un no sé, este, como que falta más bien, como que falta de cariño, de comprensión hacia uno, no se...”* (línea, 11 - 13).

La teoría del apego de Bowlby (1989) en la cual se identifica como deseable el desarrollo del “apego estable o seguro”, como plataforma para que los pequeños aprendan a relacionarse con otros confiando, mostrando y recibiendo afecto, explica que cuando la madre presenta depresión este tipo de apego no se desarrolla y se sientan las bases para crear una pauta intergeneracional que a través del tipo de interacción familiar perpetua el diagnóstico de depresión en la familia. De ser así, todo el proceso antes mencionado deberá ocurrir fuera del campo de consciencia plena de los miembros de la familia, pues como se observó en las respuestas de las participantes si existen inferencias sobre posibles antecedentes de depresión en otros miembros de la familia, sin embargo, dado el impulso a complacer a los demás como medio para obtener nutrición emocional que caracteriza a la persona que vive la depresión, los síntomas que en otros diagnósticos permiten su identificación, en este caso logran que pueda pasar inadvertido.

## 2. PAUTAS ESTRUCTURALES REPETIDAS Y PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO QUE POTENCIAN LA DEPRESIÓN POSPARTO

Definidas como los tipos de estructuras familiares que basadas en las creencias compartidas al interior del sistema puntúan las interacciones entre sus miembros, de manera que se potencia la aparición del diagnóstico DPP (Linares, 2003). Cuando se exploró las pautas funcionales cuestionando acerca de las reacciones de la familia como sistema de apoyo ante los síntomas de depresión, las participantes mencionan haber contado con el apoyo de su familia pero un [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

apoyo aparente, pues aunque existe compañía física de familiares comentan sentirse incomprendidas, y en algunos casos desaprobadas por los otros miembros de la familia al presentar dichos síntomas. La participante no. 1 lo menciona “... *no yo solo pienso que ellos, yo supongo que no, no me entendieron, no, no me, pues quizá no lo valoraron en su grado... pues aguantarme, pero fue cuando mi hija que me llevo a dar con el psiquiatra y el psicólogo*” (línea 31 - 34).

De lo anterior se confirma el concepto “fachada social” de Linares (2003), pues mientras al exterior existe la honorabilidad mostrada con aparente apoyo en presencia física de familiares, no se permite al miembro diagnosticado metacomunicar sobre la diferencia emocional entre lo que recibe y da a ellos, de esta forma se evitan conflictos y la depresión se vive en soledad.

También Heene y cols. (2007), confirman la evitación de conflictos lo cual es congruente con el concepto de honorabilidad mencionado en el párrafo previo, pues de acuerdo con sus resultados comunicar acerca de los conflictos y causas de los mismos es percibido por las mujeres diagnosticadas con depresión como destructivo en las relaciones con los otros miembros de la familia, por lo que evitan hacerlo.

Mediante el uso de varias preguntas al elaborar los genogramas, dentro de las pautas estructurales repetidas en la familia de origen se encontró: incidencia de abortos en cinco de los siete casos revisados, en ninguna de ellas existe la tipología de familia de tipo huésped (Minuchin, 1984), en donde se pudieran considerar hijos adoptivos; predomina la estructura nuclear tradicional, primer matrimonio, con hijos de ambos, aunque en seis de los siete casos se reportan separaciones en matrimonios de varias generaciones, en los divorcios son poco frecuentes, solo en uno de los casos y en dos más separaciones definitivas por parte de los padres de las participantes, un caso mas fue familia reconstituida por viudez de la madre de la participante.

En la familia nuclear de las participantes el común denominador es la estructura tradicional, primer matrimonio, con hijos de ambos, solo en tres de los casos hubo separaciones en la historia de la pareja una vez casados aunque por cortos periodos de tiempo, lo cual podríamos explicar con el apartado que aparece [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

más adelante denominado “emparejamiento compulsivo”, un dato relevante es que en cuatro de los siete casos se presentó el matrimonio por urgencia de la espera del primer hijo.

