



Conociendo las representaciones sociales de la depresión postparto

Lucía Robles y Valeria Murillo

Dirigido por:

Omar Bravo

Doctor en Psicología

Universidad Icesi

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Icesi

Psicología

2022

Le dedicamos este trabajo a nuestro profesor y tutor Omar Bravo quien nos acompañó en este recorrido como un guía.

Contenido

1. Introducción
2. Pregunta de investigación
3. Estado del arte
4. Marco teórico
5. Metodología
6. Categorías de análisis
7. Conclusiones
8. Referencias

1. Introducción

El presente documento tiene como propósito contextualizar al lector acerca del tema de investigación relacionado a la depresión post parto (DPP) y las representaciones sociales referente a este tópico. Desde una perspectiva metodológica estas vertientes se unen al ser indagadas desde la perspectiva del personal médico en formación, que atiende a las mujeres durante esta etapa. Sobre este marco teórico de referencia se revisará la literatura acerca de la depresión post parto, sus síntomas, para dar paso a la conceptualización de las representaciones sociales, los autores representativos del tema, la historia del concepto, los términos clave de este y como se articula dentro del campo médico estudiantil caleño. El último punto mencionado se atenderá por medio de interacciones con los estudiantes y el debido análisis de la información recopilada.

Entrando en materia, informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), aproximadamente 264 millones de personas en el mundo sufren de depresión. Esta cifra aumenta anualmente, lo que la convierte en un importante problema de salud pública a nivel global. La depresión es la enfermedad mental más prevalente en el mundo y la principal causa de discapacidad (OMS, 2020). Las mujeres tienen una carga mayor de la enfermedad que los hombres en un 50%. Principalmente es durante la edad reproductiva donde se encuentra un pico de prevalencia y de alto riesgo de recurrencia en la mujer (Guerra et al, 2017). La edad reproductiva de la mujer comprendida como la etapa del embarazo tiene un periodo aproximado de nueve meses o cuarenta semanas y el periodo post parto, se extiende hasta un año después del nacimiento. Asimismo, la OMS afirma que hoy en día la salud de la mujer se ha convertido en una prioridad urgente, sin embargo, los datos sobre este tema son limitados y, a menudo, poco fiables (OMS, 2009).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales V (DSM-5), identifica la depresión perinatal como un episodio depresivo mayor que inicia en el embarazo o durante las primeras cuatro semanas después del alumbramiento. La prevalencia de depresión perinatal se ha descrito del 14 al 23% e incrementa a medida que avanza la gestación (Gaviria et al, 2019). Martínez y Pérez (2007) afirman que los síntomas de la DPP se presentan en mayores proporciones hacia el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Por otro lado, la DPP entró por primera vez al DSM en su cuarta edición en 1994, por lo tanto, la apreciación como tal de este trastorno se dio aproximadamente hace un cuarto de siglo. Aun así, la DPP no es un diagnóstico en sí; se encuentra en el DSM-IV como una variante del trastorno depresivo mayor, es decir, que el nombre formal es Trastorno Depresivo Mayor (TDM) con inicio posparto (Segre y Davis, 2013). Segre y Davis 2013, reconocen que en el DSM-V se logró un avance frente al reconocimiento de la depresión perinatal, ya que ahora el diagnóstico se titula Trastorno Depresivo Mayor con inicio periparto, significando el periodo de tiempo durante el embarazo hasta las cuatro semanas después del parto. Asimismo, expresan que falta aún más reconocimiento por parte del DSM. La evidencia sugiere lo mismo, en términos estadísticos se cree que la DPP afecta aproximadamente entre el 10-15% de mujeres en el periodo posparto. Sin embargo, la evidencia sugiere que su prevalencia es de 64% a nivel mundial, indicando así la magnitud de la insuficiencia en el reconocimiento de la DPP (Tobore, 2020).

La etapa postparto produce transformaciones en la mujer, en su pareja y en la familia. El afrontamiento efectivo depende en gran parte de las redes de apoyo que tiene la madre para enfrentar situaciones estresantes o difíciles. Para la mujer es necesario recorrer el post parto de manera acertada para mantener su bienestar físico y mental (Ospina et al, 2012). La depresión perinatal se desarrolla durante la gestación hasta doce meses después del parto. Las características

se asimilan a los cuadros depresivos de otras etapas del ciclo vital, pero las consecuencias emocionales son diferentes, sobre todo en el vínculo madre-hijo y sobre el apego (Krauskopf y Valenzuela, 2020). La depresión perinatal incluye la depresión prenatal, que puede comenzar durante el embarazo y la depresión posparto, que empieza después del alumbramiento. Los síntomas se asocian con el cansancio, los sentimientos de culpa, soledad y la sensación de pérdida de control (Huber et al 2015) así como tristeza y ansiedad, factores que dificultan a la mujer llevar a cabo sus tareas diarias y el cuidado de sí misma y de los demás. En ocasiones la depresión posparto (DPP) se suele confundir con el Baby Blues, el cual es una alteración emocional corta que puede durar hasta dos semanas después del parto (National Institute of Mental Health, 2020).

Algunas de las variables sociales que influyen considerablemente en los síntomas depresivos perinatales son eventos estresantes, como la muerte de un familiar o de un ser querido, redes de apoyo inestables, violencia doméstica, el tipo de relación de pareja que tenga la madre o estatus socioeconómico (Rodríguez et al, 2016). Otros factores de riesgo psicosocial que influyen son la culminación de una relación afectiva significativa, dificultades económicas, diagnóstico de una enfermedad grave, desempleo, problemas legales, accidentes, cambio de religión y el estado emocional (Gaviria et al, 2019). La carencia de apoyo social puede contribuir al desarrollo de la depresión y detonar la aparición de esta patología y de su prevalencia. Por esta razón, intervenir desde las redes de apoyo puede ayudar a disminuir la angustia que evoluciona a un cuadro depresivo en mujeres embarazadas. Las parejas sentimentales y las madres de las mujeres gestantes son usualmente identificadas como las fuentes de apoyo principal (Contreras-Garcia et al, 2017).

