



FACULTAD DE HUMANIDADES LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA TRABAJO FINAL DE LA CARRERA

**Incidencia del estilo de apego en la depresión posparto:
una investigación en madres de la localidad de Tigre,
provincia de Buenos Aires**

Alumna: Inés de Abelleira

Matrícula: 402-21512

Año: 2025

Tutor de tesina: Lic. Lucas Dacunto

Firma de la alumna:

Índice

Agradecimientos	3
1. Resumen.....	4
2. Introducción	5
2.1. Presentación del tema.....	5
2.2. Planteamiento del problema.....	6
2.3. Pregunta de investigación	7
2.4. Justificación del tema	8
3. Objetivos	8
3.1. Objetivo general	8
3.2. Objetivos específicos	9
4. Alcances y limitaciones	9
5. Estado del arte	10
6. Antecedentes	13
7. Marco teórico	16
7.1. Depresión	16
7.2. Depresión posparto	17
7.3. Teoría del apego	20
8. Desarrollo metodológico	27
8.1. Muestra.....	27
8.2. Instrumentos y procedimientos	28
9. Análisis.....	30
9.1. Datos recopilados.....	30
9.2. Discusión	35
10. Conclusión	38
11. Reflexión personal	39
12. Referencias bibliográficas	42
13. Anexo	47

Agradecimientos

Quiero agradecer especialmente a mi tutor, Lic. Lucas Dacunto, por su acompañamiento dedicado, minucioso y sostenido durante el proceso de escritura de la tesina. Su guía y su orientación fueron indispensables para poder finalizar este trabajo. Destaco su capacidad de convertir esta instancia de “evaluación” en una instancia de aprendizaje, como una continuación de la materia Metodología de la Investigación.

A mi universidad y los docentes que la componen, que me permitieron llevar a cabo esta investigación. Gracias por hacer de mi aprendizaje un proceso grato, grabable en mi memoria a largo plazo y agradable.

Agradezco a las mujeres que participaron de esta investigación. Ellas me brindaron su tiempo y sus respuestas sinceras y vulnerables en un momento tan delicado y especial de sus vidas.

Al Dr. Diego Halle, por su notable disposición a asistirme en este proyecto, confiando en mí para poder trabajar con sus pacientes. Esto no habría sido posible sin él.

Por último, quiero darles las gracias a mis compañeros de facultad, Matías, Delfina, Valentina y Santiago, por confiar siempre en mí, acompañarme y alentarme a terminar mi carrera universitaria.

A mi familia, que me sostiene con su amor.

1. Resumen

La presente investigación busca analizar la posible correlación entre los estilos de apego y la aparición de la depresión posparto (DPP) en una muestra de embarazadas o púerperas de la localidad de Tigre, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Se trabajó con una muestra de 26 mujeres en período posparto, a quienes se les administraron 2 cuestionarios: la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR), para determinar el estilo de apego, y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), para detectar los síntomas de depresión en mujeres en el período posparto.

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo de tipo correlacional. En cuanto al alcance de la presente investigación, es de tipo descriptivo y exploratorio a nivel contextual, teniendo en cuenta que no se llevaron a cabo investigaciones de este tipo en Argentina.

Los resultados mostraron una marcada tendencia entre el estilo de apego ansioso-preocupado y la probabilidad de desarrollar DPP, debido a que todas las mujeres con este estilo de apego presentaron una probabilidad de DPP.

Si bien la muestra es de un tamaño reducido —y eso limita la posibilidad de generalizar los resultados—, los hallazgos son coherentes con investigaciones realizadas previamente y evidencian la necesidad de seguir explorando esta relación en Argentina.

La investigación evidencia la ausencia de estudios sobre ambas variables en el contexto argentino. Eso reafirma la importancia de seguir produciendo conocimiento que permita fortalecer las herramientas de detección temprana de este trastorno, para así lograr su prevención y el acompañamiento psicológico de las mujeres y sus familias durante el período posparto.

2. Introducción

2.1. Presentación del tema

La salud, tal como la define la Organización Mundial de la Salud en su constitución (OMS, 1946), es un estado de bienestar mental, físico y social que no se da meramente por la ausencia de enfermedad. La salud mental influye en cómo las personas van a llevar adelante los desafíos que se les presentarán en la vida. Sin embargo, la salud mental no está garantizada para todas las personas. Los trastornos mentales afectan a 1 de cada 8 personas en el mundo y la depresión es una de las principales causas que impactan la salud y el bienestar de las personas (OMS, 2022).

Según el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (American Psychological Association, 2013), el trastorno depresivo mayor se diagnostica después de la prevalencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en actividades, cambios en el peso o apetito, alteraciones en el sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio.

En el mismo manual, la depresión posparto (DPP) es considerada un trastorno depresivo mayor que afecta entre el 3 % y el 6 % de las mujeres durante el embarazo o en las semanas posteriores al parto. La OMS (2022) indica que 1 de cada 10 mujeres en países desarrollados y 1 de cada 5 mujeres en países subdesarrollados pueden padecer ansiedad y depresión severa en el período perinatal. Los síntomas varían: sentimientos de enojo, tristeza, desesperanza, culpa, aumento del apetito, alteraciones en el sueño, llanto inusual, cambios en el humor, pérdida de interés y pensamientos de autolesión o de lesión del recién nacido (Office on Women's Health, 2024). Más allá de los efectos negativos en la calidad de vida de las madres, la DPP puede tener

efectos negativos posteriores en la relación madre-hijo y perjudicar el establecimiento del vínculo entre ambos. Se trata de un vínculo crucial para el desarrollo de los niños.

Distintos autores se centran en ese vínculo entre la madre y su hijo, y lo definen como de apego. Según Bowlby (1988), el apego es un vínculo emocional profundo que asegura la proximidad con una figura que brinde seguridad. Suele activarse frente a situaciones de estrés, como el cansancio, el dolor o el miedo. A lo largo de la vida de un individuo, estas interacciones con su madre y otras figuras de cuidado contribuyen a la formación de modelos internos que contienen la percepción de sí mismo y de los demás.

La relación entre ambas variables ha sido estudiada y considerada por autores como Bowlby (1988), y ha sido desarrollada por autores como Bifulco (2004). Estudios internacionales sugieren que el estilo de apego de la madre puede tener una incidencia en el vínculo que establecerá con el recién nacido y aumentar las probabilidades de desarrollar una DPP (Brake *et al*, 2020).

Este trabajo se propone estudiar la relación entre el estilo de apego de las madres y la depresión posparto, a través de la aplicación de la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR) y de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), con el fin de investigar la posible incidencia de los estilos de apego inseguros en la aparición de sintomatología depresiva en el período perinatal.

Para medir las variables y explorar esta relación, este estudio trabajará con puérperas pacientes de un consultorio ginecológico especializado en salud perinatal ubicado en la localidad de Tigre, provincia de Buenos Aires.

2.2. Planteamiento del problema

La DPP es un problema significativo que afecta a muchas mujeres durante el puerperio. La falta de detección o abordaje terapéutico puede traer consecuencias a corto o a largo plazo, tanto para la madre como para el recién nacido. La OMS (2022) señala que los trastornos

depresivos en el período perinatal pueden alterar la capacidad de la madre de cuidarse a sí misma y a su hijo, y que la ausencia de tratamiento adecuado incrementa el riesgo de efectos a largo plazo en el desarrollo infantil. Durante los primeros meses de vida, el recién nacido desarrolla un vínculo esencial con su figura de apego, que en la mayoría de los casos es su madre. Esta le garantiza la supervivencia, el bienestar físico y la contención emocional. Cuando la madre atraviesa una depresión posparto, este proceso vincular puede verse afectado, lo que dificulta el establecimiento de un lazo seguro y estable.

A pesar de la magnitud de este problema, la información disponible —tanto de datos sistémicos como de los factores de riesgo asociados a este fenómeno— es escasa a nivel global (Wang *et al.*, 2021).

Al tratarse de una cuestión de salud mental, la detección temprana de este trastorno puede asegurar una intervención preventiva con las madres, incluso antes del momento de dar a luz. En caso de que se demuestre la incidencia de factores psicológicos previos en la patología, las personas del área de salud mental pueden atacar el problema con antelación y acompañar a la embarazada durante el embarazo, el puerperio y el tiempo que sea necesario después.

Este trabajo intenta arrojar luz sobre esta problemática. Específicamente, busca dar un pantallazo del estado actual de la relación entre el estilo de apego de la madre y la DPP en la provincia de Buenos Aires. Al explorar este factor psicológico, se busca destacar la importancia de cuestiones emocionales y relacionales en el abordaje de la salud mental perinatal. Los hallazgos de este estudio podrían ayudar a diseñar y desarrollar estrategias de acompañamiento psicológico temprano, así como promover el bienestar de las madres, los recién nacidos y sus familias, que se ven afectados por el trastorno.

2.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el estilo de apego y la depresión posparto en una muestra de embarazadas/puérpas de la localidad de Tigre, provincia de Buenos Aires?

2.4. Justificación del tema

Teniendo en cuenta la gran cantidad de mujeres que se ven afectadas por este trastorno (OMS, 2022), resulta imperativo identificar e indagar los factores de riesgo de la depresión posparto. Si la causa es de índole psicológica o emocional, esta tesina puede contribuir a comprender mejor el tema y a guiar la futura diagramación y esquematización de intervenciones preventivas a cargo de equipos interdisciplinarios —integrados por psicólogos, psiquiatras u otros profesionales de la salud— que puedan acompañar a las mujeres embarazadas o puérperas. El estilo de apego de la madre puede evaluarse mediante cuestionarios y entrevistas administrados durante el embarazo o el puerperio.

La identificación temprana del estilo de apego podría presentarse como variable esencial para abordar el problema desde el inicio, ya que permite reducir el riesgo y las consecuencias negativas de la falta de detección y de tratamiento oportuno del trastorno.

La información que pretende recolectar este trabajo significa un aporte al cuerpo teórico existente sobre la depresión posparto. Si bien existen diversos estudios realizados sobre el tema en Latinoamérica —algunos de ellos en Argentina—, no se encuentran estudios que relacionen las dos variables que se busca relacionar en este trabajo.