Tratándose del funcionamiento en relación con la familia de origen se identifica que en todos los casos cohabitan en la misma casa únicamente padres e hijos, no tíos, abuelos, ni ninguna otra persona. Se infiere que se podría explicar esto debido a que la pareja de padres suele ser no trianguladora con los hijos.

Dentro de las pautas de funcionamiento al interior de la familia nuclear en todos los casos los roles familiares están distribuidos de manera tradicional, esto es que el padre hace las veces de proveedor y se mantiene más periférico mientras que la madre se encarga de las labores domésticas y cuidado de los hijos; aunque tres de ellas trabajan, comentan apoyo de parte del esposo en el cuidado de los hijos cuando se encuentra en el hogar, excepto en un caso. El subsistema conyugal es funcional, se resuelven las necesidades y situaciones que cotidianamente se presentan. La participante no. 2 comenta “*Pues yo... hasta ahora estoy empezando a trabajar en que seamos los dos pero las decisiones siempre fue mía, los cuidados siempre fueron míos, él nunca ha participado...*” (Línea 637 - 638).

Cuando se les cuestionó sobre cómo se toman las decisiones económicas al interior del sistema familiar, coincidieron mencionando que entre ambos toman las decisiones. También lo que se refiere a eventos y reuniones sociales las participantes mencionan que la pareja llega a acuerdos, salvo en uno de los casos. Tres de los casos se encontró influencia notable de la religión en la vida familiar; estas tres participantes asocian la religión con apoyo emocional y fuente de orientación para la familia en todos los subsistemas. En el resto de los casos la religión no tiene influencia.

En relación con lo que consideran distintivo de sus familias de origen, en palabras de las participantes, describen: “... *Si, si no la llevamos bien*” (Sujeto 2, línea 472); “...*buscamos tener un punto de acuerdo pero a veces es más lo que tenemos que ceder para ese punto de acuerdo que lo que quisiéramos*” (Sujeto 3, línea 774 - 776).

Al ubicar la familia de origen en un contexto social más amplio, como la comunidad en que residían, mencionaron algunas características distintivas. En los comentarios queda claro que evitaban los conflictos internos y externos, *“Pos que somos responsables, trabajadores, este.... Pues que se ve que nos llevamos bien, pues que tenemos buena relación, que somos personas de bien... ahorita nomas porque hay ese malentendido”* (Sujeto 7, línea 574 - 577).

En todos los casos la familia de origen y extensa estaba integrada por numerosos miembros, y en tres de ellos se presentaban situaciones de violencia. Las participantes “compensan” con características de unidad familiar y búsqueda de un sentido en común, que en sus propias palabras es lo que identifica a sus familias como muy unidas.

Luigi Onnis (1990) y Minuchin (1984), describen como familias psicossomáticas, aquellas cuya estructura parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo, les caracteriza la unión excesiva entre miembros e incapacidad para resolver conflictos acompañada de enorme preocupación por mantener la paz a cualquier precio. Todas las participantes identifican a sus familias como “unidas” y cuyos miembros no entran en conflictos con otros de la comunidad; se comparte la identidad familiar para mantener la membrecía, solo se muestra su necesidad de afecto mediante los síntomas atribuidos a la depresión, para mantener la rígida paz familiar sin ser excluida.

En el siguiente fragmento es evidente el concepto de Honorabilidad a que hace referencia Linares (2003), cuando refiere a la familia como en búsqueda de reflejar un núcleo respetable mientras en el interior el clima emocional imperante es frío.

*“Entre hermanos, toda la vida yo choque mucho con la O, hasta la fecha, desde niña me ha hecho la vida imposible, y ahorita no nos hablamos, yo con la O y entre hermanos, M con José Luis, al grado que él mato a José Luis”* (Sujeto 4, línea 400 - 402). *“Para mi yo me siento orgullosa excepto por lo que pasó con Mario y José Luis, para mi, mi familia siempre fue muy unida, nos quisimos mucho... pero me da tristeza que ahora que faltaron mis papás... se ha ido desintegrando”* (Sujeto 4, línea 549 - 553).

