



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Psicología

**Incidencia de la depresión materna post parto en el desarrollo  
psíquico del niño. Una mirada desde el psicoanálisis.**

Estudiante: Tania Rodriguez Bayarres

C.I.: 5.377.025-2

Tutora: Profa. Adj. Mag. Mariana Zapata

Revisora: Profa. Adj. Mag. Amparo Bazterrica

Montevideo, Julio 2023

## Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
1. La Depresión y su desarrollo histórico.....	6
2. Antecedentes de la depresión post parto.....	13
3. Constitución psíquica infantil desde el Psicoanálisis.....	18
3.1 El estadio del espejo.....	22
3.2 Violencia primaria .....	25
3.3 Relación de objeto.....	27
4. Efectos en el psiquismo infantil de la depresión post parto materna.....	34
Conclusiones.....	40

## Resumen

La presente monografía procura dar cuenta de las particularidades de la depresión post parto y los efectos que esta produce sobre el desarrollo psíquico y emocional del niño. Con este fin se realizaron cuatro apartados, donde en el primero se efectuó una aproximación a la depresión tomando autores clásicos y contemporáneos, siendo referentes Freud, Lacan y Allouch.

En el segundo apartado se consideraron las características de la depresión post parto, tomando en cuenta la caracterización que realizan los manuales diagnósticos psiquiátricos actuales, así como también la lectura que se realiza desde el psicoanálisis que facilitan la comprensión del fenómeno de una manera psicodinámica.

El tercer apartado presenta las características de la constitución del psiquismo, considerando para esto las fases psicosexuales propuestas por Freud, el estadio del espejo de Lacan, la violencia primaria aportada por Aulagnier y las relaciones objetales a través de aportes de Spitz, Klein y Winnicott. La intención del presente capítulo radica en visualizar el impacto que el cuidador ejerce sobre el devenir del niño, pudiendo entonces habilitar a pensar el efecto que puede tener los cuidados de una madre que atraviesa una depresión.

Para finalizar el cuarto apartado recoge brevemente bibliografía actual y estudios que vinculan la depresión post parto con afectaciones en el desarrollo de los niños, donde se destacan las perturbaciones en los vínculos, la presencia de un sistema de apego inseguro, las dificultades en el lenguaje, y el mal pronóstico del trastorno de déficit atencional, entre otros.

**Palabras clave:** Depresión post parto; Desarrollo Infantil; Constitución Psíquica; Psicoanálisis.

## Introducción

La presente monografía corresponde al trabajo final de grado, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La elección de la temática se debe por un lado a mi tránsito por la práctica de graduación, y a su vez a la pertinencia que considero reviste para la clínica de cara a mi egreso. El trabajo se orientará a considerar las particularidades de la depresión post parto materna [DPP], facilitando pensar los efectos que producirá sobre las mujeres, su entorno y especialmente en el vínculo primario madre-hijo.

En este sentido aproximadamente un 16% de las mujeres uruguayas experimentan síntomas de depresión post parto (Corbo et al., 2011), por lo que comprender a la depresión y sus efectos facilitará la realización de abordajes que disminuyan los posibles efectos mencionados anteriormente. Se destaca así la importancia de dar visibilidad a esta temática, que permita acompañar a madres e hijos sobre todo en el primer año de vida, comprendiendo los modos de producción de subjetividad y fallas en la misma, para poder generar insumos para la promoción y prevención del sufrimiento psíquico.

La DPP es concebida como una afección de profunda tristeza, ansiedad e irritabilidad, vivenciada por la madre ante el nacimiento de su hijo, atravesada por duelos no solo de una vida que cambia ante la nueva llegada del bebé, sino que pierde su condición anterior, asumiendo nuevos roles, contrastando la expectativa e idealización del hijo fantaseado con el real (Serdán, 2013). La dependencia absoluta del infans, enfrenta a la mujer a la asunción de ser una madre suficientemente buena a palabras de Winnicott (1960), debiendo ser sensible y estar disponible a las necesidades del bebé, donde no siempre se cuentan con los recursos adecuados para ocupar dicho rol.

En esta línea es que surge el interrogante sobre si la DPP y las dificultades que se plantean para ocupar el rol maternal, denotan lo limitante que la afección puede llegar a ser, impidiendo el despliegue de este estado de sensibilidad mencionado, pudiendo obstaculizar no sólo el desarrollo de funciones estructurantes para el psiquismo infantil, sino también afectando el vínculo diádico. Otro cuestionamiento sería si al verse interrumpida la comunicación, debido a la dificultad a la hora de descifrar las señales de necesidad de su hijo, se generan alteraciones en el vínculo y por tanto en la interacción temprana (Hernandez, 2016), y que consecuencias psicosociales se producirán, ya sean de adaptación, autorregulación, lenguaje, desarrollo cognitivo, y apego, entre otros.

Se procurará en el presente trabajo por tanto, determinar si el efecto de la DPP sobre la

constitución psíquica infantil, podría constituir un riesgo para que se presenten posibles fallas en el niño, vulnerando así el desarrollo esperado (Huber et al., 2015). Para esto se realizarán cuatro apartados, en el primero se considerará a partir de autores como Freud, Lacan y Allouch las características que establece la teoría psicoanalítica sobre la depresión. Posteriormente, un segundo apartado tomará como referencia los criterios diagnósticos que hacen a la depresión post parto desde la psiquiatría clásica y los aportes que realizan autores psicoanalíticos contemporáneos sobre dicho sufrimiento y su comprensión.

El tercer apartado se aproximará a las características de la constitución psíquica dando relevancia al lugar del cuidador principal, en particular la madre, considerando aspectos claves como las fases psicosexuales propuestas por Freud, el estadio del espejo de Lacan, la violencia primaria aportada por Aulagnier y las relaciones objetales a través de aportes de Spitz, Klein y Winnicott. Finalmente el cuarto apartado recoge brevemente bibliografía actual y estudios que vinculan la depresión post parto con afectaciones en el desarrollo de los niños, donde se destacan las perturbaciones en los vínculos, la presencia de un sistema de apego inseguro, las dificultades en el lenguaje, y el mal pronóstico del trastorno de déficit atencional, entre otros.

## Desarrollo

### 1. La depresión y su desarrollo histórico:

Para el presente apartado se tomarán en cuenta los aportes de autores psicoanalíticos con el fin de comprender la depresión y sus características a lo largo del tiempo. En este sentido Mendilaharsu y De Mendilaharsu (1987) entienden interesante remontarse a sus inicios, ubicándonos así en la Grecia Clásica donde se cosecha el concepto de *Melancolía*. Hipócrates durante el siglo IV a.c. da origen a esta noción con su aforismo: “cuando el temor y la tristeza persisten mucho tiempo es un estado melancólico” (p.3). Posteriormente sostienen los autores, será Cullen en el siglo XVII que introduce la melancolía como depresión grave y diversos cuadros asociados de estirpe neurótica y depresión crónica, entendiendo que compete discutir el temperamento y carácter depresivo.

Avila (1990) en su revisión sobre el concepto de depresión para el psicoanálisis, expone que tanto Freud, como su discípulo Karl Abraham, entre otros, serán pioneros en trabajar en un modelo psicológico que permita comprender o acercarse a dichos fenómenos depresivos. Es así que la primera aproximación sistemática a la construcción del modelo para la Depresión la realizó Abraham en su trabajo *Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas* del año 1911, el cual se sostiene en la publicación de Freud de *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. En este afirma que el advenimiento de la depresión se observa cuando “el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales ... puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual (la oral) ... En las honduras de su inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasar el objeto” (citado en Avila, 1990, p.40). Se puede observar como hace referencia a la introyección que explica Freud con respecto al objeto, aspectos que serán desarrollados posteriormente.

Echeverría (2004) plantea que la melancolía es un término descrito por la psiquiatría, por lo que Freud tomará estos aportes para constituir su propia conceptualización. En este sentido para aproximarse a la noción definitiva tomará en consideración la pérdida, estableciendo diferencias entre las depresiones llamadas neuróticas y la melancolía. Por su parte, Mazzuca (2006) propone que si bien la psicopatología freudiana estaría regulada desde los mecanismos de formación inconsciente, no obstante se presenta una distinción con respecto a la melancolía. Los síntomas de dicha afección, no son especificados por el proceso de la represión, sino que para advertir sobre estos situará en primer lugar “las relaciones con el objeto de amor” (p.2). Actualmente podemos entender los análisis freudianos como centralizados en la intersubjetividad, en las relaciones que comprende al

sujeto con los otros. Como se representará en este capítulo, dichas relaciones podrán ser de amor, odio o ambivalentes, incluso podrá interponerse una relación por identificación.

Ya en el *Manuscrito G*, Freud (1886-1899[1895]/1992d) planteaba una definición apuntada al concepto de melancolía, describiéndola como “el duelo por la pérdida de la libido” (p.240). Sin embargo será posterior su dedicación a la melancolía, donde la estudió a través del duelo y realizando cierta comparación entre ambos términos; siendo el duelo y la melancolía la reacción frente a la pérdida de un ser amado, o una abstracción de él, un ideal (Freud, 2000/1917[1915]). Frente a dicha pérdida el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal de la vida, como son la inhibición de productividad y falta de interés sobre el mundo exterior; a diferencia de la melancolía, que compartiría estos síntomas en sumatoria a rasgos característicos como el desvalimiento yoico y perturbación en el sentimiento de sí -lo que hoy designamos como autoestima-. Por tanto en el duelo se vuelve pobre el mundo externo y en la melancolía se empobrece el yo (Mazzuca, 2006).

El duelo implica la aceptación de la pérdida como un acontecer vital. Durante el duelo se produce un examen de realidad que mostrará que el objeto amado ya no existe -de manera consciente-, exigiendo así que se lo desinvista, ya que seguirá cargado libidinalmente presentándose ante ello una resistencia -desde la libido para ceder al objeto-, y será una orden que no puede cumplirse de inmediato (Alcaide, 2010). No se resigna una posición libidinal tan fácilmente, es un proceso que se ejecutara *pieza por pieza*, con gran gasto de tiempo y todas las energías del yo de investidura. En dicho proceso, el objeto sigue perteneciendo al psiquismo, y “cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto, son clausurados, sobreinvertidos, y en ellos se consuma el desasimiento de la libido” (Freud, 1917[1915]/2000, pp.243). Luego de esta operación del trabajo de duelo el yo queda otra vez libre y desinhibido, ya que lo que había quedado empobrecido no era el yo, sino el mundo (Echeverría, 2004).

Por otro lado Freud, aborda la melancolía como una reacción frente a una pérdida de objeto como en el duelo, pero de naturaleza más ideal, “el objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor” (2000/1917[1915], p.243). Una peculiaridad de este estado, es que el enfermo nota la pérdida, pero no puede apreciar conscientemente qué ha perdido. Es por ello, que la melancolía es una pérdida sustraída de conciencia, a diferencia del duelo, donde no hay nada inconsciente sobre esta. En esta línea Echeverría (2004) sostiene que el yo del sujeto queda empobrecido y desprovisto, tratándose a sí mismo como indigno y moralmente despreciable, con autorreproches, esperando repulsión y castigo, donde el reproche ya no se encuentra dirigido hacia el objeto amado, sino que es replegado

sobre sí mismo, pudiendo el acto suicida dar cuenta de dicha vuelta sobre sí.

Se podría asimilar la melancolía según plantea Alcaide (2010) “como un duelo que no se resuelve y que permanece inmanente en el tiempo, es decir, que el tiempo no pasa frente a esta pérdida” (p.26). La ligadura de la libido a una persona elegida enfrentada al desengaño real o simbólico, moviliza el vínculo en sí mismo, donde lo esperable sería el retiro de la libido y su desplazamiento hacia un nuevo objeto. No obstante, en la melancolía se cancela esa relación libidinal y la libido libre se retira sobre el yo, estableciendo una identificación con características del objeto y continuando este vínculo libidinal con el objeto pero dentro del yo, lo que podría pensarse como la introyección señalada anteriormente. La pérdida del objeto debe mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada pasará a ser un conflicto entre el yo crítico y el yo alterado por identificación (Freud, 1917[1915]/2000). Freud afirma que se presenta una falla en el sujeto a la hora de cumplir con el trabajo que implica el proceso de duelo ante la pérdida del objeto amado, y reacciona ante dicha pérdida con la identificación con el objeto, para de ese modo reedificar en su yo, vuelto en sí (Mazzuca, 2006).

Chacón (2005) por su parte, entiende que dicho conflicto con el objeto amado que podría ser externo, por el odio y rechazo hacia el mismo, se internaliza, donde ante ello le surge la siguiente pregunta: “¿por qué la investidura fue tan poco resistente si la fijación al objeto era tan intensa?” (p.23). En palabras de Freud “la disposición a contraer melancolía se remite al predominio del tipo narcisista de elección de objeto” (1917[1915]/2000, p.247). Es decir, esta identificación narcisista con el objeto perdido se convertirá en el sustituto de la investidura de amor, produciéndose una identificación y no una investidura de amor (Chacón 2005). Ocasionando así que no deba renunciar a esa persona-objeto amado pese el conflicto, sino que será devorado, por lo que “la identificación es la etapa previa de la elección de objeto y es el primer modo (...) como el yo distingue a un objeto. Querría incorporarlo, en verdad, por la vía de la devoración, de acuerdo a la fase oral” (Freud, 1917[1915]/2000, p.247). Respecto a la elección de objeto narcisista, Mendilaharsu y De Mendilaharsu (1987) acentúan que el objeto perdido ahora ocupará un lugar en el yo debido a esa identificación regresiva con el mismo, así es como se comprende la célebre frase de Freud que sostiene que *la sombra cayó sobre el Yo*.