Por lo tanto, se busca cubrir un área en la que no hay antecedentes precisos del tema en Argentina y en Latinoamérica.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar la correlación entre los estilos de apego y la aparición de la depresión posparto en la población seleccionada.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar los diferentes estilos de apego.
- Describir la naturaleza psicopatológica de la depresión postparto.
- Explorar la relación entre los casos seleccionados de depresión postparto y los respectivos estilos de apego.

4. Alcances y limitaciones

La siguiente investigación se centra en mujeres que han dado a luz recientemente. Se trata de un momento en el que los síntomas de la depresión postparto se manifiestan con mayor claridad.

El paradigma en el que se basa es la teoría del apego y un marco teórico que pueda evaluar y clasificar el estilo de relacionamiento de los individuos. Se justifica porque la investigación busca explorar factores psicológicos y relacionales previos al momento del parto, y no otros factores, como pueden ser los biológicos.

El acceso a la muestra se produce a través del contacto con un ginecólogo obstetra, y las mujeres son pacientes del consultorio. Esta elección se basa en la accesibilidad y la confianza que brinda hacer el contacto a través de un profesional con el que las embarazadas ya establecieron un vínculo estrecho durante el embarazo y el puerperio. Esta relación favorece una mayor predisposición a responder los cuestionarios.

Sin embargo, al centrarse en una población más homogénea, se pierde la posibilidad de generalizar o extrapolar los resultados a otras poblaciones con características distintas, como pueden ser mujeres en contextos de vulnerabilidad. Asimismo, al administrar los cuestionarios durante un período específico del postparto, no es posible tener un análisis de la evolución del trastorno a lo largo del tiempo.

5. Estado del arte

Si bien hasta el momento existen pocos estudios que relacionan estas dos variables en la Argentina, es sorprendente notar que en el resto del mundo existen abundantes investigaciones al respecto. Países como Japón (Ikeda, M. *et al.*, 2014) y Polonia (Świtalska, J. y Webner, I., 2021) se interesaron por este problema en particular.

En Argentina, destaca el trabajo de Curti *et al.* (2015), que analiza los esquemas mentales de madres recientes y diferencia entre aquellas con creencias tradicionales y modernas sobre la crianza. Este estudio se centra en cómo estas creencias, junto con la presencia de DPP, afectan la calidad del vínculo temprano madre-hijo, particularmente en la formación de patrones de apego más inseguros en los niños. Sin embargo, el enfoque principal del estudio radica en el vínculo posparto y su impacto en el apego infantil. Así, deja de lado el análisis del estilo de apego previo de las madres como factor de riesgo.

Asimismo, una investigación llevada a cabo en Córdoba (Paolantonio *et al.*, 2023) encontró que las madres con DPP habían atravesado más frecuentemente momentos difíciles durante su infancia y señaló la influencia de experiencias tempranas en el desarrollo de este trastorno. Aunque estos hallazgos se aproximan al enfoque de este trabajo, no profundizan en la relación directa entre el estilo de apego previo de las madres y la DPP.

Refiriéndonos ahora a los estudios internacionales sobre el tema, varios sugieren que el estilo de apego de la madre puede tener una incidencia en el vínculo que desarrollará con su recién nacido y aumentar las probabilidades de desarrollar una DPP (Brake *et al.*, 2020).

Primero podemos referirnos a los estudios exhaustivos de Bifulco, A *et al.* (2004), quienes recopilaron información de 9 centros en 8 países distintos (Francia, Irlanda, Italia, Estados Unidos, Inglaterra, Portugal, Suiza y Austria) e hicieron un estudio transcultural de la cuestión del estilo de apego de la madre —o *attachment style*— como factor de riesgo para la DPP. Antonia

Bifulco, psicóloga inglesa y una de las autoras de la investigación señalada, es citada frecuentemente en los temas de apego y DPP. El objetivo del estudio fue corroborar la confiabilidad de una entrevista estructurada utilizada para determinar el estilo de apego de una madre: Attachment Style Interview (ASI). Se concluyó que se podía confirmar la relación entre el estilo de apego inseguro y la depresión tanto prenatal como postnatal. También se encontraron diferenciaciones en el estilo de apego y el momento en el que surgía la DPP. En apegos evitativos se observó que la depresión se desarrollaba durante el parto y, en apegos ansiosos, durante el posparto (Bifulco, A. *et al.*, 2004).

En Japón —de forma novedosa en ese país—, Ikeda, M. *et al* (2014) decidieron investigar y llevar a cabo un trabajo de campo enfocado principalmente en el estilo de apego de la madre y la DPP. La curiosidad surgió después de revisar los trabajos de Bifulco *et al* (2002), en los que se utilizó el estilo de apego para predecir el riesgo de una depresión común. Los resultados indicaron que el estilo de apego ayudó a predecir el riesgo de DPP en embarazadas y que, dentro del grupo de madres deprimidas, se encontraba un mayor número de madres con apegos inseguros (Ikeda, M. *et al*, 2014). Su hipótesis fue comprobada.

El estudio de Ikeda *et al.* (2015) —realizado al año siguiente— se centró en el estilo de apego *withdrawn* o evitativo en madres japonesas. Este estilo de apego evita la intimidad; las madres prefieren resolver las cosas de manera independiente y evitan las crisis. Los investigadores querían corroborar que las madres con ese estilo de apego —como se ve en la cultura occidente— no corren menos peligro de desarrollar DPP, sino más.

Como afirman Stewart y Vigod (2019) en su estudio, la identificación de casos y el diagnóstico preciso son importantes en la DPP. En el nivel del tratamiento, las intervenciones psicosociales, psicológicas, farmacológicas y somáticas son opciones viables para la DPP, según la gravedad del cuadro clínico. La adopción de tratamientos eficaces es un asunto aún en discusión. Por eso se están desarrollando tratamientos y modelos de atención innovadores para

combatir las barreras a la aceptabilidad y el acceso al tratamiento. Los autores consideran que el tratamiento eficaz de la DPP requiere un enfoque integral y, a menudo, multidisciplinario. Una vez que se hace un diagnóstico de DPP y se abordan los problemas médicos y psiquiátricos comórbidos, se justifican las estrategias psicosociales para aumentar el autocuidado, mejorar los apoyos sociales prácticos y emocionales, y reducir la aparición o el impacto de eventos vitales negativos o factores estresantes para las mujeres.

Świtalska, J. y Webner, I. (2021) elaboraron un estudio más reciente sobre este tema en Polonia. Se determinó que las mujeres con DPP tuvieron puntuaciones más altas en los estilos de apego temeroso-evitativo, ansioso-preocupado y desdeñoso-evitativo.

Si bien gran parte de las investigaciones analizadas se enfocan en el impacto del apego en la etapa adulta y su posible relación con la depresión posparto, resulta relevante considerar cómo se construye y se transforma el apego a lo largo del desarrollo. En este sentido, Gago (2014) —como se cita en González Santana (2022)— se refiere a las fases del apego como correspondientes a la edad cronológica del niño. De este modo, califica la etapa que va del nacimiento a las 6 primeras semanas como fase de preapego. En esta no existe el apego como tal, sino una aceptación no selectiva por parte del bebé, de cualquiera que le brinde comodidad y contacto físico. La construcción y reconocimiento de la figura de apego se produce, según el autor, entre las 6 semanas y los 6 meses. Aquí el bebé manifiesta ansiedad cuando se lo separa de los otros, pero no especialmente con la falta de la madre —aunque comienza a orientar su conducta y a responder de forma más concreta a esta—. La experimentación y regulación del apego se produce entre los 6 meses y los 3 años, etapa en la que se busca generar un vínculo más estrecho y duradero con la figura de apego. Esta última se constituye, a la vez, en refugio y base segura para la exploración exterior. En la etapa que va de los 3 años a la adolescencia se produce el distanciamiento de la figura de apego, aunque persisten comportamientos destinados a evitar la separación. En esta etapa, el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas

permiten una potenciación del sistema afiliativo, y se construye la visión de mundo desde la interacción con los pares. La adolescencia constituye una fase de desapego, duelo y reaapego, en la que se produce un duelo por el desapego y el reaapego a nuevas figuras que anteceden a la vida adulta.

6. Antecedentes

La investigación de la depresión posparto ha evolucionado significativamente en las últimas décadas: pasó de una comprensión limitada de la afección a una perspectiva más abarcativa y comprensiva de sus causas, sus posibles efectos adversos y sus tratamientos. Inicialmente, la DPP se consideraba un trastorno menor y solía confundirse con los cambios emocionales normales tras el parto, conocidos como tristeza posparto o *baby blues*. Esta última se define como los cambios leves y de corta duración en el estado de ánimo, acompañados por sentimientos de preocupación, infelicidad y agotamiento que muchas mujeres pueden tener durante las primeras dos semanas después de dar a luz (NIMH, s. f.). Sin embargo, esta distinción en intensidad y duración no estaba establecida claramente como diferencial de la DPP en un comienzo.

Antes de la creación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en 1987, no había herramientas específicas para evaluar la DPP. Se utilizaban herramientas generales de depresión —como el Inventario de Depresión de Beck (BDI)— que no estaban diseñadas para captar la especificidad de los síntomas depresivos posparto. Si bien la EPDS no es, en sí misma, una herramienta de diagnóstico, resulta eficaz como instrumento de cribado. A partir de su implementación fue posible determinar, por ejemplo, que la tristeza posparto se manifiesta con una incidencia mucho mayor que la DPP, y que esa diferencia en la frecuencia constituye uno de los rasgos distintivos entre ambas.

Como señalan Howard *et al* (2014), las tasas de prevalencia de la DPP varían de un país a otro: oscilan entre el 6,9 % y el 12,9 % en los países de ingresos altos y es mayor del 20 % en algunos países de ingresos bajos o medianos. Según estos autores, existiría, pues, una correlación entre los factores socioeconómicos del contexto geográfico y la incidencia de la DPP.

Sin embargo, no todos los estudios asocian la DPP con un contexto de nivel socioeconómico inferior. Por ejemplo, Hahn-Holbrook y Haselton (2014) consideran que la DPP es una condición influida por los cambios culturales modernos. Su hipótesis de trabajo plantea que la urbanización, la disminución de redes de apoyo familiar, las dietas deficientes en ácidos grasos esenciales y los niveles reducidos de actividad física han contribuido al aumento de la incidencia de la DPP. Los autores señalan también que la lactancia materna cambia drásticamente los perfiles hormonales maternos, de manera que probablemente facilite la adaptación posparto de las madres. Sin embargo, las tasas de lactancia materna actuales son mucho más bajas que durante la mayor parte de la historia de la humanidad. Este estudio también apunta al déficit de vitamina D como una de las variables a considerar. Lo asocia a la baja exposición a la radiación solar, a consecuencia de realizar trabajos en espacios interiores, con iluminación artificial. Desde esta perspectiva, los factores asociados al desarrollo y al estilo de vida moderno serían concomitantes en la DPP.