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN CON LOS PADRES O FIGURAS PARENTALES CUANDO EXISTEN TENDENCIAS DEPRESIVAS

Consiste en la descripción de relaciones en el subsistema parental (padres e hijos en relación) a partir de la experiencia personal de la hija diagnosticada con Depresión Posparto (Linares, 2003).

Cuestionando sobre el vínculo de relación con los padres, en todos los casos describen figuras maternas emocionalmente distantes, con adjetivos como fría, acida, no cariñosa o desamorizada, con una relación autoritaria o dura hacia los hijos, como en constante actitud de enojo o coraje, hablando con gritos. Sin embargo, no se les guarda rencor, sino que al ser la principal fuente de protección, son aceptadas tal cual y se les reconoce como responsables; de igual forma, se mantiene la subordinación a su estatus de autoridad. La participante no.6 comenta “... desamorizada, con nosotros mi mamá nunca nos dio, ahora de grandes que estamos casadas” (línea 714); “Autoritaria.... No sé de qué otra manera podría ... Es así corajuda .... Muy poco amorosa, o sea, no... alegre pues si más o menos, alegre así, así, ratos, no.... Que también reprime mucho lo que siente mi mamá” (Sujeto 7, línea 557 - 559).

Se describe a un padre afectuoso, recordando que en estas familias imperan los roles tradicionales de manera que aunque siendo más afectuoso el padre, también era más periférico o ausente, mientras que la madre más cercana y disponible es más fría y autoritaria. Al preguntar a las participantes si en algún momento consideraron intervenir en el subsistema conyugal mediante aliarse (defender) a alguno de los padres, las participantes no intervenían en las relaciones o decisiones de la pareja de padres, aún cuando se describen situaciones de conflicto entre ellos, las cuales se toman como oportunidades para involucrarse en el subsistema conyugal, sin embargo, no se permite que la hija intervenga, manteniendo así el límite entre subsistemas.

Los padres son desplazados por las figuras femeninas, derivado de tener [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

un rol periférico asociado a razones de trabajo o por ser solteras las madres de dos participantes. En todos los casos, los recuerdos que guardan las participantes sobre la relación con la figura paterna suelen ser agradables, se describe a los padres como “buenos”.

Se confirma la descripción de Linares (2003) en que los padres se consideran “seres perfectos” a quienes hay que complacer aceptando la renuncia a ellos como fuentes de afecto y reconocimiento, en otras palabras es preferible aceptar el tipo de relación poco nutriente que confrontarlos metacomunicando pues eso significa renunciar a la membrecía familiar.

Una de las características consideradas potenciadora de la Depresión es la responsabilidad entregada a la persona que en el futuro será diagnosticada con depresión, en el sentido de responder a las expectativas de los otros (lo que debe ser, lo correcto) acompañado como ya antes se mencionó de poca nutrición emocional (Bowlby, 1989).

Una vez más se confirma la descripción de Linares (2003) en el sentido de una pareja autosuficiente (subsistema conyugal en la familia de origen), y por tanto no trianguladora, aún en situaciones de conflicto potencial para implicar a los hijos en relaciones intergeneracionales, de cualquier forma las hijas no son lo suficientemente valoradas para obtener la condición de aliadas.

Se trata de un ambiente de crianza en donde la pareja es dependiente y con rigidez complementaria (roles de proveedor al padre y labores del hogar a la madre), en ambos casos poco nutrientes emocionalmente, produciendo carencias que llevan al emparejamiento compulsivo buscando satisfacer la necesidad de sentirse apoyada y cuidada.

#### 4. EMPAREJAMIENTO COMPULSIVO

Se define así el intento reiterado e impulsivo por cubrir mediante la relación de pareja las carencias afectivas, mientras se alimentan interiormente expectativas e ilusiones para compensar dichas carencias (ser protegida) (Linares, 2003).