En relación con esto Avila (1990) plantea que esa sustitución del amor por el objeto por dicha identificación es un mecanismo en relación con las afecciones narcisistas. Posteriormente se dará -lo que ya se mencionaba- la regresión de la carga del objeto a dicha fase oral de la libido, donde “la melancolía resulta del cruce entre el proceso de duelo

y el proceso de regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo” (p.42). Este retroceso a la fase sádica se deberá al poder de la ambivalencia, donde el odio recaerá en el objeto sustituto -el Yo-, reduciendo su esencia en el goce de su sufrimiento. Este goce se tratará entonces de una venganza hacia el objeto amado, por tanto, la melancolía se vuelve refugio para así el sujeto no deba exteriorizar su hostilidad. Freud a tal efecto es que explica la consecuencia del suicidio por contexto sádico, tratándose de una vuelta de la carga de objeto hacia sí, tratándose a sí mismo como el objeto -sádicamente- por lo que el Yo quedaría subrogado al poder del objeto.

Desde los aportes lacanianos, Echeverría (2004) sostiene que se entiende al sujeto recluso de dos polos, por un lado lo simbólico -el significante, el pensamiento- y por el otro aquello que denominan como objeto a - el goce- lo que no puede ser nombrado. Es decir, se encuentra entre el lenguaje que le es legado, los nombres y lo que no alcanza a ser pensado o dicho. Cuando el sujeto se deprime, lo que sucede es que existe un predominio de aquello que no se puede pensar ni representar, produciendo por lo tanto una inhibición de lo que antes sí podía hacer. Para el autor, Lacan sitúa a la melancolía y la manía, en el campo de las psicosis, como dos expresiones diferentes de los efectos de la forclusión, donde la melancolía se sostiene en el rechazo de la falta, por lo que la posición del sujeto deprimido se encuentra entre el rechazo del deseo y el desconocimiento de su propio inconsciente; “sin falta y sin deseo, el melancólico pasa de la exultación de estar ilusoriamente colmado a la desesperación de haberlo perdido todo” (Juránville, 1993, citado en Echeverría, 2004, p.50).

En consonancia, Bertholet (2012) manifiesta remitiendonos a síntomas, que para el psicoanálisis los signos vigentes en los momentos depresivos serán la tristeza y la inhibición. No obstante señala que para Lacan no es adecuado homologar tristeza a la depresión, ya que la primera podría considerarse una forma de *cobardía moral*, donde al no reconocerse en el inconsciente se conduce a una traición de sí, sería por tanto la resultante de un saber que se rechaza. El autor expresa que “lejos de la dialéctica del deseo o los avatares de la demanda de amor, la depresión está inscrita en la dimensión de un goce no articulado a la castración” (p.89).

En esta línea, Allouch (2011) discrepa en la manera en que es planteada la melancolía por parte de Freud en el escrito metapsicológico *Duelo y Melancolía*, manifestando que si bien existen similitudes entre ambas, en la melancolía se observa una rebaja y perturbación del sentimiento de sí, no estando de acuerdo en que el objeto en el proceso de duelo sea reemplazable. Según el autor, los planteos de Freud conducen a pensar en que el esquema

narrativo consiste en el desasimiento de la libido ligada al objeto, donde al culminar el trabajo del duelo, la libido es volcada sobre un nuevo objeto, sustituto, por lo que éste sería reemplazable. No obstante Nogueira (2019) siguiendo el interrogante de Allouch, manifiesta cómo la pregunta queda impresa de manera insistente; “¿es sustituible el objeto del duelo?” (p.633).

A su vez, Allouch (2011) tampoco comparte la idea de examen de realidad, que cumpliría la función de mostrar que el objeto amado ya no existe más dirigiendo así a la exhortación de la libido de dicho objeto. Entiende por el contrario, que la prueba de realidad no tiene en cuenta ciertas determinaciones que se presentan en la experiencia del duelo, como lo son lo imaginario del cuerpo y el lenguaje, siendo más bien una intervención en la realidad. ¿Qué quiere decir esto? Nogueira, explica que se trata de una alucinación articulada con lo imaginario -la imagen de ese otro perdido- en sumatoria con el rasgo simbólico que lo caracterice y que se imponga en la realidad, es decir, se le presenta al sujeto un signo del objeto desaparecido, “experiencias donde se cree ver a quien se perdió” (2019, p.633). Sin embargo, esta experiencia no resulta duradera, sino que se constituye como una alucinación breve, donde “la verdadera prueba de la realidad, lo que la vuelve entonces tan espantosamente probatoria, es cuando nos damos cuenta de que no permite ninguna prueba” (Allouch, 2011, p.72).

Siguiendo el pensamiento del autor, es que se podría decir que el sujeto se da cuenta entonces de que no puede ser real, ese momento se trata de un juego de signos al decir de Lacan, de rasgos que representan esa vivencia, leyendo el signo como pertinente a la presencia del ser amado. Cabe aclarar entonces que la prueba no se concluiría, porque existe esta posibilidad a su aparición y reaparición breve y causante de felicidad. No obstante, en instantes el enlutado cae en cuenta de que lo que vivencia no puede ser posible, y es allí donde se van generando intervenciones en la realidad, no una prueba, sino que cada experiencia en la que se da cuenta que eso no es posible, lo irá introduciendo al sujeto en un estatus de enlutado (Allouch, 2011).

La pérdida del objeto de amor será por tanto, la coyuntura predilecta para que quede expuesta la ambivalencia de los vínculos de amor a la hora de incorporar ese objeto perdido, estos son los sentimientos de amor y de odio. Este conflicto -inconsciente- de la ambivalencia suministra al duelo una conformación patológica, exteriorizándose en forma de autorreproches y afección de culpa por dicha pérdida, como que uno mismo la quiso. Esta ambivalencia tiene lugar en el cuadro melancólico, ya que el amor se encuentra en la identificación narcisista con el objeto, como el deseo de prolongar esa unión libidinal -libido

y objeto- y el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo, la parte del yo alterada por identificación, denigrado, haciéndolo sufrir y ganando en este una satisfacción sádica (Freud, 1917[1915]/2000). Las premisas que plantea Freud entonces sobre la melancolía son: la pérdida del objeto, la ambivalencia y la regresión de la libido al yo.

Es importante precisar que si bien Freud se vale del proceso de duelo y su explicación para el entendimiento sobre los procesos melancólicos, esto puede conducir a pensar en que en la melancolía se produce un duelo patológico. Sin embargo, es necesario reafirmar que lo acertado es que en la melancolía el sujeto no es capaz de realizar el proceso y trabajo de duelo y en consecuencia no se produce el desligue del objeto perdido, evitándose el duelo como recurso para reconstruir el objeto en el yo. Siendo esta imposibilidad una peculiaridad de este cuadro, no una característica, alterando el yo por dicha identificación con el objeto y el empobrecimiento como resultado de ello, ya que capta hacia sí todas las energías de investidura dejándolo por tanto vacío, produciendo dicho empobrecimiento (Mazzuca, 2006). En definitiva, la melancolía no se trataría entonces de un duelo patológico, sino de su imposibilidad.

Freud (1926[1925]/1992b) en inhibición, síntoma y angustia plantea que el carácter de la pérdida del objeto amado o la pérdida de su amor puede “conducir a una acumulación de deseos insatisfechos y, por ende, a una situación de desvalimiento” (p.77). En esta línea, Bleichmar (2003) parte de dicha premisa, para explicar que en los estados depresivos existe un deseo sentido como irrealizable ante el objeto perdido; es así que la persona tendrá una representación de sí como sin poder, impotente e indefenso ya que no puede modificar la situación, no puede dejar de desear ni satisfacer ese deseo. El estado depresivo es una reacción a la pérdida, siendo que lo propio del estado será la significación, es decir, “que fantasías inconscientes y pensamientos conscientes organizan la manera en que la pérdida será sentida” (Bleichmar, 1997, p.36). Desde un modelo transformacional, el autor enuncia, que a un cuadro clínico se lo debe caracterizar por su sintomatología y los mecanismos que lo producen y sostienen, por lo que en el caso de los trastornos depresivos se deberá buscar una condición que al articularse con diferentes componentes dé lugar a diversos subtipos de depresión.

Finalmente, es pertinente considerar que las características de la Melancolía son comprendidas desde la categoría de depresión que plantean los manuales diagnósticos, siendo para el psicoanálisis un fenómeno que el analista debe ser capaz de percibir en lo que es traído a consulta. La depresión no se considera un síntoma o queja, sino más bien como un estado, mezcla de tristeza, culpa, angustia y posibilidades de pasaje al acto

suicida, por lo que la depresión “apunta a un abandono del sujeto, de lo que antes lo sostenía en la vida en relación a lo que él acostumbraba hacer, ser o soportar frente a los otros” (Echeverría, 2004, p.39).

En esta línea Paciuk (1998) sostiene que la depresión se sustenta en una relación de objeto idealizada, donde la pérdida de dicho objeto o del vínculo establecido entre ellos, implicaría para el sujeto la pérdida de la idealidad del yo, careciendo así de valor. Por este motivo el autor sostiene que la depresión es considerada a menudo como vinculada con una herida narcisista “pérdida de la autoestima en la cual puede verse un duelo persecutorio por el yo ideal. No es extraño entonces que ese yo del sujeto quede colapsado y expuesto a las mortificaciones ... En esas condiciones, el sujeto querría morir” (p.16).

Se procuró dar cuenta así entonces de la melancolía, con el fin de establecer una mirada para pensar al fenómeno depresivo, desde el aporte que el psicoanálisis puede brindar a la comprensión de lo que subyace. Estos aspectos nos permitirán introducirnos a la depresión post parto, con el fin de comprender sus particularidades y posteriormente el impacto que como cuidador puede producir sobre el psiquismo infantil.

## 2. Antecedentes de depresión post parto

Como fue mencionado en el apartado anterior, ya Hipócrates se había adentrado en dar cuenta de la melancolía, en esta línea el puerperio también fue considerado, siendo concebido como un estado de *frenitis*, contrastando con la manía y melancolía, debido a su carácter transitorio o agudo. Sus manifestaciones incluían estados de fiebre, agitación, dolores de cabeza y cuerpo en general, y delirio, en conjunto con dificultades para dormir, y podía constituirse tanto como una locura del tipo depresiva, como impulsiva y de características alucinatorias, con conductas suicidas, melancolía, y paranoia, entre otras.

Durante el siglo XX, comenzaron a diferenciarse las causas atribuibles a la locura, distinguiéndose entre las físicas, morales e intelectuales, quedando el puerperio adosado a las consideraciones del tipo fisiológicas en conjunto con otros aspectos como el temperamento, parto, lactancia, y edad, entre otros. Los partos en condiciones inadecuadas fueron considerados entonces como parte de la etiopatogenia de las psicosis autotóxicas debido al dolor que implicaba el tránsito por el parto, pudiendo conducir a la depresión o locura ante el exceso de excitación al que se somete el sistema nervioso. Esto permitió identificar que estados diagnosticados como de manía y confusión mental años después, en realidad habían comenzado a gestarse durante el puerperio.

Si bien entonces, el interés sobre las patologías puerperales es de larga data, será recién en los siglos XVIII y XIX que serán tomadas en cuenta por la psiquiatría con el fin de categorizarlas, siendo en el siglo XIX que en América Latina se observará una clasificación, a partir de la institucionalización y políticas vinculadas con los alumbramientos, surgiendo la locura puerperal como clasificación clínica a partir de la consolidación de la disciplina psiquiátrica (Vaschetto y Gutierrez, 2020).

Se ha comprobado que la depresión es actualmente una patología que según la Organización Mundial de la Salud en el año 2020, constituye la segunda causa de discapacidad en el mundo, con más de 121 millones de personas afectadas. Presentando a su vez un incremento de síntomas depresivos post partos en Latinoamérica y el resto del mundo, donde el 13 % de las madres presentaron esta afección aproximadamente, convirtiéndose en una problemática importante, poco investigada y por consiguiente, diagnosticada (Melendez et al., 2017).

La DPP según Zelaya (2003) será un tema de interés reciente para el psicoanálisis aunque haya sido reconocida en el año 460 antes de Cristo, siendo escaso el material escrito sobre la presente temática y poco explorado. Tomando en consideración la importancia que se le adjudica desde la perspectiva psicoanalítica al vínculo primario madre e hijo, es que resulta pertinente producir conocimiento sobre este tipo de depresión y sobre los efectos adversos

que podría tener sobre el desarrollo psíquico, cognitivo e intelectual del infans. Las causas de por que se desarrolla esta patología no presentan consenso entre autores, ciertas investigaciones “le atribuyen factores que van desde el desajuste hormonal, efectos fisiológicos de partos altamente difíciles, hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo” (pp.9-10).