Un aspecto que se ha debatido mucho tiempo es el hecho de que la DPP alcanzaría su punto máximo después del parto (Munk-Olsen *et al*, 2006). Un estudio mostró que el 33 % de las mujeres con DPP, en realidad, habían presentado síntomas en el embarazo y el 27 % antes del embarazo. Por eso, "perinatal" puede ser una descripción más adecuada que "posparto" (Wisner *et al*, 2013).

En cuanto a la teoría del apego, se ha posicionado como uno de los abordajes interpretativos más respaldados de la DPP. Esta perspectiva que privilegia la evaluación de la

calidad y el desarrollo del vínculo afectivo experimentado por la madre en su infancia como un factor importante de predisposición. Bowlby (1988) introduce la noción de la generación del apego como instintivo y adaptativo al medio. Se aleja así de las formulaciones teóricas del psicoanálisis que reducían el vínculo madre-hijo a un vínculo determinado por la necesidad de alimentación, y dentro del marco de la etología. Esto significa que el apego no es una pauta comportamental fija y predefinida, sino modificable y condicionada por un determinado contexto ambiental y por las respuestas o estímulos recibidos. Si bien las observaciones iniciales de Bowlby enfatizaban la función materna, otros autores, como Michael Lamb, indagaron también sobre la relación del niño con su padre. En sus observaciones de la conducta de niños pequeños, Lamb encontró que estos utilizaban indistintamente las mismas comunicaciones para solicitar cuidado, independientemente de si se dirigían al padre o a la madre (Lamb, 1987, como se cita en González Santana, 2022).

La respuesta sensible de la figura de apego constituye un organizador psíquico muy importante para la autovaloración, la validación y el reconocimiento del niño, y sienta las bases para los patrones vinculares posteriores. Esta sensibilidad del cuidador implica darse cuenta de lo que está expresando, interpretarlo y responder adecuadamente, en tiempo y forma. Ainsworth (1978) señala que, para que el niño pueda separarse, explorar, instruirse y elaborar un sentimiento de capacitación propia ante los obstáculos, debe sentir seguridad. Esto es clave para una fase de experimentación y regulación del apego saludable. Asimismo, la presencia de más de una figura de apego constituye un factor favorable para el desarrollo del niño, ya que le permite enfrentar situaciones complejas mediante la imitación como herramienta de aprendizaje y recurrir a distintos modelos en los cuales apoyarse (López *et al*, 1999).

7. Marco teórico

7.1. Depresión

Para abordar el problema de la depresión posparto, es necesario caracterizar primeramente el trastorno conocido como depresión. En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza intensa. Sus causas son diversas; pueden vincularse a acontecimientos de la vida diaria (relacionados con pérdidas o con la incapacidad para hacerles frente), cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos o diversos trastornos físicos o médicos. (Beck, 1983). Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), un episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia, durante un período mínimo de 2 semanas, de 5 o más síntomas que representen un cambio respecto al funcionamiento previo del individuo. Es obligatorio que al menos uno de ellos sea estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Los síntomas incluyen:

- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días (ya sea por reporte subjetivo o por observación de otros);
- disminución marcada del interés o el placer en casi todas las actividades;
- cambios significativos en el peso o el apetito.
insomnio o hipersomnia;
- agitación o enlentecimiento psicomotor observable;
- fatiga o pérdida de energía;
- sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada;
- disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones;
- pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o un deterioro funcional importante en áreas sociales, laborales u otras, y no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica.

7.2. Depresión posparto

Según el NIMH (National Institute of Mental Health, EE. UU., 2023), la DPP o depresión perinatal es un trastorno del estado de ánimo que ocurre durante el embarazo y después del parto, con síntomas de gravedad variable. En casos excepcionales, estos pueden resultar lo suficientemente graves para poner en peligro la salud y el bienestar de la madre y del bebé.

La depresión perinatal incluye la depresión que ocurre durante el embarazo (depresión prenatal) y durante las semanas después del nacimiento del bebé (depresión posparto). La mayoría de los episodios de depresión perinatal comienzan entre 4 y 8 semanas después del nacimiento del bebé. Las mujeres embarazadas o en el período de posparto con depresión perinatal sienten tristeza, ansiedad y fatiga extremas. Estos síntomas pueden dificultarles realizar sus tareas diarias, incluso el cuidado de sí mismas o de otras personas. Se diferencia en intensidad y duración de los cambios leves y de corta duración en el estado de ánimo así como de los sentimientos de preocupación, infelicidad y agotamiento que muchas mujeres pueden tener durante las primeras 2 semanas después de dar a luz.

En cuanto a los factores desencadenantes, desde el NIMH consideran que la depresión perinatal no tiene una sola causa. Las investigaciones sugieren que hay factores genéticos y ambientales que contribuyen al trastorno. Los factores específicos pueden incluir tanto las exigencias físicas y emocionales del parto y de cuidar a un nuevo bebé como cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y después de este. También deben considerarse las situaciones estresantes de la vida en general; por ejemplo, exigencias laborales o

experiencias traumáticas anteriores. Además, una mujer tiene un mayor riesgo de sufrir depresión perinatal si tiene antecedentes personales o familiares de depresión o trastorno bipolar, o si tuvo depresión en un embarazo anterior.

Otros factores psicosociales de riesgo que aparecen asociados a la DPP en diversas investigaciones son la percepción de escaso apoyo emocional y social recibido de parte del entorno, tanto familiar como de pareja (Brik *et al*, 2022), y la violencia obstétrica, verbal o psicoemocional, que sufren las mujeres durante el período perinatal a manos de profesionales de la salud (Martínez-Vázquez *et al*, 2022). Como factor de riesgo biológico, en el estudio de Gutiérrez-Zotes *et al* (2020) se asocia la hormona liberadora de corticotropina placentaria (pCRH) con DPP. En concreto, las alteraciones en la regulación del sistema en el cual funciona esa hormona producirían trastornos de estrés, ansiedad o depresión.

Beck (2002) destacó que una de las bases teóricas de la DPP es el modelo médico que la considera tanto una enfermedad como una condición médica. También es un trastorno patológico del estado de ánimo personal que no se considera un resultado de condiciones sociales o ambientales. Desde este punto de vista, las mujeres son individuos pasivos en el modelo médico que están bajo la influencia de factores biológicos.

Algunas investigaciones indican, por ejemplo, la interacción entre el sistema hipotalámico-pituitario-gónadal y el sistema hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA). La función del eje HPA se vería alterada en mujeres que son propensas a la depresión debido a la supresión de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) durante el período posparto en la vía hormonal de los trastornos afectivos (Glover y Kammerer, 2004).

Las hormonas como el estrógeno, la progesterona, la betaendorfina, la gonadotropina coriónica humana y el cortisol aumentan durante el embarazo y disminuyen significativamente después del nacimiento. Las mujeres con antecedentes de DPP pueden responder de manera

diferente y más sensible a la disminución repentina de los niveles plasmáticos de esteroides gonadales (Bloch *et al*, 2000). Otras hormonas estudiadas con relación a la DPP son el estradiol, la serotonina y la oxitocina.

En líneas generales, puede afirmarse que existe una correlación entre una reacción interna anormal a los cambios hormonales y la DPP. Sin embargo, no hay unidad de criterio sobre si el rol de estas reacciones es un factor determinante o coadyuvante. Aunque muchos académicos han concluido que las fluctuaciones fisiológicas son causales de la DPP, la causa hormonal no está respaldada de manera consistente por la literatura.

Desde las teorías que hacen hincapié en los aspectos psicosociales como desencadenantes, en cambio, se considera que la DPP está relacionada con factores estresantes relativos al entorno y a las circunstancias. Desde esta perspectiva, los cambios neurofisiológicos y neuroquímicos específicos en el cerebro se desencadenarían por factores estresantes psicosociales y por eventos interpersonales. Por ejemplo, según indican Hammen y Brennan (2002), desde la teoría del comportamiento o teoría behaviorista, la DPP puede ser el resultado de acontecimientos importantes de la vida que alteran el patrón de apoyo normal de un individuo. Los factores estresantes de la vida y los problemas psicológicos como el divorcio de los padres, el bajo apoyo emocional de los padres, el conflicto entre madre e hija y la baja autoestima son predictores de la DPP.

Según la psicología evolutiva, la DPP es el resultado de una función adaptativa que señala un costo potencial de aptitud física para la madre. Se trata de una madre que ha sufrido un costo social que la motiva a evaluar si continúa o deja de cuidar a su descendencia. Desde esta óptica, la DPP no sería una disfunción, sino más bien un mecanismo adaptativo, cuya prevalencia disminuye en sociedades donde se brinda a la madre el apoyo físico, social y emocional necesario (Tracy, 2005).

El enfoque cognitivo, por su parte, enfatiza ciertas características de la personalidad que predisponen a las nuevas madres a la DPP. La expectativa poco realista del parto y la maternidad pueden causar que las madres sean ansiosas, controladoras, perfeccionistas y exhiban tendencias compulsivas (Abela y D'Alessandro, 2002).

7.3. Teoría del apego

La teoría del apego cobró relevancia en los años 50. Sus pioneros fueron los psicólogos Mary Ainsworth y John Bowlby, quien integró conceptos procedentes tanto del psicoanálisis como del campo de la etología. Bowlby (1988) les otorgó relevancia a los estudios de Lorenz sobre el *imprinting*, un fenómeno por el cual algunos animales, especialmente aves —como los patos o los gansos—, establecen un vínculo inmediato con el primer objeto en movimiento que ven tras nacer. Otro aporte relevante desde la etología son las investigaciones de Harlow, quien condujo experimentos ampliamente reconocidos en monos *rhesus* que empezaron a traer luz sobre la importancia del cuidado materno en los neonatos. En su texto *The Nature of Love* (Harlow, 1958), investigó el rol del afecto en los monos. Se expuso a crías de monos huérfanas dos "madres sustitutas": una de madera forrada en tela, que emitía calor, y otra de alambre con un biberón. Los monos preferían la madre suave para el confort y solo se acercaron a la madre con biberón para alimentarse. Los resultados destacaron la importancia del afecto y el contacto por sobre la lactancia en neonatos, y sugirieron implicaciones para el resto del mundo animal.