Las participantes describen su noviazgo y las características que lograron la atracción entre ambos miembros de la pareja. Ellas mencionan como atractivos [www.revistas.unam.mx/index.php/repi](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

durante el noviazgo a sus parejas por características como maduro, serio, atento, “como que hay respaldo”, responsable, consejero, trabajador, amoroso, o guapo. La participante 2 lo menciona *“Pues sí, me case y ya, ...voy a vivir otra vida, o algo, no sé, a lo mejor con él pensé que iba a tener la atención que tenía en casa y no fue así...”* (Línea 633 - 634); mientras la participante no. 7 *“Y este también es muy trabajador...es muy amoroso con mis hijos también, conmigo allá de vez en cuando”* (línea 706 - 708).

En las anteriores respuestas se presenta “el pseudoprotector”, figura propuesta por Linares (2003) para explicar la cronicidad de las Depresiones a partir de la relación en el subsistema conyugal, consiste en que a partir del noviazgo la futura depresiva crea expectativas de protección y apoyo pero al no ser cubiertas durante el matrimonio, viene la acentuación de los síntomas dado que la interacción no se modifica y la expectativa se intensifica.

Algunos comentarios dejan entrever como ser cortejada de alguna manera llena el vacío de otra relación y nuevamente interviene lo que está bien para los padres como expectativa a cubrir por parte de la futura persona diagnosticada con Depresión, como lo menciona aún en el no amor a la pareja; *“Es que yo en realidad este, no a mí no me gustaba él, yo no lo quería pero se aferro tanto a mí y me rogó ocho meses”* (Sujeto 4, línea 865); *“... me deje influenciar por mi familia, hazle caso, bueno pues dure 2 años de noviazgo, ahm, me embarace, me tengo que casar porque pues qué vergüenza con mis papás”* (Sujeto 4, línea 869 - 871).

Al explorar la principal fuente de apoyo que las participantes identifican ante crisis o dificultades de la vida, en cuatro de los casos es el esposo. Se le deposita confianza en espera de apoyo y comprensión y el resultado es congruente. Sin embargo, varias de las participantes consideran el apoyo de la pareja solo en caso necesario o luego de la insistencia de este por conocer lo que ocurre. Solo en un caso la participante resuelve sola lo que la vida le va presentando.

Al preguntar por el motivo del matrimonio o la causa de estar con la actual pareja, las participantes describen esposos que proporcionan compañía y apoyo, en algunos casos comprensión emocional, y se identifica esto como la principal motivación para continuar juntos. Sin embargo, por la entonación de añoranza con [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

que responden se infiere agradecimiento pero acompañado de la expectativa de protección no satisfecha o sensación de estar sola internamente.

En algunos comentarios se expresa de forma más evidente el deseo de sentirse protegida y cuidada pero que en estos casos la demanda emocional hacia los esposos generó en ellos conflicto, el cual desahogaron en el primer caso con alcoholismo, en el segundo con ausencias físicas prolongadas atribuidas al trabajo; en un caso se expresa como en la historia familiar de la participante mantener unida a la pareja y los hijos es un logro para ella, por lo que no contar con el apoyo emocional que esperaba al casarse se compensa con la presencia física del esposo.

Al preguntarles si compartían la significación de ser padres con sus esposos, también se aprecia la característica de pseudoprotector por parte de las parejas de las participantes, pues según la percepción de ellas, la paternidad a sus esposos les representa una forma de trascendencia o rol complementario a su vida, motivo de regocijo, no de preocupación, de manera que no comparten con ellas el sentido de responsabilidad en tiempo y actividades cotidianas que requiere el cuidado de un recién nacido.

Se perpetúa la pauta de rigidez complementaria de la familia de origen a la familia nuclear, y aunque los esposos cumplan su rol principal como proveedores y complementario de apoyo y cuidado emocional, no es suficiente para satisfacer las necesidades de las participantes. Lo anterior es confirmado por Perren *et al* (2005) en el sentido de que las madres (diagnosticadas con depresión) suelen evocar recuerdos negativos de la conyugalidad en su familia de origen, de manera que ello incrementa la probabilidad de percibir una disminución en la calidad de su propia relación marital, aún cuando los esposos intenten proporcionar satisfacción conyugal. Una vez más se confirma lo que según Linares (2003) implica la depresión para estas familias, pues la madre diagnosticada simultáneamente se castiga a sí misma por su insuficiencia y también a los demás por su desconsideración.