Por su parte Serdán (2013) plantea que debe tenerse en consideración que durante el embarazo y puerperio se configuran en la mujer múltiples cambios hormonales, bioquímicos, sociales y psicológicos que provocan un elevado grado de vulnerabilidad para la “aparición de trastornos psíquicos” (p.1). La DPP consiste en un estado compuesto por manifestaciones que inicia generalmente de una manera brusca los primeros días post parto o bien, podrán tener lugar hasta el sexto mes aproximadamente, estas serán la incapacidad para descansar o insomnio, irritabilidad, ansiedad, profundo estado de tristeza e inestabilidad en el estado de ánimo. Este estado presenta dificultades a la hora de ocuparse del cuidado de su hijo, generando obstáculos en ese vínculo primario madre e hijo, pudiendo tener efectos en el infans como retraso psicomotor, temperamento con características de irritabilidad, e inclusive mostrar un apego de tipo inseguro.

Se podría considerar que durante el embarazo la madre se sumerge en un estado de regresión del tipo narcisista que se verá detenido en el parto, lo que impedirá mantener la omnipotencia percibida, así como de completud. Esto implica un cambio de estado por parte de la madre y por ende, un elevado trabajo psíquico para su elaboración, en el que dicha vivencia podría significar la pérdida de un estado de plenitud, siendo una pérdida de objeto. En casos donde la vivencia se registre como de completud narcisista, la madre será confrontada entonces con la realidad, pasando de este estado de completud a dos cuerpos separados, sin embargo no está de más aclarar que ambos necesitan de cuidado y atención ante sus necesidades. Esta separación podría desatar entonces, ansiedades aniquilantes y de desintegración, debido a la discontinuidad experimentada en el propio cuerpo y su percepción, así como por la pérdida de objeto mencionada (Zelaya, 2003).

Podría decirse que cerca del 80% de las madres sufren algún tipo de alteración durante las etapas de embarazo y puerperio, estas podrían ir desde molestias leves o transitorias de tristeza y llanto, síntomas como angustia y obstáculos para vincularse con su hijo, como así también situaciones graves que incluyen posibles inclinaciones suicidas (Serdán, 2013). Es importante tener presente, que dentro de los cambios psicológicos que vivencia la madre debidos a la maternidad, se encuentran distintos duelos por la pérdida de ese ideal imaginario sobre su hijo, confrontando la realidad de este y como es; tambien se cae esa

idealización de su propio rol como madre, y esa necesidad de diferenciarse de su propia madre y su rol. Esto requerirá mayor esfuerzo y desgaste psíquico y emocional por parte de la madre, ante estas exigencias impuestas, incrementando el desarrollo de alteraciones y afecciones en ésta (Huber et al., 2015). Este nuevo rol, implica desarrollar nuevas habilidades, para poder asumir nuevas responsabilidades, y sufriendo modificaciones físicas, psicológicas y sociales.

En el puerperio pueden advenir entonces padecimientos afectivos de diversa severidad, existiendo casos leves que van disminuyendo con el correr de los días, no obstante el desconocimiento sobre la patología, produce sufrimiento y desgaste psíquico y emocional por quien la padece, siendo así una vivencia en silencio y soledad. Es por tanto que se considera fundamental establecer niveles y tipos de padecimientos en el puerperio (Zelaya, 2003).

Por un lado se encuentra la tristeza post parto o *baby blues*, presentándose como una alteración por cambios hormonales, psicológicos y sociales que vive la mujer. Dichas alteraciones tienen presencia con cierta duración e intensidad variable, apareciendo entre los dos o cuatro días luego del parto, pudiendo presentarse alivio después de la segunda o tercera semanas posteriores al respectivo alumbramiento, sin necesidad de asistencia médica y/o psicológica. Actualmente no se conoce una causa propia, sino posibles factores de riesgo que estando presentes podrán producir mayor susceptibilidad en las madres a que dicha tristeza aparezca, considerándose sucesos de estrés durante la gestación como pueden ser los episodios o síntomas depresivos en el transcurso del embarazo, y las alteraciones de sueño, entre otros. Este cuadro tendrá presente labilidad emocional, tristeza y llanto fácil, irritabilidad, ansiedad y desesperación, desenlazando la dificultad en el manejo del bebe (Serdán, 2013).

La DPP por su parte, es definida como un trastorno o episodio depresivo de inicio en el post parto, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales [DSM-5]* la ubica en la categoría de trastornos depresivos, presentando síntomas que hacen al diagnóstico de depresión mayor. Para hacer el diagnóstico se deberán presentar al menos cinco de ellos en un periodo de dos semanas, estos son: estado de ánimo deprimido, disminución de interés, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnias, agitación, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, disminución de concentración, y pensamientos recurrentes de muerte. Estos episodios pueden comenzar durante el embarazo o posterior al parto, se estima que entre un 3% y 6% iniciarán durante el embarazo o post parto ya sea en semanas o meses. Mientras que un 50% iniciarán en el

periparto, es decir, lo experimentan antes del parto siendo más susceptibles a padecer ansiedad grave y posibles ataques de pánico. Los “estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014,p.124).

Finalmente en un tercer padecimiento afectivo del puerperio, se encuentra la psicosis post parto, clasificado en el DSM-5 como trastorno psicótico breve, debiendo presentar uno o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, comportamiento y discurso desorganizado e incluso estado catatonico. Estos episodios de mayor gravedad se caracterizan por alucinaciones que direccionan al infanticidio o suicidio, observándose su prevalencia en las premíparas, estableciéndose que 1 o 2 de cada mil mujeres sufrirá un episodios afectivos con síntomas psicóticos. Sus manifestaciones serán abruptas, pudiendo aparecer entre el tercer y noveno día post parto, o incluso hasta el sexto mes, con síntomas como incapacidad para descansar o insomnio, irritabilidad, inestabilidad anímica, ansiedad, confusión, preocupación excesiva por trivialidades o incluso rechazo por la comida; pasada una semana desde su fase inicial, comienza la fase aguda, en la que tiene lugar la actividad delirante propiamente dicha y alucinatoria (Serdán, 2013).

Como cualquier afección emocional o física, siempre existen factores que propician su desarrollo, sin embargo, se ha comprobado que no existe correlación de dicha patología con algún factor de riesgo determinante para su surgimiento, sino más bien, algunos que influyen en su desarrollo. Según diversos estudios (Oviedo, 2007; Melendez et al., 2017, Huber et al., 2015) podemos considerar que algunos de los factores pueden ser: el embarazo en la adolescencia tardía, las complicaciones obstétricas, los conflictos familiares, el ser madre soltera, el bajo nivel económico, y las condiciones sociales tales como el desempleo. A su vez se identifican al embarazo no deseado, baja autoestima, antecedentes de trastorno depresivo mayor e historia familiar de trastornos del estado de ánimo, junto con la amenaza de aborto, y dificultades e incluso la imposibilidad para lactar, entre otros. En consonancia la escasa red de apoyo socio-familiar, y altos niveles de estrés asociados a la inadecuada capacidad para enfrentarlo, puede ocurrir abuso de sustancias (drogas y/o alcohol), podrían considerarse también como factor de riesgo.

Es posible señalar que la causa de la afección no es precisa, influyendo no solo los factores mencionados, sino a su vez el estado hormonal que atraviesa a las mujeres durante el embarazo y puerperio. En esta línea Melendez et al. (2017) afirman que la

hormona corticotropina [CRH] es una de las principales responsables, ya que durante el embarazo se observa un incremento que descenderá drásticamente en el parto. En consonancia Oviedo (2006) menciona como el post parto constituye una etapa con un rápido cambio en los niveles de progesterona y estrógeno, observándose posteriormente anomalía en la función tiroidea que podría afectar el estado de ánimo debido a la disminución de los niveles de serotonina.

Por lo anteriormente mencionado es que se puede considerar como la DPP constituye una problemática relevante a nivel de patología mental, antes, durante y después de la gestación, siendo a su vez poco investigada. En este sentido es de suma relevancia tener presente que la persistencia de la patología puede provocar diversas conflictivas para las mujeres y su entorno, observándose así, conflictos familiares y afecciones en el vínculo primario madre-hijo, alterando el desarrollo psicomotor del bebé, e incluyendo complicaciones maternas, como irritabilidad, intentos de suicidio y hasta deseos de infanticidio (Melendez, et al. 2017). La imposibilidad de satisfacer las necesidades primitivas y afectivas del bebé, pueden configurar repercusiones sobre el propio niño y su desarrollo evolutivo, por lo que pueden presentarse afectaciones en el apego, carencia de herramientas para explorar el mundo, y ausencia de significación de las experiencias vividas por el mismo, entre otras (Acevedo, et al. 2018).

Por estos motivos es que se considera pertinente para el presente trabajo abordar desde los aportes psicoanalíticos la estructuración del psiquismo infantil, con el fin de observar el lugar significativo que tendrá el adulto en dicho devenir.

### 3. Constitución Psíquica Infantil desde el psicoanálisis

El presente apartado buscará realizar un breve recorrido sobre los conceptos psicoanalíticos que nos permitan pensar la constitución del aparato psíquico en los comienzos de la vida infantil, con el fin de entender cómo desde el psicoanálisis el lugar del otro cobra un rol especial en dicha conformación. Para esto se seleccionan autores psicoanalíticos clásicos, que más allá de los matices diferenciales en relación a sus conceptualizaciones, faciliten a través de sus aportes un mayor grado de comprensión, al considerar que los primeros años de vida del infans repercutirán en esta constitución del aparato psíquico, en su subjetividad y simbolización.

Freud establece una teoría sobre la sexualidad en la infancia, para explicar cómo ésta, estructura la constitución psíquica y el desarrollo del sujeto, mediado a su vez por los cuidados de un otro, como fundamental a la hora de la elección de objeto y la conformación como sujeto de deseo. Comienza *la Teoría Sexual Infantil* (Freud, 1901[1905]/1992e) resaltando el “descuido de lo infantil”, ya que en esa época se dejaba de lado el papel de la sexualidad en la infancia para el desarrollo humano y la sexualidad, criticando la opinión general sobre las pulsiones sexuales -necesidades-, de que “faltaría en la infancia y solo despierta en el periodo de la vida llamado pubertad” (p.157). En este sentido Strachey (1992) planteaba en la introducción de dicha publicación, que en años anteriores a 1897 -año en que surge este hallazgo- la sexualidad infantil se contemplaba como un factor latente, capaz de salir a la luz únicamente como resultados catastróficos por medio de la intervención de un adulto.

Por su parte, Santos (2021) haciendo referencia a los planteos de Freud en relación a la amnesia infantil, sostiene que esta ignorancia con respecto a la sexualidad se deberá no solo a un tiempo socio histórico donde la sexualidad no era considerada un temática pertinente a desarrollar, sino a su vez por la eficacia de la represión que los adultos ejercen en los primeros años de la infancia, de los que nada se retiene en la memoria más que algunos recuerdos fraccionados e incomprensibles, aislados. Al decir de Freud (1901[1905]/1992e) en dichos años -olvidados- se reaccionaba con vivacidad ante las impresiones, exteriorizando alegría y dolor, amor y otras pasiones que inquietaban con violencia. No obstante, estas mismas impresiones fueron olvidadas dejando huella en la vida anímica, siendo determinantes para todo el desarrollo posterior del sujeto. No se trata de una desaparición de las mismas, sino de una represión, existiendo su esencia en un apartado de la conciencia, atribuyendo a la represión de dichos recuerdos por el grado de contenido sexual que tendrían.

Freud (1901[1905]/1992) describe tres características generales de la sexualidad infantil, siendo la pulsión uno de los aspectos más llamativos y diferenciales de la sexualidad adulta, ya que “la pulsión no está dirigida a otra persona, se satisface en el cuerpo propio, es autoerótica” (p.164). A su vez, la satisfacción se encontrará, en las llamadas zonas erógenas, caracterizándose como “un sector de piel o de mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad” (p.166), siendo a su vez zonas de intercambio de cuidados, encontrándose así la sexualidad apuntalada en funciones corporales. Finalmente cabe destacar que las pulsiones en la infancia son diversas, denominándose así pulsiones parciales, actuando independientemente una de otras sin estar integradas, con diversas metas sexuales y con independencia de lo genital.

Santos (2021) sostiene que los postulados freudianos, permiten comprender a la sexualidad como una fuerza existente desde el inicio de la vida del sujeto, en un constante devenir y no exclusivo de la pubertad. Por el contrario, al establecer fases diferenciales facilita la comprensión del surgimiento y desarrollo convulsionado hasta aproximadamente los 5 años, posteriormente existirá un tiempo donde la sexualidad no se detiene sino que encuentra un modo diferente de existir, orientándose así a lo intelectual y moral. Finalmente la convulsión volverá a la vida del sujeto a partir de la irrupción de la pubertad, siendo la sexualidad considerada normal es el producto de un recorrido largo, cargado de vicisitudes, y por momentos significativamente interrumpido. La sexualidad infantil es organizada por Freud en cuatro fases pregenitales, donde los genitales aún no obtienen hegemonía en la vida sexual.