El apego se refiere a la tendencia innata a formar lazos emocionales íntimos. Subraya la dependencia del ser humano al nacer como una necesidad de apoyo crucial para la supervivencia. De ahí el impacto ulterior de estas impresiones en la psiquis. La figura de apego, que generalmente es la madre, proporciona seguridad y confort al niño. Por eso la relación inicial con esta figura es una influencia perdurable en las expectativas emocionales del niño respecto a la disponibilidad de apoyo en el futuro.

Bowlby, en su obra *A Secure Base* (1988), define el apego como un patrón de comportamiento distintivo y preprogramado que se desarrolla durante los primeros meses de vida con la finalidad de mantener al hijo en proximidad a su figura materna. Al finalizar el año de vida, este patrón de comportamiento se organiza cibernéticamente y funciona como un sistema autorregulado y adaptativo de control de conducta orientado a una meta, de manera que se ajusta y se activa en respuesta a señales específicas. Estas señales pueden ser el dolor, el cansancio y cualquier situación que genere miedo o estrés, así como percibir que no se tiene acceso a esa figura materna o figura de apego, que es la persona que el apegado considera puede lidiar mejor con el mundo.

La novedad del planteo de Bowlby (1988) radica en la distinción que hace de este patrón específico del apego de los patrones de alimentación y sexo, al asignarle dinámicas y motivaciones distintas y propias. Compara este sistema con una homeostasis fisiológica, un sistema organizado de modo de mantener a su figura de apego accesible y a cierta distancia, y de buscar una homeostasis ambiental.

En esta línea, Bowlby señala que el sistema de apego no funciona de manera aislada, sino en interacción con otros sistemas conductuales básicos. Estos sistemas se consideran repertorios de conductas cuyo objetivo es dar satisfacción a necesidades que se activan frente a estímulos tanto internos como externos. El sistema de conductas de apego incluye comportamientos relativos a la necesidad de mantener la cercanía y el contacto con la figura de apego, como sonreír o llorar. Cuando el sujeto percibe distancia respecto de su figura de apego, interpreta esa separación como una señal de peligro. Ante ello, se activa el sistema de apego para recuperar la proximidad con esa figura.

Dentro de la teoría del apego, el sistema de apego interactúa con otros sistemas, como el de exploración, que se activa en forma excluyente respecto de aquel. En un caso se privilegia la búsqueda de seguridad, mientras que en el otro el objetivo es reconocer e investigar el entorno.

Esto supone asumir un cierto riesgo fuera de la zona de confort proporcionada por la figura de apego. El sistema de miedo a los extraños, en cambio, se activa y se desactiva a la par que el sistema de apego, lo que indica una fuerte relación entre ambos. También se reconoce el sistema afiliativo, relativo a las conductas de socialización que empujan al individuo al acercamiento y la interacción con otros, aunque no existan lazos afectivos previos. Este sistema trabaja en forma paralela al sistema de exploración (Marrone, 2001).

Un aspecto relevante de la teoría del apego es que, si bien la conducta de apego de una persona es más fácil de identificar y ver durante la infancia, es observable también durante toda su vida, especialmente en situaciones de emergencia. Bowlby señala que existe una fuerte relación causal entre las experiencias que tiene un niño con sus padres y su capacidad de establecer vínculos afectivos posteriormente en su vida. Los patrones de apego temprano juegan un rol predominante en las futuras relaciones cercanas —de apego o de otro tipo: entre hermanos, entre pares, amorosas e incluso con extraños (Berlín y Cassidy, como se cita en Persano, 2018)—.

Lo que habilita esta relación causal es la internalización de los patrones de apego. Una vez que se desarrolla este patrón, tiende a persistir. Esto se debe a que los padres siguen tratando al niño de la misma forma y, consiguientemente, el patrón se autoperpetúa. Un niño con apego seguro suele ser un niño más feliz y menos demandante, por lo cual resulta más ameno cuidarlo. En cambio, un niño con apego ansioso puede tornarse quejoso y caprichoso, lo que provoca reacciones desfavorables en sus figuras de apego y crea un círculo vicioso.

Los patrones de apego devienen una propiedad del niño, que internaliza las formas en que su madre se comunica y lo trata, así como las de su padre y las interacciones que mantiene con ambos. Estas experiencias se convierten en estructuras cognitivas influyentes. Estos modelos, que comienzan a operar de forma inconsciente, pasan a gobernar la manera

como el niño se siente sobre sí mismo, como se siente hacia las figuras materna y paterna, como espera que lo traten y como él las trata.

El MOI (modelo operativo internalizado) es una estructura mental interna que el niño construye a partir de sus experiencias tempranas con sus cuidadores. Esta estructura se construye a partir de una representación mental de sí mismo, la imagen de los otros significativos y la expectativa sobre las relaciones. A partir de las interacciones repetidas con las figuras de apego, el niño va construyendo un mapa mental inconsciente como forma de anticipar y regular su comportamiento interpersonal. Según Bowlby, los MOI son relativamente estables en el tiempo, pero pueden experimentar transformaciones a partir de nuevas experiencias significativas, o bien a través de una psicoterapia exitosa. Así, la repetición de patrones relacionales disfuncionales se fundamenta en el hecho de que, una vez que el niño desarrolla un MOI, se condiciona a sí mismo a un tipo específico de respuesta emocional que se torna recurrente en sus vínculos (Bowlby, 1983).

Bowlby (1988) explica asimismo la influencia de la infancia que los padres tuvieron en la propia capacidad de materner y de parentar, respectivamente. Señala que los sentimientos y los comportamientos que una madre tiene hacia su hijo están profundamente influenciados por sus experiencias personales previas, especialmente las que tuvo o sigue teniendo con sus padres. Su capacidad de materner está directamente relacionada con la calidad y la naturaleza de los vínculos de apego temprano en su propia infancia. El autor reúne una serie de estudios realizados en el Reino Unido que concluyen que las madres cuya infancia fue perturbada tienden a interactuar menos con sus bebés, en comparación con las madres que tuvieron infancias felices. Sobre la base de esto, plantea como hipótesis que el camino que sigue cada ser en desarrollo y el grado de resiliencia que puede tener frente a eventos estresantes de la

vida están significativamente determinados por el patrón de apego que la persona desarrolló durante su infancia.

Una clasificación de Mary Ainsworth (1978) nos permite diferenciar el apego de la siguiente manera:

- Apego seguro: el niño se siente confiado al explorar el entorno mientras el cuidador está presente. Se angustia cuando este se va, pero se calma fácilmente cuando regresa. El modelo de apego seguro se configura con un tipo de respuesta sensible, receptiva y coherente ante las necesidades del niño por parte del cuidador, respuesta que refuerza la confianza futura del niño en los vínculos emocionales y las relaciones equilibradas.
- Apego inseguro-evitativo: el niño tiende a evitar al cuidador, sin mostrar señales de angustia cuando se va ni cuando regresa. En este caso, la respuesta del cuidador se caracteriza por la frialdad y la distancia, y en ocasiones rechaza directamente las necesidades emocionales del niño. Este modelo sienta las bases para una futura dificultad para confiar o abrirse emocionalmente, con tendencia a evitar la intimidad.
- Apego inseguro ambivalente-resistente: el niño se muestra extremadamente ansioso antes de la separación y resulta muy difícil consolarlo al regreso. La ambivalencia se produce porque, por un lado, busca contacto, pero, por el otro, también lo rechaza. En este caso, la respuesta del cuidador se caracteriza por la inconsistencia: a veces se muestra sensible y otras veces no. Esto sentaría las bases de los vínculos en los que prevalecen la intensidad emocional, el miedo al abandono y la necesidad constante de validación.
- Apego inseguro desorganizado: lo incorporaron como tipo de apego Main y Solomon (1990), discípulas de Ainsworth. En este tipo de apego, el niño presenta comportamientos contradictorios y desorientados, o bien no genera ninguna reacción ante la presencia del cuidador. Además, puede parecer confundido o temeroso. El

cuidador, por su parte, se muestra abusivo y negligente, y adopta actitudes generadoras de miedo en el niño. Esto se traduce en una dificultad futura para formar vínculos estables y la prevalencia de problemas emocionales graves.

Un desarrollo posterior de la teoría del apego lo llevaron a cabo Hazan y Shaver (1987), precursores al aplicar las ideas de Bowlby y Ainsworth sobre el apego en las relaciones entre adultos. Su trabajo demostró que el apego no desaparece en la adultez, sino que se transforma y se expresa en los vínculos de pareja, ya que las experiencias tempranas de apego influyentes y condicionantes en el tipo de vínculos que se entablan en la adultez. La metodología que utilizaron fue publicar una encuesta abierta a los lectores en un periódico local en Denver, Estados Unidos. A partir de las respuestas, identificaron 3 tipos de apego: seguro (se sienten cómodos con la intimidad), evitativo (presentan dificultades para confiar o depender emocionalmente) y ansioso-ambivalente (desean intimidad, pero temen ser rechazados). Su modelo fue ampliado por Bartholomew (1990), quien introdujo el modelo del yo y del otro, y agregó un cuarto estilo: el apego desapegado-evitativo.

Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollaron su modelo de apego a partir de las ideas de Bowlby, pero con una fuerte influencia de la psicología social y trasladando la investigación empírica a adultos. En esta línea, su aporte constituye una clasificación específica del apego adulto, que describe los patrones vinculares en la vida adulta y no en la infancia.

Bartholomew había establecido previamente los modelos del yo y los modelos del otro. El modelo del yo se refiere a cómo se ve el individuo en relación con los vínculos con otros. Si se percibe digno de amor y apoyo, se trata de un modelo del yo positivo; mientras que, si se percibe inadecuado, el modelo del yo es negativo. Lo mismo sucede con el modelo del otro: si percibe a los demás como confiables, disponibles y dignos de afecto, se trata de un modelo del otro positivo; si estos le inspiran sentimientos de desconfianza, frialdad y alejamiento, se trata de un modelo del otro negativo.