## 5. MATERNIDAD RESPONSABLE

Significado de hiperresponsabilidad que se atribuye al hecho de ser madre directamente relacionado con creencias y dinámicas familiares y ambientales de crianza que influye en el resultado de la auto evaluación en el rol materno (Latorre, 1992; Bowlby, 1989; Bar Din, 1989).

Al cuestionamiento acerca del significado o primera reacción ante la noticia de saber que iban a ser madres, considerando las circunstancias que rodearon cada nacimiento, el común denominador de los comentarios expresa angustia derivada de ver frente a sí mismas una responsabilidad percibida como inmensa, simbolizada en el bebé recién nacido y frente a la cual no consideraban tener suficientes recursos personales además de no sentir que contaban con el total apoyo del esposo, la única persona, que desde su criterio debía compartir esa responsabilidad. Como lo menciona la participante no. 3 *“Pues si me pongo contenta pero luego me agarra así como que me invade una, o sea, “¿yo que voy a hacer con un bebé?”* (Línea 822 - 823).

Al cuestionar sobre cómo se sienten en relación con el hijo con quien al nacer se presentó la DPP se aprecia parte de la hiperresponsabilidad reflejada en constantes pensamientos de auto evaluación y crítica que termina con un sentido de infravaloración y se vincula directamente con la capacidad como madre.

Por último, otro aspecto a considerar en esta categoría es la culpa que en ocasiones acompaña a la Depresión Posparto. Cada participante describe culpa asociada a distintos motivos, en el primer comentario la culpa es por no desear internamente tener el bebé, precisamente por el temor de no saber cómo criarla, en el segundo, durante un momento de inconsciencia se aplica una excesiva dosis de medicamento letal al bebé y se confirma la incompetencia como madre, en la tercer mención se describe como durante los años que ha crecido la pequeña, continua la incapacidad para expresarle afecto como cuando era recién nacida, lo cual genera culpa.

La actitud hacia el embarazo y la maternidad son reflejo de las cogniciones adquiridas por las participantes durante su vida mediante el modelo de los padres y familiares, educación, tradición oral y creencias entre otros (Latorre 2002) y esto [www.revistas.unam.mx/index.php/repj](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

se combina con la previa situación psíquica de las participantes (Bar Din, 1989) como personas especialmente preocupadas por responder a las expectativas de los demás, pero al fracasar una y otra vez en su intento, internalizan la devaluación de sí mismas, falta de confianza y la auto descalificación especialmente en su rol como madres, pues socialmente se les reconoce como plenamente responsables del cuidado y adecuada crianza del bebé.

Como menciona Latorre (1992), la maternidad puede llegar a ser no deseada por la mujer principalmente debido al gran peso de responsabilidad que le implica y que en un momento dado rebase su capacidad emocional y recursos familiares para hacerle frente.

## 6. IMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Consiste en la experiencia personal y subjetiva descrita en términos de percepciones, sensaciones, vivencias y situaciones presentes o pasadas como parte de experimentar sobre sí misma el diagnóstico Depresión Posparto (DSM IV, 2003; Harmon, 2003; Retamal, 2003).

Como parte de su experiencia, las participantes confirmaron los principales síntomas que identifican este diagnóstico según la escala de depresión posnatal de Edimburgo, los cuales son tristeza, crisis de llanto, incapacidad para disfrutar la vida, excesivo temor a permanecer sola, sentirse incapaz de resolver las dificultades cotidianas, incluyendo los mínimos cuidados que requiere el recién nacido, autorrecriminaciones, e ideas suicidas como un deseo por escapar de la avasallante realidad y el sufrimiento experimentado. Se aprecian sentimientos ambivalentes hacia el bebé cuando se menciona el cariño que se le tiene pero al mismo tiempo el gran esfuerzo que para ellas demanda emocionalmente cumplir su rol de madre, en especial cuando el bebé nace con complicaciones físicas, generando sentimientos de culpabilidad o inutilidad y dificultad para tomar decisiones.