Entre las consecuencias que puede traer consigo la depresión perinatal está el bajo desarrollo cognitivo del niño, mayor posibilidad de nacer prematuramente, menor crecimiento y bajo peso del bebé (Huber et al, 2015). En las madres, la depresión afecta sus relaciones sociales,

sobre todo las amistades, puede descuidar su embarazo, estaría más propensa al uso del tabaco, el alcohol y las drogas y a su vez en casos extremos, anorexia; este tipo de análisis o consideraciones parece referirse a representaciones moralistas de este fenómeno (Jadresic, 2014). Además, algunos estudios se han dado a la tarea de identificar la importancia del contexto social en el origen de la depresión y las consecuencias de este factor en el tipo de relación madre-infante. En ellos se plantea la clase social o estrato y la estabilidad de los lazos sociales y sentimentales como características que influyen en la presencia de la DPP. Estos informes plantean que la tasa de depresión aumenta entre 10 y 15% en población vulnerable que está expuesta a la pobreza y a otras carencias generales (Chávez-Curtois y Gonzalez-Pacheco, 2008).

Por todo esto, consideramos de interés investigar las representaciones que hay sobre la DPP en los estudiantes de medicina, quienes son los que en un futuro estarán encargados de gran parte del cuidado de las mujeres que atraviesan este diagnóstico.

2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la depresión postparto de los recién graduados de medicina de la Universidad Icesi?

Objetivos de la investigación

- **Objetivo General:** Explorar las representaciones sociales de la depresión post parto en recién graduados de medicina de la Universidad Icesi.
- **Objetivos Específicos**
- Establecer la perspectiva de los recién graduado de medicina sobre la depresión post parto.

- Determinar las representaciones sociales de la depresión post parto de los recién graduado de medicina.

3. Estado del arte

A nivel global existe “The International Council on Women’s Health Issues (ICOWHI),” esta es una organización sin ánimo de lucro dedicada a promover la salud, la atención médica y el bienestar de las mujeres en todo el mundo a través de la participación, el empoderamiento, la educación y la investigación. En una revisión hecha en el 2011 con el fin de investigar el progreso del acceso a una buena salud por parte de niñas y mujeres, quienes cabe resaltar tienen necesidades específicas de salud de acuerdo a la etapa de la vida en el que se encuentren, los autores concluyeron que siguen siendo víctimas de la desigualdad de género (Davidson et al., 2011). A pesar del progreso que se ha visto en el último siglo la igualdad de género sigue siendo una meta difícil de alcanzar globalmente y en especial en los países en desarrollo.

Otro estudio llevado a cabo en Etiopia en el 2019, centrado en la satisfacción maternal a la hora de dar a luz, encontró que en países en desarrollo menos del 50% de las madres está satisfecha con los servicios de salud provistos antes, durante y después del embarazo. Igualmente, el Ministerio de Salud de Etiopia comunicó que es necesaria una transformación en el área para que la prioridad sea la salud prenatal y posnatal, autonomía, sentimientos y preferencias de la madre (Tadele et al., 2020). A pesar de las diferencias culturales y sociales entre los contextos, creemos que este estudio muestra la realidad a la que se enfrenta la mujer a la hora ser vista como paciente.

Recientemente en Latino América se renovó el interés por aprender acerca de los problemas de salud mental perinatal (Osma, et al 2019). Por ejemplo, en Brazil en el 2013 se desarrolló un estudio con 115 mujeres para comprender las representaciones sociales del postparto, en términos de educación de la salud del embarazo y el parto. Aunque la investigación no comparte

los objetivos del presente trabajo es importante citarlo, porque permite conocer una perspectiva diferente a la de los profesionales de la salud. Conviene destacar que, las mujeres “fueron elegidas en el período posparto para que pudieran relatar sus experiencias a lo largo de este período” (Rodriguez et al., 2013, p.913); otras características de las participantes incluían que estuvieran inscritas en uno de los nueve Centros de Salud Familiar Fortaleza, Caerá, hubieran tenido al menos seis visitas prenatales y una consulta posparto. En definitiva, algunos de los hallazgos encontrados fueron: primero, que las mujeres sienten que no se les da la atención que necesitan durante el post parto, pues prima el cuidado del bebe (rol de madre), del hogar e incluso de la pareja frente a su bienestar personal; segundo, que se debe dejar de lado la visión mecanicista del cuerpo, con el fin de crear un diálogo efectivo, un conocimiento a través de la socialización y poder contribuir a la comprensión de la mujer sobre su estado de salud, sus deseos personales o familiares antes, durante y después del embarazo.

Del mismo modo, en Colombia hasta el año 2018 se habían realizado tres investigaciones a pequeña escala en diversas poblaciones, con el fin de determinar la prevalencia de los desórdenes mentales en mujeres embarazadas. Dos de esos estudios se llevaron a cabo en Medellín, uno en el 2009 entre adolescentes, de las cuales el 32,8% padecen depresión (Bonilla, 2009). El segundo fue en el 2013 con mujeres en gestación clasificadas con alto riesgo obstétrico, este mostró una prevalencia del 61,4% para depresión y 40,7% para ansiedad (Ricardo-Ramírez et al., 2015). El tercero se realizó en el 2012, y se trató de un estudio transversal con 151 mujeres embarazadas en el que se encontró una prevalencia de depresión del 19,2% (Borda Pérez et al, 2013; Osma et al, 2019). En suma, lo expuesto por Osma (et al, 2019) plantea la necesidad de más investigaciones a nivel local para conocer y comprender acerca de la experiencia de la mujer que sufre de depresión post parto.

La representación de la DPP es relativamente nueva, pero el ciclo gestacional y los cambios por los que pasa la mujer en este proceso no lo son. Durante toda la historia las mujeres han luchado por ser reconocidas y esto no es diferente en el campo de la salud mental; lo anterior, debido a los estigmas frente a este tipo de diagnósticos, más cuando se trata de la maternidad. Al respecto, Forder et al (2019) menciona que están comenzando a surgir estudios acerca de los niveles de honestidad y comodidad de las mujeres cuando se les pregunta sobre el bienestar emocional propio, sin embargo, hasta el momento no se ha estudiado lo suficiente la relación entre la salud mental y los dos factores mencionados previamente.