A partir de los modelos del yo y los modelos del otro de Bartholomew (1990), y tomando también la investigación de Hazan y Shaver (1987), Bartholomew y Horowitz (1991) establecieron su modelo de 4 grupos de apego para describir formas prototípicas de apego en adultos, combinando las cualidades positivas y negativas de los modelos del yo y del otro con los modelos propuestos por Hazan y Shaver.

Caracterizaron 4 tipologías: seguro, ansioso-preocupado, ansioso-evitativo y desapegado-evitativo, que se corresponden con los tipos de apego planteados por Ainsworth y completados por Main y Solomon (1990). La clasificación es la siguiente:

- Apego seguro: el individuo posee una sensación de dignidad de ser amado, junto con una expectativa de que los demás son receptivos y aceptantes.
- Apego ansioso-preocupado: trae consigo una sensación de no ser digno de ser amado, combinada con una evaluación positiva de los demás, lo que conduce a la persona a buscar la autoaceptación a través de la aceptación de los demás.
- Apego temeroso-evitativo: consiste en una sensación de no ser digno de amor, combinada con la expectativa de que los demás serán despectivos. Los individuos de este grupo se protegen de un rechazo anticipado evitando la intimidad con otros.
- Apego desapegado-evitativo: el individuo tiene una autopercepción positiva de sí mismo y se considera digno de ser amado, pero tiene una disposición negativa hacia otras personas. Consiguientemente, los individuos que coinciden con esta tipología prefieren evitar la decepción evitando los sentimientos de vulnerabilidad de las relaciones más íntimas y sosteniendo una máscara de independencia e invulnerabilidad.

En el presente trabajo se adopta la clasificación de Bartholomew y Horowitz (1991), por ser la que describe los estilos de apego en la adultez. Además, es coherente con la población de estudio y con el instrumento utilizado (ECR).

8. Desarrollo metodológico

El enfoque de esta investigación será cuantitativo de tipo correlacional, dado que se apoyará en la medición de variables a través de cuestionarios, como el nivel de depresión posparto o el estilo de apego. Los métodos son estandarizados y serán analizados estadísticamente para poder sacar conclusiones.

En cuanto al alcance de la presente investigación, es de tipo descriptivo, ya que su objetivo es ofrecer un panorama del estilo de apego de madres embarazadas de Tigre, provincia de Buenos Aires. Sin embargo, a nivel contextual es exploratorio, teniendo en cuenta que no se han realizado investigaciones de este tipo en Argentina.

8.1. Muestra

La población considerada está compuesta por mujeres en el período posparto, quienes fueron contactadas a través de un médico ginecólogo y obstetra en ejercicio en Tigre, provincia de Buenos Aires. El acceso a esta población se obtuvo mediante un contacto personal facilitado por una tercera persona, lo que permitió establecer un vínculo inicial con el profesional. El médico accedió a presentar la propuesta de la investigación a sus pacientes. De esta manera, logró generar un contexto de confianza que favorece la disposición de las participantes a responder los cuestionarios. Este acceso garantiza que la recolección de datos se realice en un entorno confiable, ya que las puérperas habían desarrollado previamente un vínculo con el profesional durante un período sensible y vulnerable de su vida. Esto facilita un clima de confianza hacia la investigación y, en consecuencia, una mejor predisposición al participar.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: estar embarazada en el tercer trimestre o haber dado a luz en un período no mayor de 6 meses. El criterio de exclusión fue no haber respondido uno de los dos cuestionarios.

8.2. Instrumentos y procedimientos

Las fuentes primarias de las que se nutre esta tesina provienen de la recolección de resultados de dos cuestionarios que se le asignan a la embarazada o puérpera: la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo (EPDS) (Cox, J. L. *et al*, 1987) y el cuestionario Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR) (Brennan, K. *et al*, 1998).

La EPDS es un cuestionario diseñado para detectar los síntomas de depresión en mujeres en el período posparto. Consiste en 10 ítems que consideran aspectos emocionales, conductuales y físicos que pueden encontrarse en un cuadro depresivo. Son 10 declaraciones en que la embarazada o puérpera tiene 4 opciones de intensidad de identificaciones con la declaración. Por ejemplo, para la declaración “me he sentido triste y desgraciada”, se puede seleccionar entre estas opciones: “sí, casi siempre”, “sí, a veces”, “no muy a menudo” y “no, en absoluto”. A partir de la puntuación obtenida, se determina si la mujer sufre de DPP. Se usa la versión desarrollada en la Universidad de Iowa.

Para determinar el estilo de apego de la madre, se usará el cuestionario ECR, creado por Brennan, Clark y Shaver (1998). La escala se creó para medir el estilo de apego en adultos, principalmente en dos dimensiones del apego: ansiedad y evitación. Consiste en un cuestionario con 36 ítems que la embarazada o puérpera califica sobre el estilo de relaciones interpersonales que mantiene. La dimensión de ansiedad se evalúa preguntando por cuestiones relacionadas con la preocupación por el rechazo o la necesidad de cercanía. La dimensión de evitación, preguntando por la desconfianza que puede sentir al abrirse o por la evitación de la intimidad. Al igual que la EPDS, las mujeres podrán responder dentro de una escala a cada declaración. Un ejemplo sería: “Es difícil para mí compartir mis pensamientos y sentimientos más profundos”, a lo que podrán responder en una escala tipo Likert con 7 opciones de frases como “totalmente en desacuerdo” o “totalmente de acuerdo”.

Los 4 apegos que pueden derivarse de este cuestionario son el seguro, el desdeñoso-evitativo, el ansioso-evitativo y el ansioso-preocupado.

Los 4 estilos de apego identificados a partir de la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR) derivan del modelo de Bartholomew y Horowitz (1991), desarrollado en el marco teórico. Estos estilos combinan las 2 dimensiones evaluadas por la escala — ansiedad y evitación— y permiten clasificar la manera en que los individuos se vinculan emocionalmente con los demás en la adultez.

- Apego seguro: se caracteriza por bajos niveles de ansiedad y evitación. Las personas con este estilo tienden a sentirse cómodas con la intimidad, confían en los demás y pueden expresar sus emociones de manera equilibrada. Mantienen una visión positiva tanto de sí mismas como de los otros, lo que facilita la construcción de vínculos estables y recíprocos.
- Apego desdeñoso-evitativo (o desapegado-evitativo): combina la baja ansiedad con la alta evitación. Los individuos con este estilo suelen verse a sí mismos de manera positiva, pero desconfían de los demás o prefieren mantener distancia emocional. Valoran la autosuficiencia y tienden a minimizar la necesidad de cercanía afectiva y a evitar la dependencia emocional.

Apego ansioso-evitativo (o temeroso-evitativo): se caracteriza por altos niveles tanto de ansiedad como de evitación. Las personas con este patrón muestran deseo de intimidad, pero, al mismo tiempo, temor al rechazo o a ser lastimadas, lo que las lleva a evitar la cercanía. Este estilo suele relacionarse con la inseguridad afectiva y la dificultad para sostener vínculos estables.
- Apego ansioso-preocupado: presenta alta ansiedad y baja evitación. Las personas con este estilo suelen tener una autopercepción negativa y una visión positiva de los demás,

por lo que buscan constantemente aprobación manifiestan temor al abandono. Suelen involucrarse emocionalmente de manera intensa y presentan dificultad para regular la dependencia afectiva.

El procedimiento consiste en convertir ambos cuestionarios en un formato de Google Forms, una herramienta de uso extendido desarrollada por Google. Esto se hace para que las mujeres tengan un acceso más fácil, a través de una plataforma conocida. Las mujeres son contactadas a través de WhatsApp, con un mensaje estandarizado para poder acceder a ambos formularios. Se incluye un mensaje en el que se asegura la confidencialidad, con un consentimiento informado al inicio de los formularios. La información luego se analiza y se contrasta, para examinar si la hipótesis de la investigación se corrobora o no. Esto es, si las mujeres que tienen probabilidad de estar cursando una depresión posparto efectivamente tienen un estilo de apego inseguro.

9. Análisis

9.1. Datos recopilados

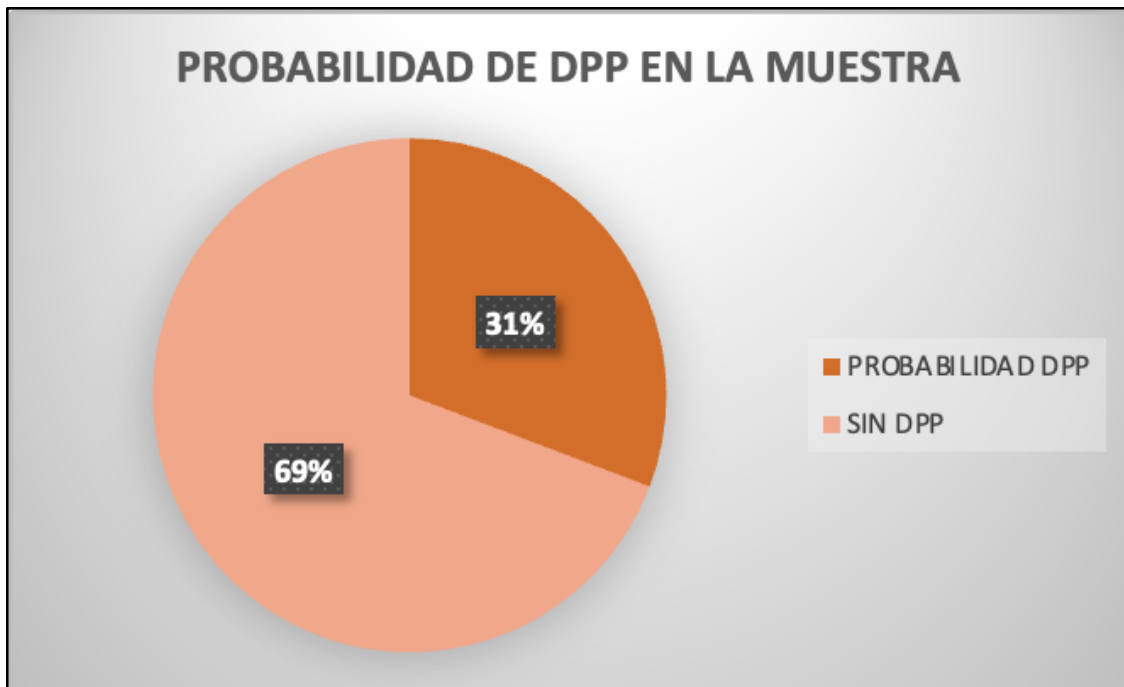


Fig. 1. Probabilidad de DPP en la muestra. Fuente: elaboración propia

Se analiza qué porcentaje de la muestra de población seleccionada presenta síntomas asociados con la depresión posparto según la escala EPDS. Se observa que, de un total de 26 encuestadas, el 31 % presenta probabilidad de DPP, mientras que el 69 % restante no presenta probabilidad de DPP.