Se confirman los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, 2003), así como, lo descrito por Harmon (2003). La participante no. 7 menciona "...*entonces te digo empezaron a agravarse*  
[www.revistas.unam.mx/index.php/repi](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

*los síntomas decía voy a estar sufriendo y pensaba quitarme la vida o sea, no tanto pensaba en cómo hacerle, no mas pensaba en el hecho”* (línea 99 - 101).

El trabajo aporta la comprensión de la relevancia que tiene la llegada de un nuevo ser pues implica una reorganización de todo el sistema familiar para poderse adaptar y cubrir las necesidades de ese nuevo integrante, y tal como menciona Retamal (2003) como la DPP perturba la vida familiar. Cuando se les cuestionó en una escala del 0 al 10 (donde 10 es el máximo) cuanta confianza percibían en sí mismas mientras se vivía la depresión posparto es notable la disminución de esta auto confianza, lo cual es congruente con la teoría de Linares (2003) cuando explica como la auto descalificación se instala en la identidad en un proceso de internalización de la mirada de los otros relevantes.

Resulta pertinente mencionar la incongruencia entre los resultados reportados por Castañeda (2006) y los resultados obtenidos luego de la aplicación de la entrevista y genograma con las participantes de esta investigación.

Una vez más se identifica en la Teoría propuesta por Linares (2003) una explicación a esta incongruencia. En el DSM IV no se diferencia los síntomas de la depresión mayor de los correspondientes a distimia, pero Linares si hace una diferencia especialmente en el funcionamiento de las familias de origen de personas diagnosticadas con uno u otro trastorno.

Castañeda (2006) realiza un estudio con base a un diagnóstico de depresión mayor según criterios del DSM IV y sus resultados son congruentes con las pautas de funcionamiento y vinculación descritas por Linares para la distimia, es decir, predomina la Simetría inestable en la conyugalidad de los padres (juego de simetría establecida por los síntomas distímicos sometido a múltiples oscilaciones) y la pauta de relación con los padres es la Triangulación manipuladora, caracterizada por una proyección de la desarmonía conyugal de los padres sobre la parentalidad.

En el nuevo contexto de pareja predominan las metáforas de lucha de poder (aficionados a la discusión), en donde las demandas apremiantes de afecto tienden a ser percibidas como ordenes, en clave de poder con iguales respuestas (escalada simétrica) lo cual explica la violencia intrafamiliar, triangulación de hijas

mayores e intentos de suicidio descritos y que no aparecen en la depresión según la configuración relacional de Linares (2003) que se confirman en los resultados del presente documento.

#### Conclusiones:

1. Se identifica dentro de las pautas de relación de la familia de origen de la paciente diagnosticada con Depresión Posparto que en términos de Linares (2003) se trata de un ambiente de crianza caracterizado por dependencia en la pareja con matices de complementariedad rígida, (padre proveedor y madre que cubre las labores del hogar).
2. Los padres en términos emocionales son poco nutrientes y con ello aparecen carencias que llevan al emparejamiento compulsivo en la búsqueda de satisfacer las necesidades de sentirse cuidada y apoyada, pero que al desarrollar un apego ambivalente paradójicamente le impiden percibir y recibir el afecto esperado primero por parte de la pareja y después en la etapa de crianza por parte de los hijos.
3. Resulta fatal que el cónyuge sea un pseudoprotector (Linares, 2003), primero por el no cumplimiento de las expectativas e ilusiones compensatorias de crianza; y segundo debido a la estructura familiar, pues en su tradicional rol de proveedor se aleja para trabajar, obligando a la paciente a responsabilizarse por el bebé, de manera que las demandas del medio rebasan sus recursos emocionales.
4. Ante las altas demandas emocionales de la mujer diagnosticada con depresión posparto, puede generarse en el cónyuge conflictos internos, cuyo desahogo se manifiesta en variadas respuestas comportamentales, tales como alcoholismo, ausencias físicas prolongadas o distanciamiento emocional que a su vez agudizan la depresión consolidando así una realimentación desgastante y empobrecedora emocionalmente para ambos miembros de la pareja y en consecuencia también para los hijos.
5. Se potencia la Depresión en el momento de ser madres primero por la Hiperresponsabilidad interiorizada (inicialmente por los padres) durante la crianza hacia lo que debe de ser según normas externas a la persona, así como, los

recuerdos que la mujer tiene sobre la calidad marital de su propia familia de origen; y segundo, la falta de apoyo del cónyuge.