Un acercamiento a las consultas prenatales de las mujeres dio a conocer que prima el enfoque biológico sobre los psicológicos y sociales. Además, se reportó que existe un sesgo de género hacia las mujeres alrededor del mundo en cuanto al acceso al sistema de salud y la prevención de enfermedades desde que nacen hasta que mueren (Simpson, 1994) cuanto, a esto, Canaval et. al (2000) afirma que se ignora la subjetividad, experiencias de vida y expresión de sentimientos de la mujer en etapa prenatal y post parto en algunos contextos médicos. Asimismo, expone que “el modelo dominante construido por las normas médicas es uno completamente asocial” (p.5). Lo anterior, refleja una realidad en la cual la mujer no ha sido comprendida como un ser humano holístico sino como un ser físico, evidenciando una perspectiva médica reduccionista, particularmente al momento de conocer en profundidad la experiencia de la mujer. La falta de información y educación sobre la depresión prenatal y post parto ocasiona el crecimiento de los estigmas, lo que dificulta la búsqueda de un tratamiento para la DPP por parte de las mujeres ya que temen no ser entendidas o, por el contrario, ser percibidas como “locas”, corriendo el riesgo de perder a su hijo(s) si da a conocer o pone en evidencia síntomas depresivos al profesional de la salud que atiende (Lara-Cinismos et al, 2018).

Por consiguiente, se podría entender que el personal de la salud tiene con frecuencia una visión de objeto y no de sujeto en cuanto a la mujer que sufre de DPP, lo que posiblemente está causando que en la actualidad existan errores de reconocimiento y diagnóstico entre y por parte de los profesionales de la salud (Martínez-Paredes y Jácome-Pérez, 2019). Sin embargo, no sería correcto concluir lo mencionado anteriormente, pues se cuenta con poca información para hacerlo. A continuación, el trabajo busca profundizar en el concepto de representaciones sociales para tener una visión más amplia e informada.

Por otro lado, se pueden observar distintas ideas sobre la maternidad. Como podemos ver en un estudio realizado sobre “Representaciones Sociales de la Maternidad en Mujeres Sin Hijos” de la Universidad Académica de Humanismo Cristino se puede evidenciar tres formas de ver la maternidad: la primera es la maternidad tradicional donde las mujeres expresan desde su discurso que la principal preocupación de una madre debe ser el cuidado de sus bebés, así como también debe ser la que acompañe y brinde seguridad; segundo tenemos a la maternidad como sacrificio, aquí las mujeres evidencian a la maternidad como un sacrificio y un arduo trabajo en el cuidado y la crianza que lo asimilan con algo tortuoso; por último, está la maternidad como opción donde las mujeres ponen la maternidad como una decisión personal y son ellas quienes aplazan la decisión de ser madres (Vidal y Gonzáles, 2010).

4. Marco Teórico

4.1 Representaciones sociales en la psicología social

Los conceptos de representaciones sociales y de imaginarios suelen ser usados como sinónimos. Sin embargo, existe una diferencia, la cual es planteada por varios autores. Cegarra (2012) resume de manera efectiva, “las representaciones sociales se forman en el individuo una

vez que éste interacciona con su entorno social, lo cual le permite aprehender cognitivamente lo socialmente dado” (p.4), mientras que los imaginarios sociales son valores, ideas, significados y mitos delimitados por la historia del momento, es decir que estas varían de época en época (Sanit, 2010), es decir que las primeras son individuales y los segundos son colectivos. De este modo, las representaciones sociales son formas de conocimiento compartidas y elaboradas al interior de un grupo que participa socialmente en entornos similares, los cuales tienen una determinada integración en la estructura social y cultural de un contexto en especial (Moscovici, 1981). En este caso, se está explorando el significado que los estudiantes de medicina le dan a la DPP como futuros miembros del campo de la salud caleña.

Mirando un poco más de cerca las RS de la salud mental se comprenden varios factores que influyen la creación del esquema tales como aspectos normativos, políticas públicas, saberes populares, referentes del modelo médico y discursos predominantes de los profesionales de la salud, quienes son los que guían a los médicos en formación (Fajardo, 2018). La psicología social se ha encargado de identificar estos factores ya que el tema de investigación converge al reconocer el pensamiento y problemas dentro de alguna comunidad. Moscovici (1981) dice que las representaciones sociales constituyen el campo psicológico interno que delimita al sujeto a la hora de tomar decisiones y actuar en el día a día.

La importancia de estudiar las RS, al entenderse como el pensamiento de grupos e individuos sobre un objeto significativo, recae en que son una comprensión subjetiva que nace de la interacción que tiene este con su ambiente. Por lo tanto, al investigar esto se podría reconocer en rasgos generales el significado de salud mental y DPP que un colectivo de médicos posee, pero esta comprensión solo es posible a través de mecanismos de interacción como la educación que reciben, las reglas específicas al sector de la salud y las tendencias expresadas en discursos

médicos, entre otras. A la hora de estudiar lo colectivo, es necesario el uso de métodos subjetivos y no puramente objetivos (Gamero, 2007). Teniendo en cuenta las diferencias entre conceptos de imaginarios y representaciones sociales, esta investigación se llevará a cabo con el concepto de representación social porque el objetivo es conocer la perspectiva sobre la depresión post parto en un grupo de estudiantes de medicina.

4.2 Sobre las representaciones sociales: teoría y usos

Las representaciones sociales (RS) han tenido un amplio recorrido en la academia. El primero en hacer uso del término fue el psicólogo social francés Serge Moscovici, quien lo derivó del concepto sociológico de representaciones colectivas de Emile Durkheim (Villaroel, 2007). Para Durkheim

las representaciones colectivas son producidas por las acciones y reacciones intercambiadas entre las conciencias individuales y, al mismo tiempo, las sobrepasan. Las representaciones colectivas necesitan de las individuales, pero no surgen de los individuos tomados aisladamente, sino en su conjunto (Vera, 2002, p.107).

En resumen, las representaciones colectivas son formas de conocimiento construidas socialmente que no pueden explicarse como un efecto de la vida individual o en defecto a una psicología individual (Álvaro, 2009).