La primera, considerada oral, se vincula con el encuentro entre el niño y la lactancia, manifestándose en el chupeteo la primera exteriorización sexual infantil. En esta actividad el niño busca un placer que ya fue vivenciado y ahora recordado, de sus primeras experiencias de mamar la leche materna arraigado a la nutrición -lo fisiológico-, siendo esta una conducta de autoconservación que posteriormente se desprende de lo nutritivo, orientándose a encontrar la satisfacción “mamando rítmicamente un sector de la piel o de mucosa” (Freud, 1901[1905]/1992e, p.164). Por lo que la satisfacción que antes obtenía mamando la leche, pasa a ser obtenida por mamar un lugar de su piel que le esté al alcance, siendo la boca el órgano de la meta sexual, por lo que si bien al comienzo se vincula con la conservación progresivamente se irá independizando de ella. Así fue activada una de las zonas erógenas primarias, la zona oral o canibática, que incorporará el objeto de la pulsión a través de la identificación. En esta línea Bleichmar (2018) sostiene que la fase oral se caracteriza por ser un tiempo en el que niño aún no logra discriminar los objetos de

él mismo, por lo que el amor está puesto sobre todo lo que puede meterse en la boca, estableciendo un modo de ser a través de lo que se incorpora. Posteriormente se adiciona una etapa oral del tipo activa, como fue mencionada, canibálica, a partir de la aparición de la dentición, inaugurando la pulsión agresiva, donde el cuidador principal brindará significaciones a la experiencia que permitirá el modelamiento y remodelamiento del vínculo entre el niño y el objeto. Es a través de la incorporación realizada a través de la fase oral devendrá por tanto en la identificación, elemento fundamental para la constitución del aparato psíquico.

Una segunda fase pregenital será la establecida como sádico-anal, “aquí ya se ha desplegado la división en opuestos, que atraviesa la vida sexual; empero, no se los puede llamar todavía masculino y femenino, sino que es preciso decir activo y pasivo” (Freud, 1901[1905]/1992e, p.180). En dicha fase el placer se encontrará en las necesidades fisiológicas, en la retención o expulsión de la materia fecal, la actividad será llevada a cabo por la pulsión de apoderamiento por medio de la musculatura del cuerpo y tendrá por órgano de meta sexual pasivo la mucosa intestinal. El niño tratará a las heces como una parte de su cuerpo, y representará para él un primer regalo para sus cuidadores como muestra de obediencia hacia ese medio circundante.

Bleichmar (2018) manifiesta que si bien podría pasarse a una etapa posterior considerada genital, ya que las pulsiones parciales comienzan a unificarse, debemos introducir un intervalo entre las fases pregenitales y la genital, ésta será la fase fálica, etapa clave para la comprensión del desarrollo psíquico del niño a partir de la consideración del Complejo de Edipo. En este sentido, la fase fálica no será introducida por Freud hasta 1923 con su artículo *La organización genital infantil* como una adición a su teoría sexual en los tres ensayos (Santos, 2021). Freud (1925[1923]/1992c) expresa no estar satisfecho con su anterior premisa que sostiene que “el primado de los genitales no se consuma en la primera infancia, o lo hace solo de manera muy incompleta” (p.146). Señalando así, que en la niñez se realiza una elección de objeto como se supone en la etapa de pubertad, por ende, lo que diferencia la niñez de la pubertad es que en la niñez las pulsiones son parciales, no se produce aún la unificación ni la subordinación de las mismas al primado de los genitales. Igualmente cabe destacar que en el desarrollo sexual infantil se da un importante interés a los genitales, al quehacer genital, donde finalmente el establecimiento de dicho primado al cometido de la reproducción transcurre en la última fase de la organización sexual.

El carácter de esta fase, es su organización genital con respecto a la definitiva del adulto, no existe polaridad de masculino y femenino, sino que sólo desempeña un papel el genital

masculino, “por tanto, no hay un primado genital, sino un primado del falo” (Freud, 1925[1923]/1992c, p.146). El niño da por sentado que todos poseen un genital como él, y busca su forma en todo lo que admira, hasta en objetos inanimados. Esto ocupará un gran grado de interés para el niño y lo llevará a una pulsión de investigación, indagaciones que hará para poder descubrir que el pene no es un patrimonio compartido con todos sus semejantes. Este descubrimiento será vivenciado como el resultado de la castración, es decir, se le plantea la tarea de que ocurriera la castración en su propia persona, por mociones prohibidas que le ocurrieron, y por ello perderá el genital como castigo.

La aparición del Complejo de Edipo -fenómeno esencial en la sexualidad de la primera infancia- dará origen a la amenaza de castración, como un castigo por la realización de lo indebido. En el niño se hace presente una actitud edípica hacia sus progenitores, por lo que tendrá sentimientos de índole sexual destinada a los mismos, y será la masturbación una descarga genital por excelencia ante dicha excitación. Por tanto “... el complejo de edipo se va a fundamento a raíz de la amenaza de castración” (1924/1992a, p.185) por esta vasta ocupación manual de sus genitales en la que los adultos no estarán de acuerdo y sobrevendrá dicha amenaza de que se le quitara esa parte tan estimada para él.

El complejo de edipo es desarrollado por Freud (1900/1961) a través de la saga de Edipo Rey, expresando que los cuidadores principales son fundamentales en “la vida anímica infantil de todos los que después serán psiconeuróticos; y el enamoramiento hacia uno de los miembros de la pareja parental y el odio hacia el otro forman parte del material de mociones psíquicas” (p.269). Mientras que uno de los cuidadores se volverá objeto de amor del niño, el otro se presentará como un rival, esta fase será por tanto fundamental para las identificaciones donde la castración demandará al niño desinvertir al progenitor tomado de objeto, conduciendo progresivamente al sepultamiento del complejo. Se observaría así el proceso permanente de estructuración, siendo las fases una herramienta para comprender la modelación del superyó, dependiendo la salida del complejo de edipo de la posibilidad de invertir objetos por fuera de la pareja parental.

Con ese proceso se inicia el período de latencia, que viene a interrumpir el desarrollo sexual del niño, es así que “se edifican los poderes anímicos que más tarde se presentan como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual ... a manera de unos diques” (Freud, 1901[1905]/1992d, p.161).

La fase de latencia se puede considerar entonces la cuarta etapa propuesta por Freud (1925[1923]/1992c), en esta será sepultado en la represión el complejo de edipo, y se presentarán diques anímicos que ocuparan el lugar de inhibidores de las pulsiones

sexuales, tales como el asco y el sentimiento de vergüenza, su establecimiento se deberá a la educación, la moral y normas en las que se encuentra inserto el niño. En estos años infantiles las mociones son inaplicables siendo que las funciones de la reproducción estarán aún aplazadas, por tanto dichas mociones sexuales que no han cesado serán desviadas del uso sexual, partiendo de las zonas erógenas que generan displacer, por ello suscita fuerzas reactivas ante la sofocación de este displacer. Las mismas son construcciones que no solo serán importantes en la infancia y en dicha etapa de desarrollo, sino que son acontecimientos fundamentales en la estructuración del psiquismo que actuarán en toda la vida del individuo. En esta línea Urribarri (1999) plantea que la latencia no corresponde a la idea de un período de cese de la sexualidad ya que esta nunca se detiene, sino que resulta un momento fundamental para el desarrollo de la organización psíquica, que será clave en el accionar adolescente. La latencia se caracterizará entonces, por una configuración dinámica conducida por el equilibrio sistémico y la sublimación, facilitando nuevos modos de funcionamiento para el aparato psíquico, transformando el “decurso y destino pulsional, una particular relación entre los procesos conscientes (manifiesto) y los inconscientes (latentes), un refinamiento del sistema defensivo (con su consecuente control de la ansiedad y estabilización de la conducta), un distanciamiento del yo respecto del ello” (p. 289).

Se abordó por tanto la vida sexual infantil, en sus cuatro fases pregenitales, y su devenir normal a modo de entender las determinaciones que erigen al niño como sujeto de deseo y libidinal, y a modo de comprender cuáles serán las condiciones que producirán al sujeto. En conclusión, en psicoanálisis la palabra sexual no remite a lo genital, siendo que lo genital se atribuye a determinadas manifestaciones de la sexualidad tardías en el desarrollo normal del ser humano, es decir en la pubertad. La sexualidad significa más bien la búsqueda de placer, despertado en el desarrollo temprano, y donde lo genital quedará arraigado a una de las etapas de este desarrollo sexual, pero no será la única, ya que la genitalidad entonces será un producto construido con otros (Bleichmar, 2018).

- **El estadio del espejo:**

Hasta ahora se procuró exponer que no hay nada que venga preformado en la sexualidad infantil, sino que la misma deberá desplegarse por los mejores caminos y en un marco que ayuden a construir al niño como sujeto de deseo, funcionando en el centro de la Estructura del Edipo definiendo la constitución del sujeto sexual en un sujeto de deseo y en el marco de la cultura. Bleichmar (2018) en este sentido, plantea que durante un tiempo se ha manejado la concepción de que existe una antinomia o dicotomía que exige ser resuelta, en

una relación entre lo adquirido y lo innato; siendo que durante los últimos años se tiende a consolidar la idea de que el humano es un sujeto social, quien no solo está sumido en una sociedad no sólo desde el sentido de organización social, sino sumido en “el orden de la cultura” (p.8).

El infans nacerá a la vida entonces, en condición de desamparo y para mantenerse vivo deberá ser validado como sujeto, por los otros y por el deseo historizado en estos en el interior de un ordenamiento simbólico, o en su campo de esa figura cuidadora, ese otro. Deberá ser contemplado, “digamos que para mantenerse en la vida el niño necesita que otro lo pulse a vivir” (Lajonquier 1992, citado por Rivas, 2015, p.57). El recién nacido tendrá lugar en un universo familiar y social que lo antecede, desde antes de su nacimiento, encontrándose atravesado por ideales, por un lugar preestablecido en la serie familiar, identificaciones y fantasías que ya lo están moldeando, ya que parece imposible pensar dicha estructuración y subjetivación por fuera de un encuentro con un otro (Rivas, 2015).

En esta línea Lacan (1949/2009) permite avanzar en la comprensión de la influencia que los cuidadores ejercen sobre el niño con el estadio del espejo. Este se entiende a partir de los estudios de Baldwin, quien sostiene que la aparición de este evento tendrá lugar desde la edad de los seis hasta los dieciocho meses de vida del infans aproximadamente. Según expone el autor se trata de aquel acto impresionante en el que el lactante se encuentra frente a un espejo, sin tener control de su propia marcha o postura de pie, pero que es sostenido por ese gran Otro que intervendrá la experiencia, señalando que quien se encuentra en el espejo es él, poniéndolo en palabras y gestos. Esta será la única forma que tendrá para poder reconocer su imagen y así constituir algo de ella. En este sentido, cabe destacar que en general ese Otro se vincula con la madre, a sabiendas que en psicoanálisis cuando se menciona a la figura materna, se está queriendo hacer referencia a la figura cuidadora, es decir, quien ocupe dicho rol.

Por su parte, Carbajal et al. (1986) exponen la presencia de una dicotomía entre la imagen y la percepción, siendo la misma vivida como una amenaza de fragmentación y ante ello el niño se anticipará por su indefensión, como si pensara que antes de dicha fragmentación se tendrá que transformar en esa imagen que le es señalada, “la agresividad implica fascinación por la imagen, esta tensión Lacan la llamo «líbido eroto-agresiva»” (p. 97). Los autores plantean a su vez, la incapacidad de tener exactitud de que nuestra imagen será coincidente con nuestra realidad, a diferencia del semejante quién es comprendido como unificado, produciendo que “el yo siempre necesite el reconocimiento para que se le asegure la permanencia en la imagen” (p. 100).

La especificación de este periodo se centra en el júbilo que se hace presente en el infans cuando se encuentra con su imagen. Este acto no se agotará en un primer descubrimiento de la inanidad de la imagen, por lo contrario a partir de ello origina “gestos en los que experimenta lúdicamente la relación de los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado” (Lacan,1949/2009, p.99). Este aspecto producirá una identificación para él, procurando así una transformación a partir de ese aspecto instantáneo de la imagen que es asumida por el sujeto, permitiendo una primera construcción de su cuerpo, superando la fragmentación existente antes del espejo, logrando cierta unidad. A este respecto “la identificación especular puede pensarse como ese acto psíquico que permite la introducción al narcisismo a la vez que los efectos de esa identificación darán origen al “yo” en tanto representación que el sujeto tiene de sí mismo” (Rivas, 2015).

Lacan (1949/2009) destaca la importancia del júbilo con el cual es asumida la imagen especular por el infans aun en dependencia de la lactancia y en la impotencia motriz manifestando que es “la matriz simbólica en la que el Yo [*Je*] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto” (p. 100). La función del estadio del espejo que plantea el autor, se revela en la función de la imago, que establece una relación del organismo con la realidad, es decir, el mundo interior y el medio ambiente que lo rodea.