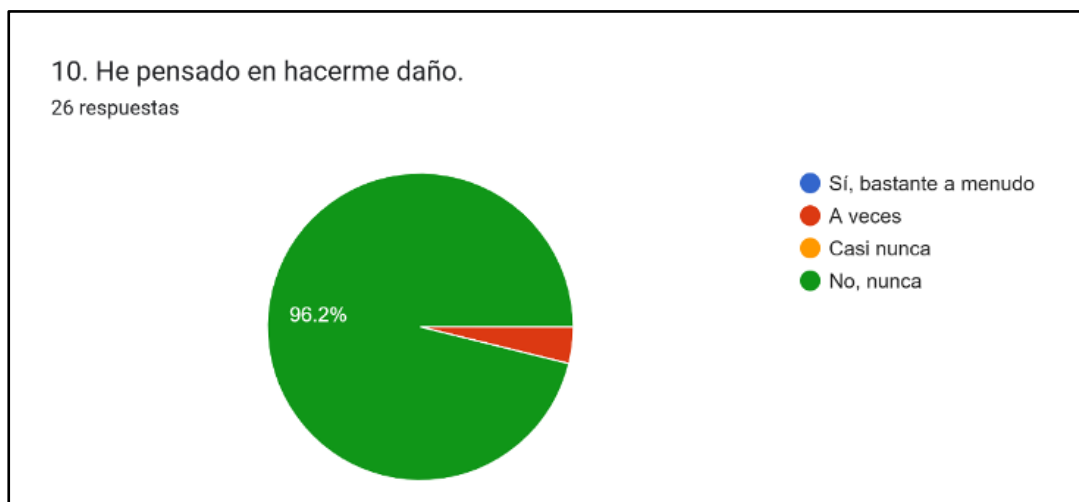


Fig. 2. Respuestas a la última pregunta de EPDS. Fuente: elaboración propia

Aquí se presenta el gráfico correspondiente a la última pregunta de la EPDS en su forma original, antes de la codificación numérica y la interpretación de los resultados. La EPDS establece que cualquier respuesta distinta de 'no, nunca' en esta categoría requiere supervisión clínica y la realización inmediata de evaluaciones adicionales. En la muestra analizada se observa un caso que requeriría seguimiento.

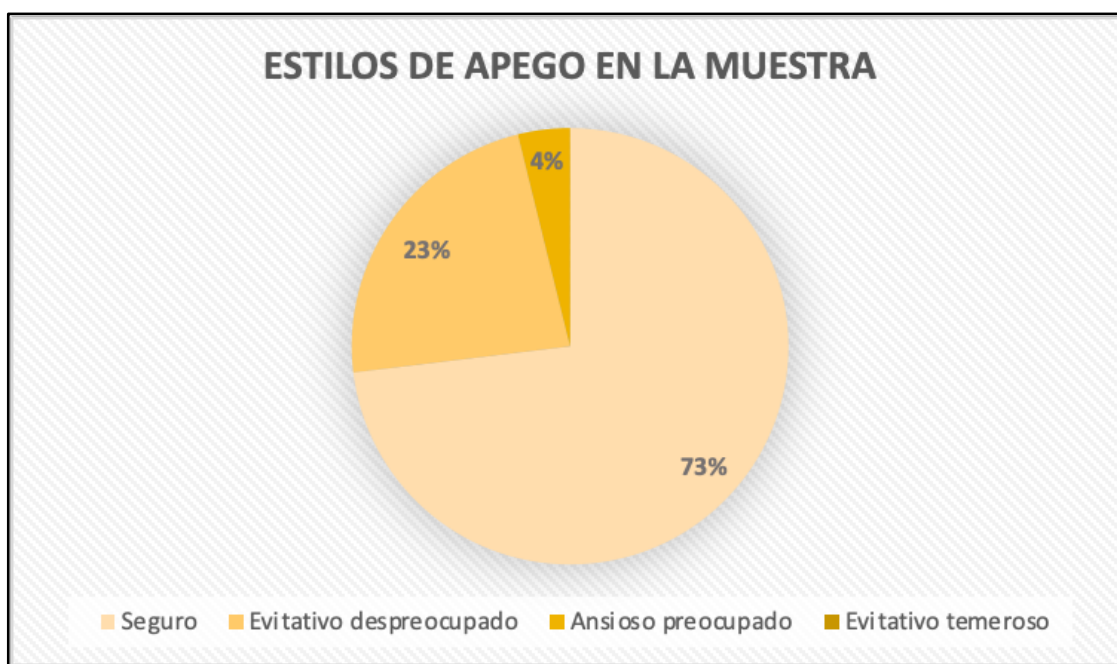


Fig. 3. Porcentaje de los distintos estilos de apego en el total de la muestra. Fuente: elaboración propia

A continuación, se analizan los distintos tipos de apego presentes en la muestra, según la escala ECR basada en la clasificación de Bartholomew y Horowitz. Se observa que la mayoría de las encuestadas —esto es, el 73 %— presenta un estilo de apego seguro, mientras que el 23 % presenta apego inseguro de tipo evitativo despreocupado, resultante de una baja ansiedad combinada con una alta evitación. El 4 % presenta un estilo de apego inseguro ansioso preocupado, caracterizado por una alta ansiedad y una baja evitación. No se registran casos de

estilo de apego inseguro de tipo evitativo temeroso, en los que se den simultáneamente una alta ansiedad y una alta evitación.



Fig. 4. Estilos de apego en mujeres con probabilidad de DPP. Fuente: elaboración propia

Dentro del 31 % del total de la muestra con probabilidad de DPP (fig. 1), al correlacionarlo con los datos de estilos de apego (ECR), se identifica que la mitad presenta un estilo de apego seguro, mientras que la otra mitad presenta distintos tipos de apego inseguro. El 37 % presenta un apego inseguro de tipo evitativo despreocupado, mientras que el 13 % restante presenta un estilo de apego inseguro ansioso preocupado. No se registran casos de estilo de apego inseguro evitativo temeroso.

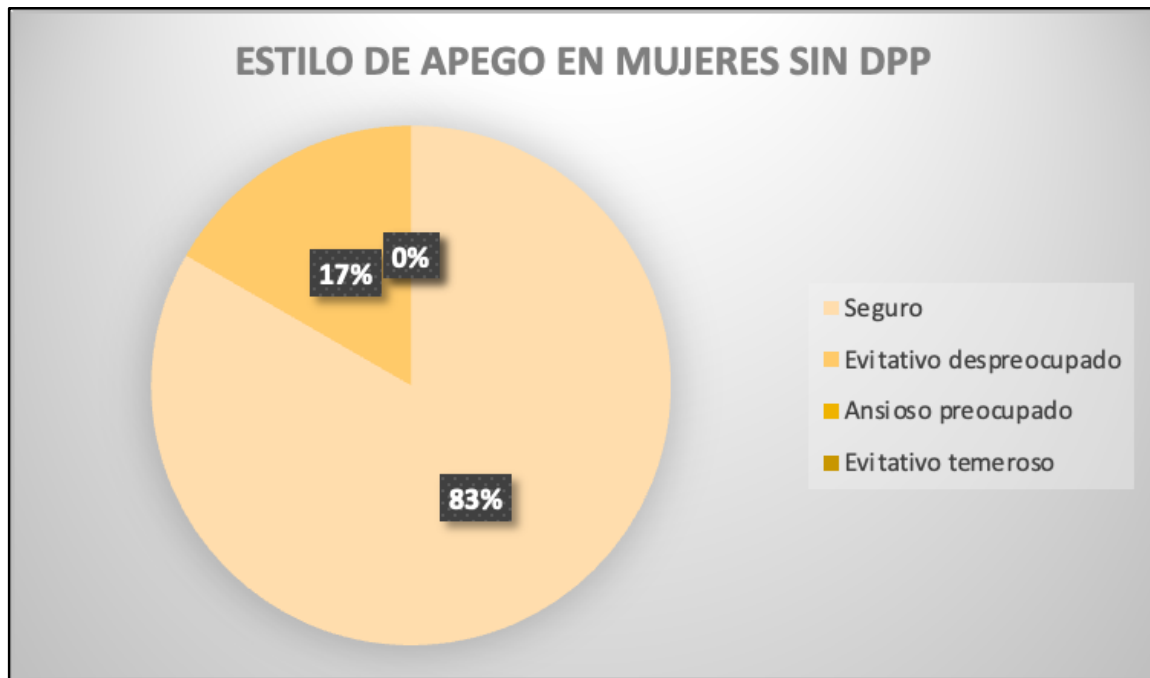


Fig. 5. Estilo de apego en mujeres sin DPP. Fuente: elaboración propia

Por otro lado, en el 69 % del total de la muestra sin probabilidad de DPP (fig. 1), se halla una predominancia de apego seguro, del 83 % (fig. 5). El 17 % de la muestra presenta un apego inseguro de tipo evitativo despreocupado. Se destaca que no hay casos de apego inseguro ansioso preocupado ni evitativo temeroso en la segmentación de la muestra sin DPP.