Moscovici, a partir de este concepto anterior desarrolló el término a principios de la década de los 60, cuando Francia atravesaba una crisis de “infertilidad” científica social, dándole etapas de construcción y términos claves para el uso de representaciones sociales en la psicología. El psicólogo social francés afirmó que “las representaciones sociales no son sólo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones

sociales” (Álvaro, 2009, p.1), estas no son de carácter estático ni determinan las representaciones individuales. En pocas palabras las RS según Moscovici son conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales (Álvaro, 2009).

Según Mora (2002) las RS tienen como función particular del conocimiento elaborar los comportamientos y la comunicación entre los individuos, debido a que interpretan representaciones colectivas del grupo de poder, el cual está inmerso en la red estructural de instituciones de control social. Por consiguiente, permiten orientar a grandes rasgos las acciones de las personas y así lograr identificar cual es la acción social de un grupo (Álvarez, 2006). Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que las RS son primero una actividad psíquica y segundo un cuerpo organizado de conocimientos a través de la cual los humanos hacen comprensible la realidad física y social, así permitiendo intercambios cotidianos de imaginación y conocimiento (Mora, 2002). En suma, estas formas de pensar y crear la realidad social están integradas por elementos de carácter simbólico porque son maneras de adquirir al igual que reproducir conocimiento y tienen la capacidad de asignar sentido a la realidad social.

Adicionalmente, Moscovici propuso tres dimensiones de las RS: a) la información b) el campo de representación y c) la actitud. En la primera dimensión se tiene en cuenta como se organizan los conocimientos que posee un grupo frente a un objeto o fenómeno social; la segunda dimensión permite observar el contenido concreto y el significado que tiene la representación dentro del discurso del grupo que este siendo estudiado; la tercera es la dimensión actitudinal, la cual suele ser la más estudiada por su implicación emocional y comportamental (Mora, 2002; Álvarez, 2006). Todas las dimensiones están atravesadas por la triada: sujeto individual – sujeto social – objeto social; se introduce el sujeto social ya que es el que media la relación entre los otros

dos. La triada fue sugerida anteriormente por Lev Vygotsky quien propone que todo proceso cognoscitivo es primero intersíquico y posteriormente intrapsíquico. Desde este paradigma se entiende que en las personas toda realidad esta mediada por lo social (Kozulin, 1998).

Asimismo, otro término que se debe tener en cuenta al hablar de las RS es el de ideología. De este se pueden generar explicaciones en cuanto a las diferentes prácticas de grupos sociales y como estas se asocian a distintas representaciones de la salud y la enfermedad en el caso particular de este estudio. La ideología, permite identificar como se describen y ordenan las RS según la interacción de las personas con su realidad social y cultura, así como el ambiente grupal, ya que estas están determinadas por su contexto (Álvarez Bermúdez, 2006).

Igualmente, en lo que hace su procesualidad, durante la elaboración de las RS en los sujetos existe en un primer momento el proceso denominado objetivación que, según Álvarez (2006), “es un proceso objetivo que surge de la interacción del individuo con su medio material y social.” (p.18). De este modo, la objetivación permite evidenciar los discursos culturales que se dan en cada grupo social. Durante la comunicación entre sujetos la objetivación pasa por tres fases: la primera se da cuando el conocimiento de un determinado objeto sufre un proceso de elaboración de la información donde está se selecciona, contextualiza y descontextualiza; la segunda fase se da cuando de ese objeto nacen unas características fijas que representaran a dicho objeto analizado; y, por último, se da la representación del objeto donde el significado de la RS representará al fenómeno.

En un segundo momento se produce el anclaje, en el cual se integra la información ya elaborada de un objeto dentro de un sistema constituido. Por medio de este pensamiento constituido las personas pueden otorgarles sentido a los nuevos objetos creados en su interacción con lo social. En este sentido

Esto sería la asignación de significado y de utilidad a la representación y su objetivo, lo que significa que no se refiere a la construcción formal de un conocimiento, caso de la objetivación, sino de la inserción hacia dentro del pensamiento ya constituido. (Álvarez, 2006, p.19).

Este anclaje involucra tres modalidades: la primera cuando el sujeto provee de significados la representación para constituir al objeto como un hecho social, lo que permitiría que los grupos sociales se comuniquen a partir del significado que le asignen a la representación. Otra modalidad es usar las representaciones como un medio de comunicación entre los grupos sociales en común, lo que constituye las relaciones sociales. Por último, se encuentra la modalidad que está orientada en relación dialéctica a la objetivación, la cual se localiza en la configuración de un núcleo figurativo y en su relación con el sistema cognoscitivo de interpretación con la realidad (Álvarez, 2006).

De modo complementario, las RS pueden llegar a consolidarse como estereotipos debido a que existen prototipos de características generales que se dan en la elaboración de una representación que varían según el grupo social; esto permite que la información se articule en la interacción del individuo con el medio social y constituya una parte fija de las representaciones, conocido como el núcleo central de las RS. En este mismo sentido,

“los estereotipos son formas de categorización que le permiten una coherencia interna a las RS, debido a su actuación como filtro de información que reinterpreta la información y la transforma de acuerdo con lo establecido en el sistema cognoscitivo de la persona.” (Moscovici, 1969 como se citó en Álvarez, 2006, p. 23).

Por lo tanto, las RS y los estereotipos son perspectivas complementarias, que facilitan la comprensión de fenómenos sociales.

Asimismo, la subjetividad cumple un papel importante en las RS. Según Mori (2010) la organización simbólica, emocional y social del individuo permite que se cree lo subjetivo; esto le posibilita organizar sus experiencias frente a los procesos humanos. En ese sentido, lo individual y lo social deja de estar ligado a algo exterior y entran a relacionarse constantemente. Lo anterior tiene incidencia en muchos aspectos de la vida del individuo, pero en este caso nos centraremos en los significados que se le otorga a la salud y a la enfermedad.

De este modo, las representaciones sociales son subjetivas en el sentido que son el resultado de los procesos simbólicos que desarrolla el sujeto en la interacción con su contexto social y cultural, el cual está expuesto a constantes cambios. Las representaciones sociales personifican como el sujeto significa, experimenta y otorga sentido subjetivo a los elementos que surgen con relación a su vida social; entonces, las representaciones no son construcciones abstractas, sino que son edificadas a partir de la relación entre individuos (Mori, 2010).