Perez (2005) facilita entonces comprender que la conformación del Yo se elaborará por medio de ese otro que funcionará como espejo para el nacimiento del Yo, donde la proyección en sí no será productora de la imagen, sino que se constituye a través de dicha imagen. El armado de ese cuerpo en tanto funciones instrumentales como la cognición, lenguaje, motricidad, se desarrollarán a partir del ordenamiento simbólico operado por ese otro. Que el cachorro humano nazca sano y posea integridad neurológica, no será suficiente para asegurar su constitución como sujeto psíquico, como tampoco el desarrollo de dichas funciones, por lo que señala que “las funciones instrumentales del sujeto, si bien tienen un correlato físico y madurativo, sus características y organización están dadas a partir de sistemas representantes del cuerpo, -dimensión propiamente psíquica-, y el funcionamiento de éstos en relación al medio” (párrafo 17).

En este sentido Julien (1992) esboza que será en ese momento en que el niño se reconoce en el espejo, obteniendo a partir de ella una nueva representación de su propia imagen,

pasando de una sensación de fragmentación de las partes de su cuerpo, a un sentimiento de unidad por la exterioridad de la imagen, es decir, tendrá ahora una imagen de su cuerpo semejante a la que tenía de los otros. Será el otro quien lo delimita con su mirada, que lo regocija, estará entero afuera, por esta mirada que lo define y constituye en lo imaginario. En este lugar, es Smith (2015) quien reflexiona acerca de los aportes de Sartre, quien se pregunta sobre la manera posible para darnos cuenta de que existimos. Según plantea, el filósofo francés supone la mirada como un aspecto esencial, seremos en cuanto nos perciban los otros y la forma en que lo hacen, delimitandonos a ser lo que es visto por la mirada de estos, dejando así, inexistente todo lo que no se puede ver, como la conciencia, como el alma.

Podemos concluir entonces que el desarrollo del bebe humano no se da simplemente por el automatismo biológico, o por tener en cuenta a los estímulos externos como el motor de este, sino que serán las marcas simbólicas que lo atraviesen, ese primer esbozo de sujeto encarnado en un cuerpo organizándolo, y lo que marcará el ritmo del desarrollo será el deseo del otro, que operará sobre el infante por medio de su discurso. Por tanto, “lo madurativo se mantiene simplemente como límite, pero no como causa” (Perez, 2005, párrafo 18).

Lo esencial del estadio del espejo será por tanto, no el poder de verse en él, sino en esa mirada de un Otro primordial, que sea capaz de sostenerlo. Al respecto de esto, Carbajal et al. (1986) exponen que la matriz simbólica sería el deseo de la madre, donde el niño se identificará con la imagen de falo imaginario de esta y en caso de faltar dicha matriz el infante no poseerá el valor de falo, y por tanto no podrá constituirse como yo, deviniendo en posibles patologías graves.

#### ● **Violencia primaria**

En tiempos de constitución subjetiva y estructuración psíquica, el Otro será personificado, como ya fue mencionado, en los padres/cuidadores de la infancia, estos tendrán por función que el cachorro humano sea alcanzado por el sentido y leyes del lenguaje, el deseo de estos por investir a su hijo/a, interpretando y por ende significando sus llantos o gritos a tamiz del lenguaje (Rivas, 2015). Es por esto, que esa primera pulsión sexual oral se constituirá por apuntalamiento a la función alimentaria, es decir, ese Otro que poseerá lenguaje para significar dicha sensación de displacer producida en el cuerpo del infans -la sensación de hambre-, por tanto, aportando significación (Bleichmar, 2018). Será quien desempeñe la función materna, quien significarán esas necesidades y sensaciones

displacenteras, ofreciendo mecanismos de satisfacción, pero a su vez, brindará amor en el acto de cuidado, en sus caricias, su calor, y también en su odio. Le mostrará por tanto un conjunto de emociones y moldeará una forma de vínculo dando un marco a esa función alimenticia, que no se resumirá únicamente en el servicio de la leche. El sujeto humano no podrá, en ese estado de indefensión significar sus necesidades, sino que quedan al margen de sensaciones displacenteras o placientes (Bleichmar, 2018).

Aulagnier (2007) denominará a esto, violencia de interpretación o primaria, siendo la madre la primera figura de portavoz en sentido literal del término, ya que esta figura tendrá como mecanismo su voz, desde la llegada del infans al mundo, comentando, prediciendo y acunando el conjunto de manifestaciones. Según la autora, la voz materna será en esta primera fase de vida, comunicadora entre dos espacios psíquicos, remarcando que el niño no podría vivir sin ambos funcionamientos psíquicos. Por un lado entonces, se refiere a la necesidad de este otro por las funciones vitales que desempeñará, es decir, necesidades que aún no podrá satisfacer en manera autónoma, y por otro lado, se le exige a este Otro respuestas a las necesidades psíquicas. La madre ocupa este rol para el niño, “transmitiendo de forma ya metabolizada, por el trabajo de su propia psiquis, las representaciones del orden exterior” (Aulagnier, citada por Rivas, 2015, p.58).

Esta violencia primaria anticipada que realizará la madre sobre los sentires del niño, es necesaria, porque así permitirá el acceso de este al orden de lo humano. Incluso antecediendo al nacimiento del bebe humano, “especie de sombra hablada, y supuesta por la madre hablante, tan pronto como el infans se encuentre presente, ella se proyectará sobre su cuerpo y ocupará el lugar de aquél al que se dirige el discurso del portavoz” (Aulagnier, 2007, p.117). En este sentido, la sombra hablada consiste en una constante conducta materna llevada al cuerpo del hijo por su propio discurso.

Por su parte Rivas (2015) concluye en que es fundamental comprender que si bien el advenimiento del yo se modela en base al discurso materno, esta instancia psíquica no debe ser considerada pasiva. El encuentro de los enunciados que brindará la madre facilitará la aparición en la escena del yo y su identificación, pero al mismo tiempo permitirá que la madre descubra que ya no es la única que decide el lugar que tomará el niño, ya que surgirá una propia subjetividad en este, a partir de las referencias identificatorias que le otorgue. Por este motivo Ulriksen (2005, citado en Rivas, 2015) manifiesta que uno de los aspectos fundamentales para que devenga el sujeto será “la capacidad de anticipación de la madre, que deja un espacio vacío, de espera y de confianza en que el niño va a responder desde un lugar singular y único, expresándose como otro, como un ser diferente” (p.58).

- **Relación de objeto:**

Tomando en cuenta los aportes de Spitz (1964), el autor plantea que el crecimiento y desarrollo de los aspectos psicológicos del niño, dependerá esencialmente del establecimiento y despliegue de sus relaciones de objeto más significativas. Por ello la importancia de las relaciones recíprocas entre madre-hijo, dependiendo de la misma la supervivencia del infante. El primer año de vida, o su mayor parte, está destinada al esfuerzo del recién nacido para poder sobrevivir, debiendo elaborar dispositivos de adaptación para poder conseguirlo. El lactante durante ese periodo de su vida, se encuentra desamparado, incapaz de mantenerse vivo por sí mismo, debiendo ser proporcionado por la madre, o por quien ocupe dicho rol todo de lo que carece.

Se deberá dar por tanto, una complementariedad en esta relación, una diada, ya que se deben abastecer las necesidades del infante, ya que en la medida en que se vayan desarrollando las potencialidades propias en el transcurso del primer año de vida, éste irá volviéndose independiente del medio que lo rodea. En los inicios el bebé es considerado como una totalidad indiferenciada, no existe el simbolismo ni el pensamiento por medio de símbolos. Esta indiferenciación de funciones, estructuras, e impulsos instintivos sólo podrán diferenciarse por medio de procesos distintos de maduración y desarrollo. En este sentido, el desarrollo será el resultado del intercambio entre el organismo de una parte y el medio externo e interno de la otra, cuando esto se ve truncado se ve condicionado el crecimiento del recién nacido, debido a la afectación de la relación de objeto, como inexistencia de dicho medio necesario, ya que en esa simbiosis psicológica con su madre, se presenta el único medio circundante existente para él, parte de sí mismo, es decir sin diferenciación (Spitz, 1964).

Por su parte, Melanie Klein presenta como impulsor del desarrollo humano la angustia, donde el conflicto intrapsíquico resultara de la contienda entre las pulsiones de amor y odio referente a los objetos. Será así que se establecerán dos posiciones básicas que comprenderán estados del desarrollo del psiquismo, activándose en el primer año de vida, y reactivándose a su vez a lo largo del tiempo como un conjunto de ansiedades y defensas, definiendo así la *teoría de las relaciones objetales*, planteada por la autora (López, 2015). Intentará dilucidar que la primera relación de objeto tendrá lugar en las primeras experiencias del lactante con el alimento y una madre presente. Esta relación primitiva consistirá en una relación con un objeto parcial, siendo dirigidas al pecho materno las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas (Klein, 1978), se denominará posición esquizoparanoide por tanto, a aquella posición activa durante la primera mitad del año de

vida del recién nacido, donde el término paranoide se referirá a la preponderancia de la angustia persecutoria o paranoide de la ansiedad, y esquizoide en referencia a los mecanismos de defensas que intervendrán, siendo principalmente la escisión que facilitará la parcialización del objeto (López, 2015). La escisión, como mecanismo, se pondrá en marcha, con el fin de establecer una distancia significativa con el objeto de características persecutorias, estando en relación con la idealización que realiza el sujeto sobre el objeto (Segal, 2003).

Desde el nacimiento el bebé se enfrenta ante la ansiedad que será provocada por instintos contrarios, de vida y de muerte, en un principio el sujeto es el pecho, se conserva por él, al igual que corre el riesgo de ser aniquilado por el mismo, es decir, proyecta el instinto de muerte en el objeto externo original (Segal, 2003). El infans experimentará vivencias de gratificación y frustración, de las pulsiones de amor y de odio, produciendo una escisión, en la medida en que es gratificado el pecho será sentido como *bueno* y por tanto amado, y como *malo* u odiado en tanto sea frustrado y como un perseguir aniquilante. Esta oposición entre *bueno* y *malo*, se deberá a la falta de integración del yo en esta primera mitad del primer año de vida del bebé y la escisión de éste. El lactante por un lado proyectará sus pulsiones de amor ante el pecho gratificador -bueno- y sus pulsiones destructivas serán atribuidas al frustrante -malo- (Klein, 1978).

La interacción entre los mencionados procesos como la proyección ya mencionada, que primordialmente expulsa lo malo, la introyección, que permite la incorporación de lo bueno, seguido de la escisión en tanto vivenciar al pecho como objeto parcial, hacen a la primera posición descrita por Klein, *esquizo-paranoide*. No obstante ambos mecanismos, pueden llegar a utilizarse con el fin de proyectar aspectos buenos, en la búsqueda de contrarrestar sentimientos abrumadores, como la propia agresividad, y al mismo tiempo introyectar, con el fin de ejercer un control, sobre aspectos persecutorios (Segal, 2003).

Esta ansiedad persecutoria que es vivenciada por el infans debido a sus fantasías destructivas hacia el pecho malo y que por ende, sentirá que éste lo atacara de igual manera, deberá ser contrarrestada por aquella relación contraria con el pecho bueno, interviniendo diversos aspectos de la madre, como su calidez, sus manos, su voz, y el amor que experimenta mientras lo alza, entre otros. Esto influirá positivamente logrando contrarrestar dicha ansiedad persecutoria y este contacto físico de alimentación, fortalecerá su confianza en la parte del objeto sentido como bueno y gratificante. Cuando la ansiedad persecutoria disminuye, la escisión será menor y el yo tendrá mayor capacidad para integrarse y sintetizar así los sentimientos dirigidos hacia dicho objeto (Klein, 1978).

En una evolución esperable, debido a condiciones favorables, la parcialización del objeto se orientará de manera progresiva a la integración durante la segunda mitad del primer año de vida, se irán pronunciando cambios en el desarrollo intelectual y emocional del infans, cambios en su relacionamiento con el mundo tanto externo como interno, con los objetos, las personas, se irá diferenciado, por lo que cuando se observan cambios y su capacidad de demostrar sus emociones e intereses, significa que se va produciendo un desarrollo gradual del yo (Klein, 1978).

El aparato psíquico asumirá entonces la posición depresiva, debido a que el bebe sentirá de manera intensa sus impulsos libidinales tendientes al objeto bueno, identificándose con este. A su vez, su desarrollo fisiológico y crecimiento, le permitirán establecer una defensa de sí mismo y su objeto ideal, que contrarreste los ataques del objeto malo y de las pulsiones de muerte. Por lo que esta posición surgirá para poder mantener a salvo el objeto bueno de sus propias tendencias agresivas y por el miedo que tiene de perderlo. La tolerancia ante el instinto de muerte tendrá como efecto la disminución de su miedo paranoide, disminuyendo también la escisión y proyección -de manera gradual- pudiendo migrar a una relación de objeto total, un impulso a la integración del yo y por tanto, del objeto (Segal, 2003). Estos progresos serán observables en la relación con su madre, que va desarrollándose gradualmente, mientras que el pecho ocupaba el lugar de objeto principal, fortaleciéndose y será en dicha posición que el bebe logre introyectar a su madre como objeto total, es decir, como persona produciéndose la unión de los aspectos amados y odiados, malos y buenos (Klein, 1978).