6. Las carencias emocionales de la persona y las exigencias sociales del rol materno implican para esta madre que las demandas del medio rebasen sus recursos emocionales y la condenen nuevamente a la auto descalificación y corroboración de infravaloración por no cumplir con las expectativas, perpetuando la baja autoestima e interacciones disfuncionales al interior del sistema familiar.
7. El rol de madre no siempre es deseado, precisamente por la inseguridad emocional que se experimenta como persona, generando con ello culpa hacia el bebé y también deteriorando la interacción con el mismo, de manera que se perpetua el estilo de apego ambivalente ahora en el recién nacido (pauta intergeneracional).
8. En la categoría denominada implicaciones de la Depresión Posparto se rescatan comentarios que permiten un mayor entendimiento y conocimiento sobre la experiencia vivida, como afecta a los miembros de la familia y viceversa.
9. Aparentemente no hay antecedentes de Depresión en ninguno de los casos presentado pero muy posiblemente como menciona Linares (2003) al ser un diagnóstico caracterizado por la hipersociabilidad (impulso a complacer a los demás en la búsqueda de nutrición emocional) pueda pasar inadvertido y se haga necesaria una exploración más profunda y exhaustiva al respecto.
10. Es importante diferenciar las características interaccionales y pautas de relación de las familias con un miembro diagnosticado con depresión o depresión posparto (pautas similares) de aquellas diagnosticadas con distimia, pues aunque la sintomatología referida no está diferenciada en el DSM IV, las particularidades de cada uno si resultan relevantes en la comprensión de cada caso y por ende, en las implicaciones para el tratamiento de cada diagnóstico.
11. Para ser congruentes con la formación dentro del marco del método científico, los Terapeutas familiares deben permanecer atentos no solo a la [www.revistas.unam.mx/index.php/repi](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

relación entre sintomatología (como motivo de consulta) e interacción entre los miembros de la familia (como sistema), además se requiere mantener la posición de metaobservador de la propia práctica terapéutica, para mantenerse en la mejora y aprendizaje continuos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación Mexicana de Terapia Familiar AC (1997) **Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar AC** [Versión electrónica], Recuperado el 24 de abril de 2007 de <http://www.amtf.com.mx/index.php?page=CodigoEtico>
- Bar din, A. (1989) **La madre deprimida y el niño**. México: Siglo veintiuno editores.
- Barron, W. y Lindheimer, M. D. (2002) **Trastornos médicos durante el embarazo**. Madrid: Mosby Elsevier.
- Bertalanffy, V. L. (1976) **Teoría general de sistemas**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boszormenyi – Nagy, I. y Spark, G. (1983) **Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional**. Buenos Aires: Amorrortu
- Bowlby, J. (1989) **Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego**. España: Paidós
- Castañeda, O. (2006) **Pautas generacionales repetitivas en las familias de mujeres con depresión mayor**. Revista psicoterapia y familia de la AMTF, vol.19, no.2, 86 – 92.
- Dallos, R. (2007) **Sistemas de creencias familiares. Terapia y cambio**. España: Paidós
- De Shazer, S. (1996) **Pautas de terapia familiar breve**. Barcelona: Paidós
- Eguiluz, L. (2003) **Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico**. México: Pax.
- Fauman, M. A. (2003) **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales**. (DSM IV) Barcelona: Masson.
- Fishman, H. (1994) **Terapia Estructural Intensiva. Tratamiento de familias en** [www.revistas.unam.mx/index.php/rep](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

**su contexto social.** Buenos Aires. Amorrortu

Framo, J. (1996) **Familia de origen y psicoterapia. Un enfoque intergeneracional.** Barcelona: Paidós

Hales, R. y Yudofsky, S. (2004) **Tratado de psiquiatría clínica.** Barcelona: Masson.