Cuando se trata de la salud y la enfermedad, las representaciones no son consideradas netamente individuales; el sujeto crea su concepción dentro de los espacios sociales en los que interactúe cotidianamente. Según Llinares Insa et al (2010) “La representación social ayuda a conocer la enfermedad y a relacionarse con ella, además define la identidad y guía los comportamientos de la enfermedad y prácticas desarrolladas por el enfermo” (p.5). En suma, es esencial resaltar que, si bien es importante conocer el diagnóstico, la subjetividad de cada individuo juega un papel fundamental, por lo que es necesario reconocer al sujeto desde ese lugar.

4.3 Representaciones sociales de la maternidad

La representación social de la maternidad posiciona a la madre como la principal encargada de la crianza de sus hijos para lograr crear sujetos adaptables a los estándares sociales. Según Canavate (1999) en Colombia

la madre está representada por la tierra, el mar, el cielo, el país de origen, la lengua; cuando se habla de gestación se simboliza como la fuente, el hogar, la cueva. Estas representaciones dan cuenta del significado de la madre como dadora de vida y conservadora de ella (p.6).

Asimismo, a la madre se le atribuye el buen desarrollo emocional y afectivo del niño porque es la encargada de proteger y acunar, la relación entre madre e hijo permite un buen desarrollo intelectual y del lenguaje. Hay que mencionar además que, la denominación “instinto materno” posiciona a la mujer como única responsable de los cuidados del hogar y las crianzas del niño, todo esto se convierte en responsabilidad femenina. Las representaciones sociales sobre la maternidad y las madres varía constantemente dependiendo del contexto social y cultural de cada sujeto.

Según Gómez-Sotelo et al (2012) las representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes son miedo al rechazo familiar, nuevos estatus social que las obliga a salir de la adolescencia más rápidamente y la necesidad de adquirir independencia económica debido a la necesidad de proveer para su familia. A estas madres también las rodea el temor y la duda sobre su proyecto de vida porque lo usual es que aplacen por un largo periodo de tiempo los estudios formales. Asimismo, dependiendo del estado socioeconómico de la joven, pasar por esta etapa a temprana edad cabe dentro de la normalidad.

En un estudio sobre las representaciones sociales sobre la maternidad en mujeres sin hijos egresadas de la universidad, por Ponce en el 2016, que tuvo como objetivo analizar los significados atribuidos a la maternidad con relación al desarrollo laboral e individual se encontró que las mujeres no abandonan su rol como madre, aunque los cambios en la educación, el empleo, las normas y la familia haya evolucionado respecto a las mujeres. Se puede decir entonces, que la maternidad es una construcción subjetiva que se crea dependiendo de la situación en la que se encuentra cada mujer, algunas priorizan los estudios, el trabajo e incluso la pareja y ponen la maternidad en segundo plano, como una opción y no como una obligación. Cada vez más mujeres tienen la posibilidad de obtener educación superior y la maternidad, para algunas mujeres, es considerado como una desventaja y una devaluación hacia su valor.

La relación médico-paciente es fundamental en la etapa de la maternidad, es decir, durante y después del parto. En ocasiones la mujer es acompañada y revisada por varios médicos, entre ellos estudiantes de medicina quienes interactúan con ella. Por consiguiente, la investigación busca comprender cuáles son las RS que predominan en la relación entre médico y mujer embarazada; con el fin de abordar este tema es necesario evaluarlas en el campo médico.

4.4 Representaciones sociales en el campo médico

El campo médico siempre ha sido dominado por el paradigma organicista y el ímpetu de ser una ciencia objetiva. Este discurso que predomina convierte a los estudiantes de medicina en vectores de reproducción esta tradición epistemológica que enuncia la dualidad entre cuerpo y mente. Con esta información surge la duda de que tipo de RS están orientando las acciones de un público donde los cuerpos son comprendidos desde perspectivas puramente biológicas, lo cual a la larga es una mirada reduccionista frente al individuo, el cual está atravesado por muchos otros factores (Estrada-Mesa et al, 2016).

Asimismo, se debe reconocer que existen dinámicas sociales en los hospitales, a los cuales los alumnos de medicina se incorporan, esa dinámica favorece la conformación, elaboración y transformación de las RS de la DPP en las prácticas clínicas (Heshiki-Nakandakar, et al, 2013). Igualmente, las RS determinan la postura ante un objeto, persona o hecho, ya que están íntimamente ligadas a las relaciones y procesos sociales individuales; entonces, son un pensamiento constituido y constituyente, pues “se usan para la explicación y comprensión en la vida cotidiana” (Piña Osorio & Cuevas Cajiga, 2004, p.5) al generar pautas que modifican la esfera social.

Las RS permiten definir una visión del mundo al grupo social, y así dar sentido a sus prácticas y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias. Además, estas también tienen la tarea de hacer que intangible resulte perceptible y lo extraño familiar. En este caso particular el grupo social son los estudiantes de medicina que con base a toda esta información a la que se encuentran expuestos, con la que interactúan y socializan cotidianamente toman decisiones sobre sí mismos, explican sus situaciones, crean posibles situaciones y actúan en consecuencia de las RS que rigen en este campo (León, 2017).

5. Metodología

Descripción

La investigación se abordó desde una metodología cualitativa ya que la misma genera una aproximación cercana y naturalista; además, permite interpretar la perspectiva al igual que los significados elaborados por los médicos en formación de la universidad Icesi en cuanto a las representaciones sociales de la depresión postparto (Denzin & Lincoln, 2005). Para dar cuenta de estos significados, se usaron en un principio una entrevista piloto semi estructuradas a nivel

individual con uno de los participantes para luego dar paso a más participantes de la muestra para obtener más detalles acerca las representaciones sociales que ellos despliegan.

Por otro lado, se decidió utilizar la entrevista semiestructurada puesto que se presenta como una manera más fluida y personal de obtener la información deseada mediante el diálogo (Vargas-Jiménez, 2012). Así pues, permite que el/la investigador/a introduzca nuevas temáticas, categorías y/o preguntas conforme se desarrolla la interacción con el entrevistado/a.