En esta segunda posición, se reconocerá un objeto total, una madre como objeto total que por momentos será buena y satisficera y por otros será mala y frustrara, pudiendo estar presente, pero a su vez ausente. Esta modificación en la percepción del objeto impulsará un cambio en el yo, conduciendo a su integración total, volviéndose portador de aspectos buenos y malos. Como consecuencia de esta integración, el bebe reconoce que ama y odia a la misma persona, mientras en la posición esquizo-paranoide las ansiedades se vinculan al temor de que el objeto malo destruya a su yo, en la posición depresiva la ansiedad se origina de la ambivalencia de sus impulsos, donde los influjos agresivos y destructivos pueden llegar a destruir al objeto del que depende totalmente (Segal, 2003).

En esta línea, es que en el Yo surge el anhelo de restaurar al objeto dañado, compensarlo por los perjuicios que se ocasionaron por medio de sus fantasías omnipotentes, entendiendo que sus propios ataques destructivos fueron los que dañaron al objeto. El conflicto depresivo se centra en la destructividad del infans, ya que sus impulsos amorosos

y de reparación, aparecerán debido a la identificación del bebé con el objeto, viéndose por tanto obligado a reparar lo que su sadismo pudo causar, a devolverle la vida e integridad al mismo. El bebe utiliza entonces todas sus defensas para evitar la destrucción del objeto, las defensas maníacas y de reparación, incluirán mecanismos que ya se pusieron de manifiesto en la primera posición, pero la utilización de las mismas contará con mayores grados de integración del Yo, y serán dirigidas a impedir el sentimiento de ansiedad depresiva y culpa. La organización defensiva maníaca tendrá por objetivo evitar y negar la conflictiva depresiva, huyendo hacia el mundo exterior y negando, evitando o invirtiendo la dependencia del objeto y amenaza de pérdida (Segal, 2003).

Cabe destacar que si bien es una posición donde se ponen en juego nuevas defensas, se experimentan aún procesos de introyección, debido a su descubrimiento de la independencia del objeto externo y que este podría alejarse de él, por tanto, incrementa su necesidad de poseerlo y así poder defenderlo de los ataques ambivalentes del yo, y a este de las ansiedades y culpa depresiva “provocada por el sentimiento de pérdida de su objeto bueno por su propia destructividad” (Segal, 2003, p.74).

Por lo desarrollado hasta el momento es que se puede comprender cómo plantea Hauser (2018), que en las etapas primarias, el yo inmaduro del infans dependerá del sostén, de que la figura materna pueda proveer físicamente las necesidades de este, de un ambiente facilitador que promueva su adaptación y que permita el progreso constante de los procesos de maduración.

Winnicott (1950), por su parte desarrolla nociones pertinentes vinculadas a lo esperable que acontezca en la primitiva relación entre madre y bebé. Existe una dependencia propia de la primera infancia, que requerirá una madre suficientemente sana que logre cimentar la salud mental y estar disponible para atender y satisfacer al bebé. Sin embargo, no se debe malinterpretar, ya que no se aspira a una optimización en el quehacer materno, sino al establecimiento de condiciones que le permitirán al bebé una adecuada adaptación. El vínculo de la díada madre-bebe y un funcionamiento positivos es fundamental para la organización de sí mismo estable y sano, en este sentido, las experiencias que tendrán lugar en el primer año de vida son fundantes para el desarrollo, ya que tienen la fuerza de “modificar aspectos funcionales, anatómicos y de la conducta” (Hauser, 2018, p.31).

A lo largo de la infancia el niño transita de la dependencia a independencia, en primer lugar se encontrará la dependencia absoluta, la misma se dará en las etapas más primarias en el desarrollo emocional del infans quien depende totalmente de la provisión de su madre y un ambiente facilitador que permitirá el progreso constante de los procesos de maduración.

Para ello será necesario que la madre pueda ingresar a un estado especial, denominado *preocupación maternal primaria*, siendo este una condición psicológica particular de la madre en esta etapa precoz. Este estado será caracterizado por la fuerte sensibilidad que se desarrolla durante el embarazo, hacia el final de este y con duración hasta unas semanas después del nacimiento del bebé, quedando algo reprimido al cabo de este periodo. Se trata de un estado organizado -pudiendo compararse con un estado de disociación o replegamiento- donde un rasgo en particular de la personalidad ocupa una posición dominante, de modo temporal. Este rasgo será el de una adaptación sensible, delicada y exclusivamente por parte de la madre hacia las necesidades primitivas de su hijo, logrando así posicionarse en el lugar del pequeño y por tanto satisfacerlas. Por este motivo es que puede comprenderse a la preocupación, como una *enfermedad* necesaria, normal y hasta esperable que la madre suficientemente sana podrá alcanzar, siendo esa identificación de la madre con el bebe, ya desde el embarazo la que logre asociarlo con una imagen de "objeto interno". La capacidad de despojarse de sus intereses personales y disponer únicamente para el bebe, será su característica principal, habilitando esta identificación, un vehículo que le permitirá suponer como se siente exactamente el bebe y así satisfacer su omnipotencia (Winnicott, 1960).

No en vano se le asigna una destacada importancia a la oportunidad por parte de la madre de poder sostener la persistencia del medio ambiente humano y no humano, auxiliando favorablemente la integración de la personalidad del infans, así como su estabilidad, lo que permitirá sentir al bebe que el comportamiento de su madre es predecible. Si no se logra ese despliegue de la preocupación materna, no existirá una adaptación gradual de las necesidades, por la imposibilidad por parte de esta de identificarse con él y descifrar sus gestos espontáneos; será así que las conductas cambiantes, ocasionarán en el bebe una angustia inmensa, "dado que no podría anticiparse a los cambios en el ambiente" (Hauser, 2018, p.31).

Por tanto, lo esperable es el inicio de una relación yoica entre madre-bebe, a partir de la cual este último podrá lograr construir en la madre la noción de una persona, este reconocimiento devendrá de manera positiva y no surgirá como experiencia de la frustración, debemos tener claro que dicho "fracaso de adaptación materna en la fase más precoz no produce otra cosa que la aniquilación del self del pequeño ... sus fracasos no son percibidos en forma de fracasos maternos, sino que actúan como amenazas a la existencia personal" (Winnicott, 1956, p. 1367).

Si bien entonces, según el autor, resulta una *enfermedad* necesaria, se podrán presentar

dos estados maternos que afectarían el desarrollo de este tiempo, por un lado cuando los intereses maternos personales no logran dejarse de lado, lo que implica no estar disponible ante las necesidades de su bebé. Y en otro extremo, cuando la preocupación materna se encuentre de manera permanente, constituyendo un grado patológico de preocupación por el bebé. Así la madre prestará su propio self al niño, no logrando posteriormente recuperar su interés por ella misma durante más tiempo del esperable, por lo que es usual que la salida de este estado se produzca de manera abrupta, no brindando tiempo de que surja en el niño una tolerancia progresiva de este retiro.

Cuando el niño tiene un respaldo yoico de parte de su madre, resultara que éste podrá desarrollar un yo fuerte que le permitirá desplegar defensas y patrones que serán personales, en cambio un apoyo yoico materno débil o ausente, hará que el desarrollo está condicionado por reacciones que tendrá frente a las fallas en el ambiente que lo rodea, más que por las exigencias internas y factores genéticos.

Las tres funciones fundamentales maternas serán por tanto, las de sostén (holding) promoviendo así la integración por medio del sostén de las necesidades del infans, la manipulación (handling) que permitirá la personalización, pudiendo lograr una condición esperable psicomotora, y la presentación objetal (objet-presenting) favoreciendo la capacidad para su relacionamiento posteriormente. Se entiende por sostén el poder de sostener en brazos al niño, relacionado a la capacidad de esta madre para entregarse a su bebé brindándole seguridad y confianza. Al presentarse en el pequeño sentimientos de angustia y aniquilación, la función del sostén será, reducirlo al mínimo, como las situaciones que lo lleven a dicha reacción (Winnicott, 1960). El sostén tiene relación con la capacidad de esta madre en lograr identificarse con el infans, y esto tendrá lugar si pudo desarrollar el estado de la preocupación materna primaria, ya que debido al estado de dependencia absoluta del bebé respecto del ambiente, la inmadurez del yo y su vulnerabilidad, éste buscará un sostén exterior que logre proporcionar “un sentimiento de seguridad fundamental y de integración” (Hauser, 2018, p.32).

Por su parte la función de manipulación hace referencia a los cuidados realizados por la figura materna, tocando y teniendo contacto con el cuerpo de su hijo, para que este pueda conocerlo y contactarse con el mismo, contribuyendo así al desarrollo del niño, ya que no podrá tener esta integración sin la presencia de un otro cuidador. La manipulación deficiente producirá entonces, una falla en el desarrollo muscular, lo que llamaremos coordinación, es decir, dificultades en la salud física, así como en la imposibilidad de disfrutar la experiencia de ser, una inestabilidad en el personalidad y su estructura (Winnicott, 1960). Finalmente, la presentación de objetos tendrá por función promover la capacidad del bebé de relacionarse

con objetos, es decir, ese pasaje de objeto subjetivo y simbólico a la madre como objeto total y real, donde las fallas en este sentido harán que el niño no pueda sentirse real al relacionarse con el mundo concreto, surgiendo una descomposición de la realidad. La falta de interacción en el funcionamiento de la diada, impedirá al infans relacionarse con los objetos no pudiendo acceder a estos, ello podría tener una consecuencia negativa, afectando su capacidad de “sentirse real y la posibilidad de gozar de la ilusión de crear el mundo” (Hauser 2018, p.33), pudiendo dejar de lado inclusive su interés por los objetos y personas.

Para finalizar el presente apartado y a modo de síntesis, los aportes seleccionados de los diversos autores han permitido visualizar como en las etapas primarias de dependencia en la vida del lactante, será inherente no solo el cuidado del infans, sino también el de la madre, facilitando un recorrido adecuado para la estructuración psíquica. La interiorización de un buen cuidado materno, brindando confianza al bebe, facilita un crecimiento armónico que “lo protege de los estímulos nocivos del mundo externo” (Equiza, 2012, párrafo 38). Por tanto, las principales funciones de las madres *suficientemente buenas* en los comienzos de la vida del infans, serán estructurantes en el psiquismo infantil y su subjetividad.

#### 4. Efectos en el psiquismo infantil de la depresión post parto materna

Como fue desarrollado durante el presente trabajo, la interacción temprana entre el niño y quien desempeñe la función materna en el transcurso del primer año de vida, estará concentrada en la respuesta emocional del adulto, lo que determinará el vínculo que se establecerá entre estos, considerándolo un importante mediador en el desarrollo psicosocial del infante. Las alteraciones en esta vinculación se asocian a importantes consecuencias en el niño a nivel cognitivo, social y de salud mental, se establece que los factores de riesgos incluyen aspectos de la madre, del bebe, del embarazo, parto y post parto, así como también del ambiente social. La detección temprana de perturbaciones del vínculo madre-infante es una estrategia fundamental para diseñar intervenciones pertinentes que disminuyan las consecuencias adversas y promuevan el bienestar en la diada, cabe destacar que aún resultan escasos los estudios en esta línea en América Latina (Hernandez, 2016).

La pauta del vínculo primario, se asienta en la relación inicial parcial entre el bebé y su madre, o mejor dicho el pecho de esta, donde el desarrollo de la identidad así como el psiquismo, se realizará a partir de la relación con otros y primariamente con este otro cuidador. Será una relación de tipo omnipotente ya que se identificará a la madre como el objeto que satisface, constituyéndose e influyendo dialécticamente, por lo que a la hora de pensar en una madre con sintomatología de cuadro depresivo, podemos entender que afectará a este mundo interno del recién nacido, sus estados mentales y psíquicos (Huber et al., 2015).

Es relevante tener presente que el bebe humano para conseguir sobrevivir luego de nacer, necesitará de otro ser -generalmente la madre- debido a su prematuración neurológica y psíquica; siendo el desamparo por su figura de cuidado, generador de un estado angustioso para el lactante dependiente de un otro significativo, que se preocupe y logre satisfacer sus necesidades. Esta prematuración conlleva a que el recién nacido no logre controlar su motilidad, ni llevar a cabo acciones que den resultado para su supervivencia, su estado de desvalimiento opera como empuje hacia el vínculo, surgiendo esta unidad dual. En este sentido "la unidad dual se refiere a un período en que la madre y el hijo habrían vivido inseparables en la unidad redoblada de su completud respectiva" (Abraham, 1987, citado en Jaroslavsky, 2015, párrafo 12). Es decir, esta unión dual tendrá que ver con esa etapa en que la madre deberá ofrecer satisfacción a las necesidades del bebe, estando en vinculación con los planteos de Winnicott (1960), sobre el estado que es esperable que se despierte en la madre de *preocupación maternal primaria*, centrando toda su preocupación

por abastecer esta satisfacción.