Harmon, G. (2003) **Manual de embarazo y parto de alto riesgo.** Madrid: Mosby Elsevier.

Heene, E.; Buysee, A., Van Oost, P. (2007) **An interpersonal perspective on Depression: The Role of Marital Adjustment, Conflict Communication, Attributions, and Attachment Within a Clinical Sample.** Revista Family Process vol.46, no. 4, 499-514.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006) **Metodología de la investigación.** México: Mc Graw Hill.

Hoffman, L. (1987) **Fundamentos de la terapia familiar.** México: Fondo de cultura económica.

Keeney, P. B. (1991) **Estética del cambio.** Barcelona: Paidós

Kornblit, A. (1984) **Somática familiar.** Barcelona: Gedisa

Latorre, J. M. (1992) **Psicología de la salud.** Buenos Aires: Lumen.

Linares, J. y Campo, C. (2003) **Tras la honorable fachada.** Barcelona: Paidós

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987) **Genogramas en la evaluación familiar.** Buenos Aires: Gedisa.

Minuchin, S. (1974) **Familias y terapia familiar.** Buenos Aires: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. CH. (1984) **Técnicas de terapia familiar.** México: Paidós

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995) **El arte del cambio.** Barcelona: Herder.

Ochoa, I. (2004) **Enfoques en terapia familiar sistémica.** Barcelona: Herder.

Onnis, L. (1990) **Terapia Familiar de los trastornos psicósomáticos** Barcelona: Paidós

Perren, S.; Vonwyl, A.; Bürgin, D.; Simoni, H.; Vonklitzing, K. (2005) ***Intergenerational Transmission of Marital Quality Across the Transition to Parenthood***. Revista Family Process vol. 44, no. 4, 441 -459.

Pocket (2002) ***Diccionario de medicina y ciencias de la salud***. España: Mosby

Ramírez, S. (2005) ***Infancia es destino***. México: Siglo veintiuno editores.

Retamal, P. (2003) ***Depresión clínica y terapéutica***. Chile: Mediterráneo.

Rodríguez, G. (2006) ***Metodología de la investigación cualitativa***. Malaga: Aljibe.

Rojas, G., Fritsch, R., Slis, J., Gonzalez, M., Guajardo, V. y Araya, R. (2006) ***Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto*** [Versión electrónica], *Revista médica de Chile* no. 6 jun 2006; 134: 713 – 720, Recuperado el 20 de octubre de 2009 de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000600006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000600006&script=sci_arttext)

Roudinesco, E. (2003) ***La familia en desorden***. Argentina: Fondo de cultura económica

Ruiz Flores, L., Colin Piana, R., Corlay, I., Lara, M., Dueñas, H. (2007) ***Trastorno Depresivo Mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida*** [Versión electrónica], *Salud Mental* marzo – abril, vol. 30 número 002, pp 25 – 32. Recuperado el 27 de julio de 2007 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58230204.pdf>

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000) ***Terapia familiar. Modelos y técnicas***. México: Manual Moderno

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1988) ***Paradoja y Contraparadoja***. Barcelona: Paidós.

Shaffer, D. (2002) ***Psicología Del Desarrollo. Infancia y adolescencia***. México: Thompson.

Sociedad Mexicana de Psicología (2002) ***Código ético del psicólogo***. México: Trillas.

The American College of Obstetricians and Gynecologists, (2009) **Folleto: la depresión después del parto** [Versión electrónica], Recuperado el 20 de octubre de 2009 de [http://www.acog.org/publications/patient\\_education/sp091.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/sp091.cfm)

Umbarger, C. (1987) **Terapia Familiar Estructural**. Buenos Aires: Amorrortu

Velasco, M. y Luna, M. (2006) **Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja**. ed. PAX.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (2003) **Cambio. Formación y solución de los problemas humanos**. Barcelona: Herder.

White, M. y Epston, D. (1993) **Medios Narrativos para fines terapéuticos**. Barcelona: Paidós