En este tipo de investigación cualitativa y con la técnicas previamente mencionada, es necesario tener presente el concepto de saturación. Esta ocurre cuando no aparecen nuevos elementos en las entrevistas o discusiones, es decir, que la diversidad de respuestas se acaba y con ello la nueva información. Llegar a la saturación es un indicador de que la recolección ha terminado, pues no tendría sentido continuar si ya se tienen los datos relevantes (Martínez-Salgado, 2011). Por consiguiente, se llevó a cabo un estudio in situ o investigación de campo, ya que el trabajo se realizó en el entorno cotidiano del sujeto de estudio, sin manipular las variables.

La población estuvo compuesta por seis recién graduados de medicina de la Universidad Icesi, que rotaron por el área de ginecología o psiquiatría. Se escogió a estudiantes egresados dentro de la misma institución donde se llevará a cabo el proyecto, porque al tener acceso a ella se podrá realizar la metodología propuesta. Asimismo, se seleccionó estas características debido a que ya han pasado por lo teórico y lo práctico, interactuando con un entorno médico hospitalario, donde posiblemente aparecen representaciones sociales esenciales para la realizar esta investigación.

6. Análisis de la información

6.1 Representaciones sociales en médicos recién graduados sobre la depresión post parto (DPP)

Con esta categoría se busca analizar los conocimientos que tienen los médicos recién graduados sobre la depresión postparto y las acciones de intervención frente a la etapa prenatal y postparto, a partir de la información obtenida mediante entrevistas. Principalmente, se encontró que las rotaciones hechas por los médicos como estudiantes eran para realizar la historia clínica, presentar los casos a los especialistas y conocer el estado físico de la mujer antes del parto y después del parto, como se percibe en las siguientes respuestas

por ejemplo, él bebe siempre debe de tener un control posnatal a los 8 días mínimo, a los 8 o 15 días él bebé ya debe haber sido visto por un pediatra. Yo hice la consulta en pediatría, a la mamá no se le hace seguimiento después del parto, va a control con ginecología al mes, pero no más. (Sujeto 1)

uno tenía que ver que pacientes habían llegado durante la noche, nos las repartíamos entre nuestros compañeros y los residentes de ginecología. Revisábamos la historia, lo que había nuevos, los exámenes, pues si había tenido el parto a qué hora había sido, que novedad durante el parto, se dejaba todo listo... llegaba el ginecólogo de turno ese día y uno empezaba a comentarles los pacientes o las pacientes... y ellos tomaban la decisión, ahí ya los cambios se ponían en la historia clínica y por último uno hacía los cambios, los registraba y ya ellos hacían las notas (Sujeto 2)

Conviene señalar que los médicos tienen un protocolo donde se les preguntaba a las mujeres si el embarazo es planeado y/o aceptado; sin embargo, el resto del proceso está a cargo de las

enfermeras y auxiliares de enfermería, quienes realizan un tamizaje para reconocer factores de riesgo frente a su salud mental, después los médicos se ocupan de remitir a las pacientes a psicología, psiquiatría o trabajo social según el caso. Lo anterior, fue planteado por uno de los entrevistados, lo cual evidencia que durante el examen de la paciente el chequeo físico es el principal foco de atención e incluso el más realizado por parte de los médicos. A continuación, se presenta la respuesta:

se les hace el test de Edimburgo o la ve psicología, pero acordándome una auxiliar de enfermería digamos que tiene unas encuestas y pasan siempre por los cubículos por donde están las embarazadas y las puérperas haciéndoles preguntas para tratar de identificar esas cosas. (Sujeto, 6)

Por otro lado, se puede evidenciar que los médicos recién graduados tienen un conocimiento básico frente a los cuidados de la salud mental prenatal y post natal de la mujer. Así pues, reconocen los factores biológicos, por ejemplo, cambios fisiológicos, desbalances de una mujer en postparto, predisposición genética que una mujer tenga frente a la depresión. Además, se presentan algunos factores psicosociales, como el que la mujer esté inmersa en una dinámica social y familiar complicada, la cual puede afectarla directamente, posiblemente causándole depresión postparto. Teniendo en cuenta lo anterior los entrevistados mencionaron que el uso del Test de Edimburgo durante los tamizajes es exclusivo para la detección de la depresión post parto; esto se evidencia en la siguiente frase

pues también me acuerdo de que para el tamizaje también es importante aplicar el test de Edimburgo, pero no me acuerdo bien que componentes tiene, pues que en el control prenatal hay que tamizarlo para poder evitarlo a futuro o saber que intervenciones se puede realizar y ya (Sujeto, 6)

Otro factor recurrente en las entrevistas frente a la DPP fue la falta de una red de apoyo en la vida de la mujer embarazada el cual es importante durante el embarazo debido a todos los cambios físicos, emocionales y sociales que atraviesa la madre. Lo anterior se sustenta en que fue posible identificar en el discurso de 4 de 6 entrevistados el peso y la importancia de una red de apoyo:

También las relaciones familiares que puede llegar a tener esa persona con el esposo, con el papá del niño, con su madre, con su padre, con toda su red de apoyo, entonces a veces uno dice tiene red de apoyo, pero hombre esa red de apoyo no es la mejor que digamos y eso es importante. Para mi serian esos factores los que llevan a que una persona tenga DPP (Entrevista, Sujeto 1)

Pues yo creo que las que no tienen una red de apoyo buena y las que ya tienen antecedentes (Entrevista, Sujeto 3, anexo)

también pienso que tiene mucho que ver esas mujeres que están en contextos sociales y familiares difíciles donde su pareja no las apoya o son víctimas de violencia de pareja o no tienen una buena red de apoyo, tienen problemas económicos (Entrevista, Sujeto 6)

Asimismo, se encontró que la mayoría de los sujetos entrevistados concuerdan con que la depresión postparto suele darse más en mujeres con menor estabilidad económica porque asocian el nivel socioeconómico con un servicio de salud de menor calidad el cual puede pasar por alto detalles importantes frente a la salud mental de las pacientes. Así mismo, surge el estigma que las mujeres en condiciones de pobreza no tienen un embarazo planeado, ni deseado.