El desvalimiento del recién nacido será el que determine la sucesión de la evolución psíquica, ya que para esta supervivencia se instituye cierta simbiosis biológica y psíquica en este vínculo madre-hijo -con su pecho-, sin dejar de tener en consideración el psiquismo y cuerpo maternal. Es decir, este vínculo de fusión, reemplaza la pérdida de las envolturas placentarias, siendo la envoltura sustituyente la piel del vínculo, donde el bebe irá inscribiendo psíquicamente los reiterados cuidados maternales (Jaroslavsky, 2015). Por lo que una alteración en dicho vínculo primario, puede generar consecuencias de índole psicosociales negativas para el bienestar principalmente del infans. Estas podrán ser, desde afectaciones a la hora de adaptarse y autorregularse emocionalmente, así como también alteraciones en el temperamento del bebe, en su desarrollo cognitivo, en la regulación del estrés, en el desarrollo de su lenguaje, en la adaptación social, y en el desarrollo biológico cerebral y funcional. A su vez se observan consecuencias en el tipo de apego infantil, condicionando sus futuras interacciones sociales, ya que el apego es el tipo de relación que se da entre cuidador y bebe, que tiene por objetivo hacer sentir a salvo y seguro al bebe, protegido, siendo una conducta de supervivencia para este (Hernandez, 2016).

Con respecto al desarrollo del lenguaje -teniendo en cuenta que puede ser una de las áreas más afectada en su esperable desarrollo-, se entiende que la madre y el bebe deberían adaptar en esta fase modalidades y patrones de comunicación. Estos patrones comunicacionales tendrán que ver con la caracterización acústica y kinestésica que tendrá el *habla dirigida al bebe* durante la fase preverbal y su recepción, es decir los aspectos perceptuales. Es por ello, que la relación diádica adquiere tanta importancia, sobre todo a la hora de comunicarse y qué características obtendrá esta *habla dirigida al bebe*, por lo que cuando se presentan patologías del orden psicológico o psiquiátrico en alguno de los componentes de la diada, van a surgir afecciones en este tipo de interacción. Estudios como los de Field y colaboradores (1985, citando en Paolantonio et al., 2016), de comparación entre madres sin y con DPP y sus hijos de entre 3 y 5 meses, observaron cómo las madres con esta patología demostraron menor actividad con sus hijos, menor respuesta de contingencia, y falta de juego, afectando así a sus bebés, mostrando “actitud menos óptima en la interacción, con menor relajación, menos expresión de tipo contento y mayor irritabilidad” (p.269).

Existen diversos tonos en los que las madres se dirigen a sus bebés según el efecto que busquen, siendo modos de calma, aprobación, excitabilidad o desaprobación, entre otros. Un pitch -es decir los cambios en la acústica- según su tono, tendrá efectos diversos sobre el bebé, una tonalidad más elevada captará su atención y facilitará la interacción, mientras

que una tonalidad baja contribuirá al enganche madre-bebe, por lo que se puede comprender que a través de la entonación entonces, es que la madre transmite diversos mensajes. En esta línea se ha demostrado, que el habla dirigido al bebe de madres deprimidas, carece de cierta modulación tonal, afectando la regulación de los estados emocionales infantiles, con menor eficiencia para promover el aprendizaje esperable a los 4 meses. Esto se debe, a que el habla dirigido al bebe de estas madres suele ser arrítmica, pero si variable, confundiendo al bebe, ya que trata de unir un significado a una determinada vocalización o acción (Paolantonio et al., 2016).

Es importante tener presente a su vez, el trabajo que implica para la madre luego del parto, ya que deberá desarrollar una nueva configuración psicológica para lograr una reorganización de su identidad -generando cierto desgaste psíquico y emocional-, para poder aceptar este nuevo rol de madre, un nuevo estado psicológico dirigiendo su preocupación hacia el infante, que será una vía indiscutible para que se dé una adecuada vinculación afectiva. Por tanto, podemos decir que una alteración en este vínculo primario, en esta díada madre bebe, será por tanto “una alteración en la respuesta emocional materna hacia el bebe presente en la interacción temprana entre ambos posterior al parto y durante el primer año del post parto” (Hernandez, 2016, p.166). La DPP será provocatoria entonces de dificultades en la madre para responder a las expresiones del bebé, como así también a su interpretación, ya que tendrán menor probabilidad de dar respuesta de cuidados que sean adecuados a los llantos, al encontrarse alterada la percepción de las señales de socorro del niño (Paolantonio et al., 2016).

Por tanto, la depresión materna será una afección que influirá tanto en la madre como en el desarrollo infantil, como fue mencionado, viéndose a su vez afectada la calidad del vínculo. Huber et al., (2015) señalan que diversos estudios constatan un incremento en la frecuencia del llanto del infans, evitación de contacto visual por parte de este, dificultades de las madres deprimidas para interpretar las señales de su bebe, afectando la comunicación de forma negativa, y las habilidades socio-emocionales del recién nacido. Las fallas a la hora de responder ante estas señales comunicativas del bebe, ya sean de necesidades o sostén, también tendrán afectación negativa al intercambio diádico, siendo que las interpretaciones sensibles de la madre ante las señales del bebe serían predictoras de la calidad del vínculo y su interacción.

Tomando esto en consideración, Bowlby (1989), plantea la tendencia de los recién nacidos a establecer un vínculo de apego, estableciéndose por medio de un patrón relacional con su figura de cuidado referente, materno-filial, donde se dará por el contacto físico entre ellos, a

los que el bebe recurre en busca de protección. Debemos hacer mención a que el tipo de apego que se desarrolla en los años de inmadurez, las pautas que adquiera, estarán influenciados en cómo esta figura de cuidado lo trate. El apego sería entonces, un vínculo afectivo que el bebe establece con quien cree que satisficará, protegerá, preservando su bienestar físico y psíquico, caracterizado por el requerimiento de proximidad física y emocional del pequeño. Un modo en el que se puede ver afectado el vínculo, será en el desarrollo de un tipo de apego inseguro, este puede desarrollarse de tres modos, por un lado, el inseguro-ambivalente, debido a la escasa disponibilidad de la madre ante la interacción afectiva con su hijo y atención a sus necesidades, no obstante en las ocasiones donde el estrés resulta mínimo logran mostrar una respuesta y cierta sensibilidad ante el niño, pudiendo interactuar con este. Por otra parte, el apego inseguro-evitativo, se despliega en los casos que los cuidadores no están disponibles para atender las señales de necesidad del niño, ni permiten su acceso a la interacción. Y finalmente, se encuentra el apego inseguro-desorganizado/desorientado, siendo el tipo donde los niños manifiestan mayor inseguridad, con presentación de conductas confusas y contradictorias, no logrando mirar a su madre, con un tipo de contacto monótono y expresión de tristeza y ofuscación, por lo que si bien pueden parecer que están en una postura tranquila, acto seguido lloran sin aparente razón. Los modelos de apego inseguro descritos, son consecuencia de las experiencias de interacción que tuvieron con sus cuidadores (Delgado, 1995).

Este sistema brinda un lugar preferencial al cuidador en relación a la búsqueda de cuidados, produciéndose una internalización de esta figura de apego, inclusive cuando no se halla presente. Se cumplirá así la función de *proximidad simbólica*, donde ante cualquier situación que le genere estrés o malestar se activará en la red de significados en el sujeto, su representación mental, produciendo efectos de contención y calma, como si esta estuviera presente en ese momento. No obstante cabe destacar que la figura de apego no siempre es capaz de aliviar los malestares, así como satisfacer las necesidades del niño (Florez et al, 2009). Por lo que, para que el infans logre desarrollar un apego seguro, es necesario que el rol del cuidador sea desempeñado desde la sensibilidad, con afectos positivos y sincronía a la hora de interactuar, no sucediendo en la diada con madres depresivas, donde es un vínculo con características más hostiles, con vivencias de estrés a la hora de intercambiar y con una percepción negativa ante las conductas de comunicación que presenta el bebe (Olhaberry et al., 2013).

Debido a la DPP entonces, la madre no logra generar las herramientas que le permitan atender las necesidades e interpretar las señales del bebe, por lo que se dificulta la generación de un vínculo de cuidado y protección, precipitando en el bebe inseguridad ante

la sensibilidad de la madre, y su protección. ¿Qué sucede cuando no se logra una base segura en la figura de apego? En estos casos en donde la figura no está disponible, serán internalizadas como *sentido de vulnerabilidad*. Por lo que, el sistema de apego está constantemente activado -no lo es únicamente cuando lo necesite- ya que en la mayoría de las situaciones se siente amenazado, produciendo una desestabilización emocional, disminuyendo su involucramiento en acciones de exploración, cuidados de otros y en la propia filiación. En esta línea en la vida adulta se observarán elementos propios del apego desarrollado en la infancia, por lo que mostrará ansiedad ante la falta de acceso a la figura de apego por la que demanda cercanía ante situaciones displacenteras, así como bienestar en su presencia. En los posteriores vínculos establecidos se activarán estos patrones, ya sea en relaciones de pareja o amistad, como un *estilo general de apego* a través del cual el sujeto dará significado a las señales y comportamientos que se produzcan con otros (Florez, 2009).

Por otra parte Agha et al. (2016) sostienen que la presencia de depresión materna puede ser un predictor de mal pronóstico en cuadros como por ejemplo el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad [TDAH], y surgimiento de trastornos del tipo Negativista Desafiante, y de conducta en general, entre otros. En este sentido la literatura ha demostrado que un niño con cuidadores, en particular madres con depresión, aumenta la incidencia de dichos trastornos psicopatológicos, por lo que resulta pertinente considerarlo a la hora de realizar intervenciones clínicas.

Es posible que un tipo de intervención exitosa, sea la de tipo psicodinámica, teniendo como objetivo ligar las experiencias previas de la madre, con su historia y el tipo de vínculo que está construyendo con su hijo; donde un foco se colocaría en ayudar a mejorar su sensibilidad frente a las necesidades del bebe y su señales para comunicarlas. Por el contrario, una intervención que tenga como centro únicamente el rol materno, la aceptación del infans y las técnicas de crianza, reducirá la sintomatología depresiva, pero no mejorará la calidad del vínculo (Huber et al., 2015). Por lo que los resultados serán mejores, cuando las intervenciones están dirigidas hacia la diada y no únicamente a quien padece la afección.

El recorrido procuró dar cuenta de las características de la depresión a partir de los aportes del psicoanálisis, comprendiendo a ésta como un estado de pérdida replegado sobre el propio sujeto, lo que impide la posibilidad de investir otros objetos, de realizar el trabajo de duelo adecuado. En este sentido la depresión post parto daría cuenta de la dificultad materna en poder procesar los cambios que trae consigo el alumbramiento, coincidiendo el

fin de una etapa con el inicio de un nuevo estado, demandando un trabajo psíquico que coloca a las madres en un estado de vulnerabilidad, que se exagera en caso de no contar con ayuda del ambiente.

Este estado de atascamiento materno, debido entonces a un proceso interno propio, impediría u obstaculizaría las posibilidades de acompañar el advenimiento del nuevo sujeto que se hace presente en la persona del bebé, y que surge a partir del vínculo que se establece entre ambos. La aproximación teórica realizada en el apartado de constitución psíquica procuró entonces dar cuenta del lugar que el mundo adulto ocupa en el derrotero de la organización del psiquismo, donde si bien las investigaciones científicas centradas en DPP y desarrollo infantil resultan escasas a nivel regional y reciente, la literatura permite establecer una relación entre la presentación de patologías infantiles y depresión materna.

## Conclusiones:

Se entiende que la etapa perinatal es un momento crítico y de crisis para la madre, debido a todos los cambios que debe enfrentar de un momento a otro, debiendo generar nuevos hábitos de vida, ocasionando un mayor desgaste psíquico y emocional (Oquendo, 2008). Por lo que es importante reconocer los duelos que deberá atravesar la madre, no solo al caer los ideales proyectados en el recién nacido, sino también en el cambio de su vida, las expectativas que el rol materno conlleva, y el duelo narcisista si se quiere, de ser otro con su hijo, es decir, de esa separación. Aspectos todos considerados como posibles factores de riesgo al no poder elaborar dichos duelos, pudiendo influir así en el desarrollo de una DPP.

Será por lo mencionado, que cobra relevancia dar a conocer dicha afección, siendo que una depresión post parto no diagnosticada ni tratada, afectara no solo a la madre, sino a su hijo y el vínculo entre ellos, tan importante para el desarrollo psíquico y emocional, pudiendo generar afectaciones de diversa índole, observándose especialmente en el lenguaje y retraso cognitivo en el recién nacido, entre otros. Por tanto, se verá impactada de manera negativa la calidad del vínculo diádico, siendo que no se logra una relación espontánea entre madre-bebe. La capacidad de ocupar el rol de *madre suficientemente buena*, y sus funciones de identificación, *holding*, *handling* y *object presenting* (Winnicott, 1960), se verá obstaculizada a su vez por la patología materna.