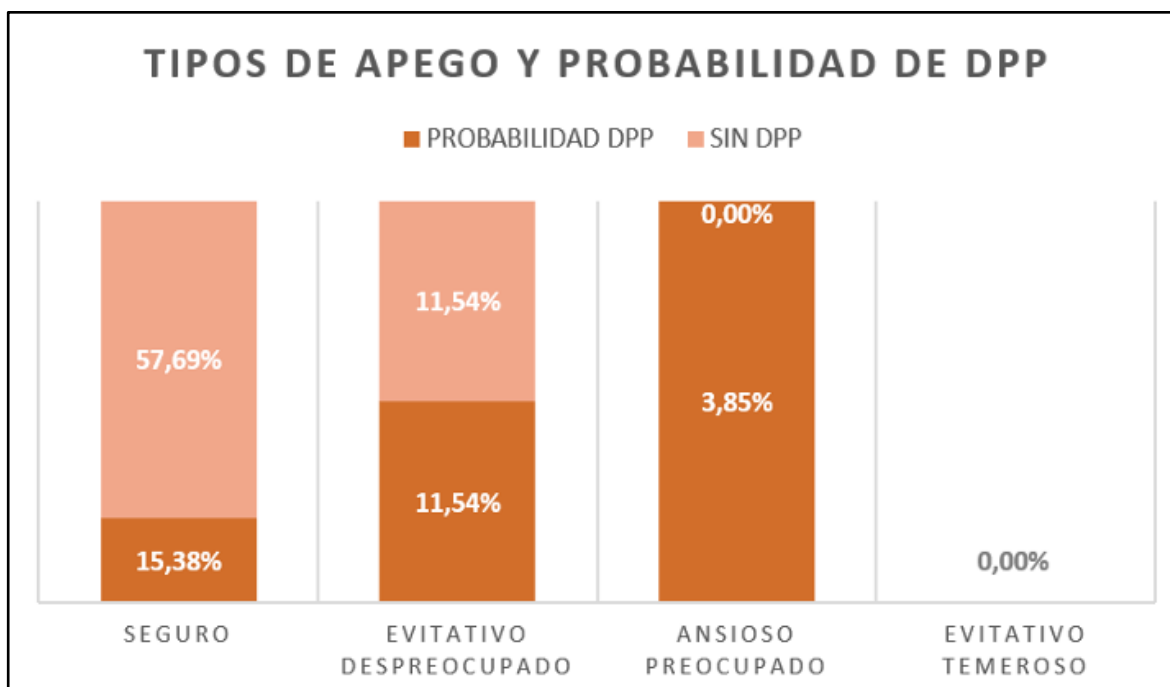


Fig. 6. Relación entre tipos de apego y probabilidad de DPP. Fuente: elaboración propia

También se calcula, dentro de cada categoría de estilo de apego, el porcentaje correspondiente a las mujeres con probabilidad de DPP y sin esta. En el estilo de apego seguro, se observa que el 57,69 % del total de la muestra no presenta probabilidad de DPP, mientras que el 15,38 % sí presenta probabilidad de DPP. En cuanto al estilo evitativo despreocupado, se advierte igual porcentaje (el 11,54 % del total de la muestra) de mujeres con probabilidad de desarrollar DPP y sin esta. En tanto que, en el estilo ansioso preocupado, el 3,85 % del total de la muestra en esa categoría presenta probabilidad de DPP. Se destaca que en el tipo de apego ansioso preocupado no hubo casos sin probabilidad de DPP.

9.2. Discusión

Al analizar los resultados (fig. 1 se observa que una primera dificultad para evaluar la fuerza de la asociación es la proporción de mujeres con probabilidad de DPP en la muestra, que resulta inferior a un tercio del total. Esto reduce considerablemente la posibilidad de realizar

correlaciones más sólidas en cuanto a la incidencia del apego inseguro en el desarrollo de la DPP, lo que disminuye su significancia estadística.

Es importante destacar que la EPDS no constituye un instrumento de diagnóstico de la depresión, sino de cribado, tal como especifican sus creadores. Por lo tanto, arroja una probabilidad e indica los sujetos que presentan riesgo de DPP. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir el juicio clínico, no para reemplazarlo. Por eso se requieren evaluaciones adicionales a fin de diagnosticar e indicar un tratamiento.

También se observa (fig. 3) que, a partir de lo recolectado mediante la escala ECR, el apego seguro es la forma de apego predominante en la muestra analizada, con el 73 %. Se ubica a continuación el estilo evitativo despreocupado (con el 23 %) y el ansioso preocupado con una incidencia menor (del 4 %). Es decir, las formas de apego inseguro no son predominantes en la muestra relevada. Incluso el apego evitativo temeroso no se observa en ningún caso, mientras que el estilo ansioso preocupado se da en un solo caso.

El hecho de que predomine el apego seguro reduce también la posibilidad de indagar específicamente el apego inseguro y su relación con la DPP. Si bien las mujeres que no presentan riesgo de DPP en el momento de la encuesta y tienen apego seguro no invalidarían la hipótesis de trabajo —ya que son coherentes con el planteo de esta—, es importante destacar la existencia de casos de apego inseguro en los que no hay probabilidad de DPP. Asimismo, también existen casos de apego seguro con probabilidad de DPP. Estas dos últimas posibilidades refutarían la hipótesis de investigación; esto es, que existe una correlación entre los estilos de apego inseguro desarrollados por la madre en la infancia y el desarrollo posterior de DPP en el embarazo y el puerperio.

Al estudiar el porcentaje de la muestra (31 %) que presentó probabilidad de DPP (fig. 4), se observa que la mitad posee un estilo de apego inseguro, mientras que la otra mitad se divide entre los dos tipos de apego inseguro mencionados. Esto significa que la mitad de los casos con

probabilidad de DPP no están asociados al apego inseguro. Este aspecto afecta la convalidación de la hipótesis de trabajo propuesta.

Al considerar el porcentaje de mujeres encuestadas que no presentaron probabilidad de DPP y sus estilos de apego en la figura 5, se observa una marcada predominancia del apego seguro, de acuerdo a la hipótesis de trabajo planteada en la presente investigación. Dado que el porcentaje de la muestra que presenta probabilidad de DPP es reducido, es importante considerar también el porcentaje mayor de la muestra, que se ubica como sin DPP (69 %), tal como se puede apreciar en la figura 1.

Sin embargo, se puede observar que existe una relación entre los estilos de apego y la probabilidad de DPP. Es remarcable que en el apego seguro esta correlación se inclina mayormente hacia la ausencia de DPP. Tal como se puede observar en la figura 6, el 57,69 % del total de la muestra con apego seguro no presenta probabilidad de DPP, frente al 15,38 %, que sí presenta probabilidad de DPP. Se advierte también que, en el estilo de apego evitativo despreocupado, los porcentajes se distribuyen equitativamente entre mujeres con probabilidad de DPP y sin esta. En el estilo ansioso preocupado, el único caso presente en esa categoría de apego presenta probabilidad de DPP. Es decir que existiría una correlación más fuerte entre el apego seguro y la ausencia de DPP, así como entre el apego ansioso preocupado y la probabilidad de DPP. Estas tendencias deberían ser convalidadas por muestras poblacionales mayores para dimensionar adecuadamente su fuerza correlacional. En el caso del estilo evitativo despreocupado, no se puede concluir prevalencia de una tendencia, ya que los porcentajes son equivalentes. Se remarca también la ausencia de casos en la muestra del estilo de apego inseguro evitativo temeroso, lo cual podría sugerir que resultaría menos frecuente en la población estudiada que otros tipos de apego inseguro. Nuevamente, sería necesario convalidarlo en muestras mayores.

De este modo, la presente investigación se alinea con la noción de que las experiencias tempranas de apego de la madre tienen incidencia en el desarrollo de DPP, confirmada con

anterioridad por investigaciones como las de Bifulco *et al* (2004), Ikeda *et al* (2014) y Świtalska y Webner (2021). Sin embargo, a diferencia de lo observado por Ikeda *et al* (2014) y por Świtalska y Webner (2021), no se halla un predominio de estilos de apego inseguro en el grupo de madres con probabilidad de DPP, sino que los porcentajes se distribuyen equitativamente entre el apego seguro y el inseguro (figura 4). También existe una discrepancia respecto de lo hallado por Bifulco *et al* (2014), ya que los investigadores encontraron que los estilos de apego evitativo eran predominantes antes del parto, mientras que el estilo ansioso preocupado correspondía mayormente al posparto. En la presente investigación, la totalidad de las encuestadas se halla en el puerperio; sin embargo, el estilo de apego inseguro predominante no es el ansioso preocupado, sino el evitativo despreocupado.

El estilo de apego resulta, pues, un factor de relevancia que debe considerarse y evaluarse, ya que puede actuar como indicio y predictor del riesgo de DPP en embarazadas y púerperas.

10. Conclusión

La presente investigación se centró en analizar la posible relación entre los estilos de apego y la aparición de depresión posparto en 26 mujeres del partido de Tigre, Buenos Aires, Argentina. Si bien el tamaño de la muestra fue reducido, los resultados vinculados al estilo de apego ansioso-preocupado conducen a pensar en una correlación entre ambas variables, ya que la totalidad de las participantes con dicho estilo de apego presentaron probabilidad de desarrollar depresión posparto.

Debido al número limitado de casos, no es posible extrapolar los resultados a la población femenina del país o al resto de la provincia. Sin embargo, se observa una tendencia coherente con la literatura revisada a lo largo de esta investigación.

El tema abordado constituye un área vacante de estudios en el contexto argentino. Se espera que, a partir de estos resultados, se pueda visibilizar esta problemática y que futuros estudios aporten información al cuerpo teórico que comprende el puerperio y las implicancias del parto, para acompañar y sostener a las mujeres que transitan este proceso.

Una limitación del estudio fue haber contado únicamente con una muestra acotada a un contexto geográfico específico, lo que no permite contemplar la diversidad de factores socioculturales que podrían influir en la aparición o no de síntomas depresivos en el posparto.

A partir de esta investigación, surgen posibles líneas de estudio futuras, como la ampliación de la muestra y la segmentación de la población en el puerperio, lo cual permitirá diferenciar las etapas prenatal y posnatal. Para lograr mayor rigurosidad dentro del campo de la psicología, sería valioso contar con entrevistas previas a las madres con preguntas preliminares que permitan profundizar sobre datos relevantes e influyentes, como el proyecto sentido del embarazo, la deseabilidad del hijo, la calidad de los vínculos familiares, el número de hijos, el nivel socioeconómico y las representaciones culturales en torno a la maternidad que experimenta cada mujer.

En suma, aunque los resultados no permiten establecer conclusiones definitivas, el estudio no descarta la relevancia del estilo de apego como posible factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto. Además, ofrece una base para futuras investigaciones que profundicen en la comprensión de este fenómeno complejo y silencioso.

11. Reflexión personal

Esta investigación me atraviesa porque soy mujer y vivo en un mundo que aún acepta el desconocimiento casi total de la fenomenología del cuerpo femenino y su funcionamiento.

Durante años de escolaridad no se informa a las niñas, mujeres, adolescentes acerca de su

ciclo, su hermoso y delicado vaivén hormonal, y cómo potenciarlo, aprovecharlo, usarlo.