Yo sí creo, digamos no es tan evidente, pero si me parece que siempre está ese estigma de que: el hijo no fue planeado, de que va a ser difícil después del embarazo para mantener al bebé. Entonces yo creo que siempre está ese estigma de que si la paciente es de escasos recursos el embarazo no fue planeado (Entrevista, Sujeto 2, anexo)

Pienso que quizás a la madre en condición de pobreza puede afectarla un poco más (Entrevista, Sujeto 5)

sí claro... porque pues no quería traer el hijo, la parte económica, todo lo que conlleva, los controles, la gente se va en bus a la IPS a los controles, lo que hay que comprarle al bebé (Entrevista, Sujeto 6).

Lo anterior lo podemos relacionar con los estereotipos, como dicho anteriormente en el marco teórico, son formas de categorización de las representaciones sociales donde se toma la información obtenida de un contexto social, la reinterpreta y transforma. Asimismo, estos estereotipos van de la mano de la subjetividad de cada individuo que cumple un papel importante en la creación de las representaciones sociales, aquí cada sujeto desarrolla y procesa la información obtenida desde la interacción con su entorno y la organiza frente a sus procesos cognitivos.

Por otro lado, una representación clara en la que concuerdan las personas entrevistadas es que en Colombia los embarazos adolescentes son un problema de salud pública, así como también coinciden con que *“la mayoría de los embarazos en Colombia no son deseados” (Sujeto 4)*. De este modo, se puede reflejar el estigma que hay frente a las mujeres que han tenido varios embarazos y/o tienen varios hijos y están esperando uno nuevo. En estos casos, son los mismos médicos quienes preguntan desde el momento en que tienen al bebé con que método contraceptivo piensan planificar sin contar con lo que opina la mujer acerca de esta situación o si realmente la

mujer desea hacerlo, igualmente relacionan el no querer planificar al desconocimiento, la baja educación y nivel socioeconómico.

De este modo, lo que se destaca en el discurso de los entrevistados es que la depresión postparto se relaciona con una madre abrumada, la cual necesita ayuda y acompañamiento para el cambio que trae consigo la maternidad y en varios casos no cuenta con una red de apoyo estable que la soporte en esa situación, así como también una madre que está bajo ciertas condiciones que la limitan en el cuidado que debe tener hacia su bebé. Esto da luz a una representación social entre los médicos recién graduados, ya que podemos evidenciar el conocimiento particular que deben tener a la hora de llevar a cabo los controles prenatales y post natales, en los cuales la prioridad es la salud física de la mujer.

Por último, es claro como coexisten la formación y los protocolos dirigidos al cuidado físico con el sentido común, en cuanto a los aspectos sociales y psicológicos. Estos dos, conocimiento profesional y sentido común, siempre están en conversación respecto al tema de salud, en especial de la salud mental; lo anterior, para que pueda haber mejoras en la atención y detección de enfermedades mentales es necesario que siga mejorando, con el fin de que él o la paciente pueda ser visto/a desde una perspectiva más holística e inclusiva.

6.2 Diferencias generacionales, de género y clase social frente a la mujer y su relación con salud.

Esta categoría pretende dar cuenta de las diferencias generacionales entre médicos en cuanto a los estigmas referentes a la mujer y la salud de la mujer. La distancia generacional que se menciona se da entre los profesores de los recién graduados, el personal con décadas de experiencia y los recién graduados de medicina, ya que cuatro de las seis personas entrevistadas

mencionaron haber visto un trato diferente por parte del equipo de la salud cuando estaban tratando a una paciente.

obviamente durante la carrera uno si siente más que todo los profes ya antiguos, uno si escucha como comentarios fuera de lugar. (Sujeto 1)

las enfermeras tratan muy mal a las pacientes y nosotros veíamos eso y pues no estábamos de acuerdo porque pues es una mujer que está en trabajo de parto, que está con muchos dolores, que claramente no se está sintiendo bien, entonces muchas veces ellas gritaban del dolor y las enfermeras las gritan, las regañan, las trataban super feo en cambio nosotros si intentábamos cambiar ese trato y les intentábamos hablar, irlas como a calmar, ayudarlas a respirar y cosas así y si noté que era más que todo como en todos nosotros como que intentando cambiar ese trato que se les da. (Sujeto 3)

Con lo anterior, se percibe que hay una brecha generacional en cuanto al trato y la tolerancia de la mujer durante el parto. Los médicos recién graduados, se muestran más conscientes frente al respeto que deben tener hacia las pacientes, lo extenuante que puede ser el embarazo y el trabajo de parto. Sobre esto el sujeto 2 dice: *“ya depende de cada uno, pero uno también si se va haciendo muy consciente del respeto que hay que tener hacia las pacientes, sobre todo en ese momento que son tan vulnerables”*. Al recalcar esto se puede evidenciar como la población médica estudiantil es más consciente sobre el respeto, el buen trato y la salud mental como prioridad para la mujer.

Asimismo, se ven influencias en el discurso de las nuevas ideas sobre el embarazo y el parto del campo médico. Según una de las personas entrevistadas, hace un par de años en la Fundación Valle del Lili *“empezaron a promover mucho una iniciativa de parto humanizado*

(sujeto 4)”. Esta modalidad tiene en cuenta los valores y las decisiones de la mujer durante el parto, para así respetarlas y tener cuenta el proceso deseado por la mujer en caso de que sea posible. Esta aproximación permite que la mujer sea vista más allá del lente médico, da paso a una perspectiva, como bien dice el nombre, más humana a la mujer y es precisamente eso lo que los estudiantes deseaban lograr. En este sentido:

considero que los médicos que están saliendo ahora son más conscientes de la necesidad de un buen trato hacia la mujer y darle un trato igualitario respecto al hombre o mejor porque además se tiene en cuenta que tiene necesidades diferentes respecto a las de un hombre obviamente, entonces yo considero que si son más conscientes y si tienen más tacto al hacer las cosas cuando se atiende mujeres. (sujeto 1)

uno también si se va haciendo muy consciente del respeto que hay que tener hacia las pacientes, sobre todo en ese momento que son tan vulnerables (sujeto 2)

De otro lado, por parte del personal de salud con un recorrido significativo en el tiempo se evidencia un cambio en la relación médico-paciente dependiendo del estrato socioeconómico. Esto se logró evidenciar en 5 de las entrevistas hechas donde los entrevistados mencionan un trato más duro hacia las pacientes en trabajo de parto como maltrato verbal, en gritos y comentarios machistas. Esto se presentaba en especial en centros de salud ubicados en zonas vulnerables de la ciudad e incluso de la región, los cuales son de rápido acceso para toda la población.