En este sentido y tomando en cuenta el foco terapéutico en el abordaje de la DPP, considero pertinente asociar a la depresión post parto como un subtipo de depresión narcisista del que nos habla Bleichmar (2003), siendo que se vivencia la pérdida de lo que se era, de su vida anterior al alumbramiento, de sus hábitos, de la imagen de sí misma previa, y de su cuerpo. Esta pérdida ocurre debido a la regresión narcisista en el que ingresa la madre a la hora del parto, donde se pierde la omnipotencia y completud percibida anteriormente, convirtiéndose en dos cuerpos separados, y donde este hijo, objeto de la actividad narcisista, ya no habita dentro de esta, donde al separarse puede ser vivenciado como una pérdida de objeto, sin el cual dicha actividad pierde su posibilidad de ser ejecutada. La depresión culposa en tanto depresión narcisista, pone en juego esta *carga de anhelo* planteada por Freud, debido al deseo narcisista y la representación, que no puede satisfacerse, produciéndose un sentimiento de indefensión al percibir que no puede revertir lo que le ocurre, incorporándose al mismo tiempo, deseos de herir al objeto y sentimientos de no poder cuidarlo ni cumplir con este, junto a la agresividad (Bleichmar, 2003).

En esta línea, el trabajo procuró por un lado visualizar las características de la depresión y a su vez las particularidades de la depresión post parto, considerando que el abordaje de cada una debe ser diferencial, demandando una postura del terapeuta para poder direccionar de manera adecuada la intervención, comprendido las implicaciones que cada una tiene sobre el sujeto y quienes los rodean. Por lo que considero de suma importancia su conocimiento para poder diferenciar el posicionamiento que debe asumir el profesional ante una madre con DPP y otros tipos de depresión, ya que en la depresión se podría pensar en trabajar sobre los duelos que fueron imposibilitados, que si bien siempre incluyen al entorno del sujeto, se diferenciaría del enfoque con una madre con DPP. En esta sus duelos surgen por el nacimiento de su hijo, y se trabajará con dicho vínculo diádico, procurando lograr inaugurar este maternaje. Donde, lo esperable es que esta madre acune a su hijo en sus brazos y mente, viéndose imposibilitado esto, debido a que el hijo es generador de dolor, pudiendo inclusive considerarlo como un extraño, en una madre que presenta a su vez un yo empobrecido, sin resto para sostener a un otro.

Resulta pertinente volver a señalar que la depresión post parto es una patología que ha sido poco investigada como se ha dejado constatado en el presente trabajo, motivo que condujo a la elección de la temática. Por esta razón, es importante generar información sobre esta, visualizando que si bien se le atribuye como motivos aspectos hormonales y biológicos, será clave incluir a las consideraciones subjetivas y psicosociales, siendo necesario ahondar en las causas y consecuencias que puede traer a nivel psicológico. Dar lugar y respuestas desde la psicología podría habilitar a acrecentar el conocimiento de la DPP, así como facilitar su prevención, desarrollando estrategias promocionales a través de las intervenciones.

De cara al egreso, poder comprender las complejidades de la DPP entonces, no solo favorece una intervención con las madres, sino poder ayudar a tender puentes en el vínculo con su bebé, elemento clave para el desarrollo adecuado de este, pudiendo desde la función del terapeuta operar como sutura en este vínculo que por el sufrimiento materno queda desgarrado.

Como cierre, dejar constancia que a nivel personal considero que dar voz a estas madres, a quienes en ocasiones desde lo social siguen siendo incomprendidas e incluso juzgadas al no poder sostener este nuevo rol, permite acompañarlas en un tránsito en el que pueden sentirse solas, con el fin de paliar el sufrimiento a través de una escucha respetuosa que sirva como anclaje en la inauguración del maternaje, tarea para nada fácil que desempeñarán el resto de su vida.

## Referencias bibliográficas

- Acevedo, C., Moreno, L. y Urrego, A.** (2018). Depresión Post Parto. *Revista Electrónica Psyconex*, 10 (16), 1-10.  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334755>
- Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A. y Langley, K.** (2017). Psicopatología materna y resultado clínico de la descendencia: un seguimiento de cuatro años de niños con TDAH. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 253-262.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5306178/>
- Alcaide, I.** (2010). Duelo y melancolía, complemento del narcisismo. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 25–31.  
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/2224/Duelo%20y%20Melancolia%2c%20Complemento%20del%20Narcisismo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Allouch, J.** (2011). Duelo y melancolía, duelo melancólico. En Silvio Mattoni (trad.) *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. (pp.43-184). El cuenco de plata.
- American Psychiatric Association - APA.** (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Médica Panamericana.
- Aulagnier, P.** (2007). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1975).
- Avila, A.** (1990). Psicodinámica de la depresión. *Revista Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 6(1), 37–58. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28131>
- Bertholet, R.** (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (88-91). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.  
<https://www.academica.org/000-072/725.pdf>
- Bleichmar, S.** (2018). La constitución psicosexual en la infancia. En *Catedra edipica*. <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2018/03/la-constitucic3b3n-psicosexual-en-la-infancia-silvia-bleichmar-3.pdf>
- Bleichmar, H.** (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós.
- Bleichmar, H.** (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias

para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*. 14.  
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000245>

**Bowlby, J.** (1989). *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.  
<https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf>

**Carbajal, E., D'Angelo, R. y Marchilli, A.** (1986). Estadio del espejo: el yo. En: *Una introducción a Lacan*. (pp. 95-101). Lugar Editorial.

**Chacón, M.** (2005). Ensayo sobre la melancolía. *Revista Summa Psicológica*, 2( 2), 21-26.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808697>

**Corbo, G., Defey, D. y D' Oliveira, N. (2011).** De-presiones maternas: depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia. Montevideo, Uruguay: PNUD y MSP.

**Delgado, A.** (1995). Estado actual de la teoría del apego. *Apuntes de Psicología*, (45), 21-40.  
<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1187>

**Echeverría, C.** (2004). Melancolía: un obstáculo al deseo. *Revista Metaphora*, 3, 39-53.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-06962004000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962004000100006)

**Equiza, C.** (2012). Donald Winnicott: vocabulario esencial [Lacruz, J., 2011]. *Aperturas Psicoanalíticas*, 40. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000737>

**Florez, L., Giuliani, M. y Giulio, M.** (2009). Algunas Consideraciones sobre el Concepto de Apego: Revisión Histórica y Aportes Clínicos. *IV Congreso Marplatense de Psicología. Ideales sociales, psicología y comunidad*, 1-7.  
[https://www.academia.edu/660576/Algunas\\_Consideraciones\\_sobre\\_el\\_Concepto\\_de\\_Apego\\_Revisi%C3%B3n\\_Hist%C3%B3rica\\_y\\_Aportes\\_Cl%C3%ADnicos](https://www.academia.edu/660576/Algunas_Consideraciones_sobre_el_Concepto_de_Apego_Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_y_Aportes_Cl%C3%ADnicos)

**Freud, S.** (1991) La interpretación de los sueños. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol IV, pp. 269). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900)

**Freud, S.** (1992a). El sepultamiento del complejo de Edipo. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol XIX, pp.177-188). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925 [1924])

**Freud, S** (1992b). Inhibición, síntoma y angustia. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol XX, pp. 71-161). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926 [1925])

**Freud, S.** (1992c). La organización genital infantil. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol XIX, pp.141-223). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925 [1923])

- Freud, S.** (1992d). Manuscrito G. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol XIV, pp. 239-245). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1899 [1886])
- Freud, S.** (1992e). Tres ensayos de la teoría sexual. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol VII, pp.109-224). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905 [1901])
- Freud, S.** (2000). Duelo y Melancolía. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol XIV, pp. 237-256) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917 [1915])
- Hauser, M.** (2018). Sostén, manipulación y mostración de objetos en una díada madre-bebé de alto riesgo. Reflexiones acerca de su influencia en el desarrollo del niño. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 29-33. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-122/251>
- Hernández, B.** (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072016000200003&script=sci\\_artext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072016000200003&script=sci_artext)
- Huber, M., Jiménez, M. y Largo, A.** (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Revista Summa psicológica*, 12(1), 77-87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>
- Julien P.,** (1992). Mi querido semejante, mi espejo. En P., Julien (Ed.) *El retorno a Freud de Jacques Lacan*, 33-41. Sistemas Técnicas de Edición, S.A de C-V.
- Jaroslavsky, E.** (2015). El vínculo primario: la matriz del vínculo. *Revista Psicoanálisis & Intersubjetividad. Familia, pareja, grupos e instituciones*, 8. <https://www.intersubjetividad.com.ar/el-vinculo-primario-la-matriz-del-vinculo/>
- Klein, M.** (1978). Algunas conclusiones teóricas sobre la Vida Emocional del Lactante. En *Desarrollos en Psicoanálisis* 3, 177-208. Paidós.
- Lacan, J.** (2009) El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: Lacan (Ed.) *Escritos 1*, 99-106. Siglo XXI. (Trabajo original de 1949)
- López, D.** (2015). Redescrición del modelo de los doce pasos en términos de la teoría de las relaciones objetales. *Aperturas psicoanalíticas*, 51. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=922>
- Mazzuca, R.** (2006). Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía. *Virtualia. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*, 14.

<https://www.revistavirtualia.com/articulos/544/dossier-depresion/clinica-psicoanalitica-d-e-la-depresion-y-la-melancolia>

**Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J.** (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Revista Salus*, 21(3), 7-12. <https://www.redalyc.org/journal/3759/375955679003/html/>

**Mendilaharsu C., De Mendilaharsu S.** (1987). Melancolía y depresión. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 66. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/818/674>

**Nogueira, V. D.** (2019). Lectura crítica de “Duelo y melancolía” de Freud: Allouch y Agamben. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*, 631-636. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-111/472>

**Oviedo Lugo, G. y Mondragón, V.** (2006). Trastornos afectivos posparto. *Revista Universitas Médica*, 47(2), 131-140. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>

**Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, C., Rojas, G. y Martínez, V.** (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Revista Terapia psicológica*, 31(2), 249-261. <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082013000200011&script=sci>

**Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I., y Méndez, S.** (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 195-202. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21098>

**Paciuk, S.** (1998). Duelos depresivos y duelos reparatorios. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. APU, 88. <https://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988806.pdf>

**Paolantonio, M., Faas, A., y Manoilloff, L.** (2016). La mutualidad perlocutiva en la comunicación preverbal en niños con madres con depresión postparto. *Revista Interdisciplinaria*, 33(2), 267-282. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272016000200005&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272016000200005&script=sci_abstract&tlng=en)

**Perez, B.** (2005). La constitución subjetiva en psicoanálisis y su relación con el concepto de desarrollo. *Fort-Da Revista de Psicoanálisis con Niños*, 8. <https://www.fort-da.org/fort-da8/soto.htm>

**Rivas, S.** (2015). La constitución del sujeto infantil desde la perspectiva psicoanalítica. En *I.*

- S. Toimil y S. Lonigro (Comp.), *Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones de la época* (56-71). Editorial de la Universidad de la Plata. <https://core.ac.uk/reader/76486140#page=56>
- Santos, A.** (2021). Tres ensayos para una teoría sexual [Freud, S., 1905]. *Aperturas Psicoanalíticas*, 66(12). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001146>
- Segal, H.** (2003). Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós.
- Serdán, E.** (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Revista Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0187-53372013000300008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0187-53372013000300008)
- Smith, A.** (2015). La mirada sartriana: poder y otredad en L'Étre et le Néant, La Nauseé y Huis clos. *Revista Letras*, 55, 113-128. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5475997>
- Strachey, J.** (1992). Nota introductoria. En J.L. Etcheverry (trad). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. VII, pp.3-7) Buenos Aires: Amorrortu.
- Spitz, R.** (1969). El primer año de vida del niño. Fondo de la Cultura Económica.
- Urribarri, R.** (1999). Descorriendo el velo sobre el trabajo de la latencia. *Revista Latino-Americana de Psicanálise- FEPAL*, 3(1), 257-292. <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/descorriendo-el-velo-sobre-el-trabajo-de-la-latencia-urribarri.pdf>
- Vaschetto, E. y Gutiérrez, J.** (2020). Las locuras puerperales: una lectura comparada entre Argentina y Colombia, 1880-1950. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 27, 1245-1263. <https://www.scielo.br/hj/hcsm/a/XwwBvmzj6Gs7BbYCRtTQs3N/>
- Winnicott, D.** (1950). Ideas y definiciones. En *D. Winnicott, Obras completas* (530-533). Psikolibro.
- Winnicott, D.** (1956). Preocupación maternal primaria. En *D. Winnicott, Obras completas* (1364-1369). Psikolibro.
- Winnicott, D.** (1960). La pareja madre-lactante. En *D. Winnicott, Obras completas* (1067-1070). Psikolibro.
- Zelaya, C.** (2003). *La depresión post-parto desde la pulsión de muerte* [Tesis de doctorado no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú] [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/89/ZELAYA\\_CAR MEN\\_ROSA\\_DEPRESION\\_POST\\_PARTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/89/ZELAYA_CAR MEN_ROSA_DEPRESION_POST_PARTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)