Tampoco se enseñan los cambios en la alimentación que pueden acompañar este ciclo, las actividades físicas y las exigencias mentales y psicológicas.

Aún más me entristece pensar en todas las mujeres que padecieron una sintomatología depresiva durante su puerperio, calladas, sin entender qué les pasaba. Que, dando a luz hace miles de años, nadie se detuvo a estudiar la anatomía, sino solo a proyectar y reforzar la idea de que el momento de dar a luz y ser madre es el más feliz del mundo. Nada del terremoto hormonal, emocional, mental que genera el crear a un ser humano de cero en nuestro vientre.

Espero que en los años que vengan finalmente se le dé al tema la importancia y la atención que demanda. Las mujeres representamos el 50 % de la población. ¿Cómo es que no se ve? ¿Cómo es que algunos hombres aún estigmatizan el “estás venida, qué loca” y le tienen repugnancia a nuestra menstruación? ¿Cómo puede ser que las mismas mujeres estén tan mal informadas de lo que sucede en su cuerpo que, cuando presentan dolores menstruales, dicen “me duelen los ovarios”, en vez de “me duele el útero, por los espasmos que genera al querer librarse de la pared del endometrio, esa misma pared que en su momento permitió que vos y todo el mundo estén vivos”?

Un cuerpo teórico oscuro, oculto. Pero ya no más, por favor.

Óigannos, mírennos, comprendannos.

Oíte, mírate y comprendete.

No estás loca, nadie te lo explicó.

12. Referencias bibliográficas

- Abela, J.R.Z., D'Alessandro D. U. (2002) Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 111–28. doi: 10.1348/014466502163912.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). Washington, D. C.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar M. C., Waters, E., Wall, S. (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Ed Lawrence Erlbaum.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>.
- Beck, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression: New perspectives*. En P. J. Clayton, & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression. Old controversies and new approaches* (pp 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, C. T. (2002) Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27, 282–287. doi: 10.1097/00005721-200209000-00008.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L. L., Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E., Valoriani, V., Kammerer, M. H., Henshaw, C. A., & the TCS-PND Group. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184, páginas 31–37.

- Bloch M., Schmidt P. J., Danaceau M., Murphy J., Nieman L., Rubinow D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 924–30. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.924.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Paidós.
- Brake, E., Berle, D., Reilly, N. M., & Austin, M. P. (2020). The relationship between emotion dysregulation and postnatal attachment in women admitted to a mother-baby unit. *Australian Journal of Psychology* 72:3 páginas 283-292.
- Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-report measures of adult romantic attachment. En J. Simpson & W. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Brik, M., Sandonis, M., Horrillo E. R., Monfort, R., Arteaga, A., Arriba, M., Fernández, S., Iglesias, N., Parramon-Puig, G., Suy, A., Dip, M. E., Perales, A., Maiz, N., Ramos-Quiroga, J. A., y Carreras, E. (2022). Social support and mental health in the postpartum period in times of SARS-CoV-2 Pandemic: Spanish Multicentre Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (23), <https://doi.org/10.3390/ijerph19231544>.
- Butcher, J., Mineka, S., Hooley, J. (2007) *Psicología clínica*. Madrid: Pearson Education.
- Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention (pp. 121–160). University of Chicago Press.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Curti, J., Izquierdo, M., Paolantonio, P., & Faas, A. E. (2015). *Construcción del vínculo madre-hijo: Depresión postparto y creencias maternas como posibles factores de riesgo*. En

Memorias del V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología.

Eapen V., Dadds M., Barnett B., Kohlhoff J., Khan F., *et al.* (2014) Separation Anxiety, Attachment and Inter-Personal Representations: Disentangling the Role of Oxytocin in the Perinatal Period. *PLoS ONE* 9(9): e107745.

Gago, J. (2014) *Teoría del apego. El vínculo*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar

Glover V., Kammerer M. (2004) The Biology and Pathophysiology of Peripartum Psychiatric Disorders. *Primary Psychiatry*, 11, 37–41.

González Santana, S. (2022) Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39 (2), pp. 2-15.

Gutiérrez-Zotes, A., Díaz-Peña, R., Costas, J., Martorell, L., Gelabert, E., Sans, T., Navinés, R., Albacar, G., Ímaz, M. L., García-Esteve, L., Sanjuan, J., Martín-Santos, R., Carracedo, A., y Vilella, E. (2020). Interaction between the functional SNP rs2070951 in NR3C2 gene and high levels of plasma corticotropin-releasing hormone associates to postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 413-420. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00989-x>.

Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. (2014) Is Postpartum Depression a Disease of Modern Civilization? *Current Directions in Psychological Science* 23(6), 395–400.

Hammen C., Brennan P.A. (2002). Interpersonal dysfunction in depressed women: Impairments independent of depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 72, 45–56. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00455-4.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, páginas 573-685.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.

- Howard, L., M., Molyneaux, E., Dennis, C. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet* 384, 1775–88.
- Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment & Human Development*, 16(6), 557–572.
- Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2015). The experience of postpartum depression among mothers with withdrawn attachment style during pregnancy and the first postnatal month. *Open Journal of Depression*, 4, 61–68.
- Kessler, R. (1997). The effects of stressfull life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191. 214.
- Lamb, M.E. (1987) *The father's role: Cross-cultural perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M.J., Ortiz, M.J. (1999) *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D.
- Marrone M. (2001) *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.10329>.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C.B. (2006). New parents and mental disorders. *The Journal of the American Medical Association* 296, 2582–89.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2023) *Depresión Perinatal*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal>.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York, 22 de julio de 1946.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud maternoinfantil*.
- Office on Women's Health (OASH) (2024). *Hoja informativa sobre la depresión posparto para mujeres y sus redes de soporte*.
- Paolantonio, M. P., Manoiloff, L. M., & Faas, A. E. (2023). Incidencia de la depresión posparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista de Psicología* 22(2), páginas 80–99.
- Persano, H. L. (2018). La teoría del apego. En J. López (Ed.), *El mundo de la salud mental en la práctica clínica* (pp. 157–177). Akadia Editorial.
- Stewart, D. E., Vigod, S. N. (2019) Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183-196: <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>.
- Świtalska, J., & Webner, I. (2021). Postnatal depression – the role of attachment and mentalization. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 46–55.
- Tracy, M. (2005) Postpartum Depression: An Evolutionary Perspective. *Nebraska Anthropologist*, 20.
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). *Mapping global prevalence of depression among postpartum women*.
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *The Journal of the American Medical Association Psychiatry* 70, 490–98.
- World Health Organization. (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (n.d.). *Mental disorders*. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

13. Anexo

Estudio sobre Apego y Emociones en el Período Postparto

Este formulario busca explorar el vínculo emocional de las madres en el postparto y cómo las emociones lo afectan. Al completarlo, aceptas participar de manera voluntaria y tus datos serán confidenciales. Puedes abandonar el estudio en cualquier momento. Tu participación contribuirá a mejorar el apoyo a las madres en este período. ¡Gracias por colaborar!

ines.de@comunidad.ub.edu.ar [Cambiar de cuenta](#)



 No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Fecha de nacimiento del bebé: *

Fecha

mm/dd/yyyy 

Evaluación de Experiencia en Relaciones Cercanas (ECR). Este cuestionario evalúa tu *
 estilo de apego en vínculos cercanos. Consta de 12 afirmaciones que deberás calificar
 según cuanto te representen en una escala del 1 al 7, “Totalmente en desacuerdo” siendo
 el mínimo y “Totalmente de acuerdo” el máximo. No hay respuestas correctas o
 incorrectas. En caso de no estar en pareja, responder según cómo te sentiste con tu pareja
 anterior. En caso de responder este cuestionario en tu celular, deslizar hacia la izquierda o
 girar tu celular en horizontal para ver todas las opciones posibles.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me ayuda acudir a mi pareja en momentos de necesidad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Necesito mucha confirmación de que mi pareja me ama.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quiero acercarme a mi pareja, pero sigo alejándome.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Encuentro que mi pareja no quiere acercarse tanto como yo quisiera.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Acudo a mi pareja por muchas cosas, incluido el consuelo y la seguridad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mi deseo de estar muy cerca a veces aleja a las personas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Trato de
evitar
acercarme
demasiado a
mi pareja.

☐☐☐☐☐☐☐

8. No suelo
preocuparme
por ser
abandonado/a.

☐☐☐☐☐☐☐

9.
Generalmente
hablo de mis
problemas e
inquietudes
con mi pareja.

☐☐☐☐☐☐☐

10. Me frustro
si mi pareja
no está
disponible
cuando la
necesito.

☐☐☐☐☐☐☐

11. Me pongo
nervioso/a
cuando mi
pareja se
acerca
demasiado a
mí.

☐☐☐☐☐☐☐

12. Me
preocupa que
mi pareja no
se preocupe
por mí tanto
como yo me
preocupo por
ella.

☐☐☐☐☐☐☐

Evaluación del Bienestar Emocional Postparto



Como estás embarazada o hace poco que tuviste un bebé, nos gustaría saber cómo te sentís actualmente. Por favor marcá la respuesta que más se acerca a como te sentiste durante los últimos 7 días y no sólo como te has sentido hoy.

Son 10 ítems.

Tanto como
siempre he podido
hacerlo No tanto ahora Sin duda, mucho
menos ahora No, en absoluto

1. He podido reír
y ver el lado
bueno de las
cosas.

☐☐☐☐

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas. *

☐

Tanto como siempre

☐

Algo menos de lo que solía hacerlo

☐

Definitivamente menos de lo que solía hacerlo

☐

Prácticamente nunca

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal. *

☐

Sí, casi siempre

☐

Sí, algunas veces

☐

No muy a menudo

☐

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno. *

☐

No, en absoluto

☐

Casi nada

☐

Sí, a veces

☐

Sí, muy a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno. *

- ☐ Sí, bastante
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No, no mucho
- ☐ No, en absoluto

6. Las cosas me oprimen o agobian. *

- ☐ Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas
- ☐ Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera que acostumbro
- ☐ No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien
- ☐ No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir. *

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, en absoluto

8. Me he sentido triste y desgraciada. *

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, en absoluto

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando. *

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ No, nunca

10. He pensado en hacerme daño. *

- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ A veces
- ☐ Casi nunca
- ☐ No, nunca