Una vez vi un trato terrible, terrible, terrible. Era venezolana, fue un parto que yo atendí en la ESE Centro y me acuerdo de que era un enfermero jefe ya viejo y el hombre llegó... claro yo no justifico que porque ya sea viejo pueda hacer esos tratos, pero digamos que en esas personas se ve más. (Sujeto 1)

Si pues al origen básicamente si, por que es indiecita, a veces uno escucha palabras así entonces si el trato es diferente. Igual, por ejemplo, en Santander igual se trata con amor, ¿si me entendés? Pero se nota la diferencia ahí en el trato. Ehh y con las venezolanas sobre todo en la ESE Centro, yo me acuerdo que en 8avo, en ESE Centro que era la red pública de Cali el municipio, en esa sede que es una de las que tiene eran venezolanas, entonces uno si veía ahí la diferencia en el trato. (Sujeto 1)

Estas características en la interacción entre médicos y pacientes tienden a cambiar según el hospital donde se hacían las rotaciones, también por el origen, la edad y el estrato socioeconómico de las mujeres, por ejemplo, en hospitales como Santander de Quilichao y Francisco de Paula donde las diferencias socioeconómicas son más marcadas, el trato hacia las pacientes es más duro y brusco

Pero si obviamente en otros lugares puede haber una diferencia, sobre todo con las mujeres de origen indígena, por ejemplo, en el Hospital Francisco de Paula donde llegan mujeres del norte del cauca, del sur del cauca si se ve un poquito más, sobre todo con ellas. (sujeto 5)

Pues si hay doctores que... lo vi más que todo con el estrato y no tanto como por ser hombre o mujer. Pero si vi que había doctores que atendían en el Mario Correa y en Valle del Lili y uno notaba esa diferencia. En el Mario Correa los trataban más fuerte eran un poquito más groseros con los pacientes y en cambio aquí en Valle del Lili el trato era super distinto (Sujeto 3)

Sin embargo, según el sujeto 3, quien nos comenta que “*nosotros si como que teníamos muy claro que no teníamos por qué discriminar a nadie ni por ser hombre, ni por ser mujer, estrato por nada eso*” dando lugar a que los médicos recién graduados son conscientes de este cambio en el trato y saben que no deben hacer lo mismo ya que se debe tratar a todos por igual sin importar el origen y la edad, como nos expone el Sujeto 1

considero que los médicos que están saliendo ahora son más conscientes de la necesidad de un buen trato hacia la mujer y darle un trato igualitario respecto al hombre o mejor porque además se tiene en cuenta que tiene necesidades diferentes respecto a las de un hombre. (sujeto 1)

Lo expuesto anteriormente es un ejemplo de cómo cambia el sentido común entre generaciones, la construcción del trato apropiado hacia pacientes cambia de acuerdo con las tendencias en la comunidad médica y en la sociedad, las cuales recientemente han tenido gran influencia en los derechos de la mujer.

Por otra parte, es pertinente retomar el concepto de anclaje, que consiste en el segundo momento de formación de una RS en la cual la misma representación cumple sus tres funciones principales, que consisten en 1) integrar la nueva información en el sistema de pensamiento, 2) poder interpretar y comunicar la realidad, 3) orientar las conductas y relaciones con los demás.

Esta última función se logró distinguir dado que los participantes mencionaron como su comportamiento difiere al que veían en algunos de sus profesores, esto en respuesta a los cambios positivos de sus RS en cuanto a la mujer como paciente y el reconocimiento del trato igualitario, influenciados por las narrativas predominantes la sociedad y en especial la medicina.

Asimismo, algunos entrevistados consideran que hay actitudes dentro de la comunidad médica que tienden a ser machistas que, como nos exponían los entrevistados, son modos de comportamientos que replican inconscientemente. Según las personas entrevistadas:

hay doctores que tienen unas conductas... no sé si machistas, pero que violentan a la mujer en esos escenarios con comentarios que parecen inocentes... pero son malucos y tiene ese trasfondo de machista (Sujeto 5)

algunas mamás han tenido varios hijos, han estado embarazadas varias veces, son mamás jóvenes, no quieren planificar, entonces eso si genera un estigma mucho más marcado que es entre los médicos y eso lo he visto en todo lado... juzgan que se vea una niña de 20 años que este en su tercer embarazo, además que ni siquiera le preguntan que si quiere planificar sino que de entrada le dicen ¿con qué vas a planificar? porque están buscando prevenir el embarazo adolescente... como acá en Colombia eso es un problema de salud pública, el embarazo adolescente porque eso genera problemas sociales porque eso genera círculos de pobreza, una mamá soltera, con 3 hijos, generalmente ese tipo de pacientes, lo que yo vi es que es gente con bajo nivel socioeconómico, de educación, es verdad, no tienen el mismo conocimiento de planificación, tienen muchos mitos (Sujeto 4)

Pues creo que si es un problema bastante prevalente sobre todo en las comunidades más alejadas porque es en los lugares que se encuentran embarazos no deseados que está ligado a los embarazos en pacientes de edades extremas, ya sea mujeres muy jóvenes o muy adultas por situaciones religiosa o de pareja no planifican y terminan teniendo esos embarazos (Entrevista, Sujeto 2)

7. Conclusiones

En este último apartado se presentan algunas reflexiones finales a cerca de lo encontrado en la investigación llevada a cabo. Se debe resaltar que, las instituciones de salud juegan un papel importante en el desarrollo del conocimiento del estudiante frente a la depresión postparto, influyendo directamente en cómo se interactúa con el diagnóstico para remitirla al profesional más indicado. En este caso, los estudiantes que llevaban los casos clínicos de mujeres con DPP, destacaron la importancia de llevar un registro y hacer el debido chequeo de la salud mental de las madres, no obstante, afirmaban que en lo enseñado por las instituciones se especificaba un protocolo de seguimiento, sin embargo, no el más idóneo; entonces, se puede evidenciar una brecha de desconocimiento en cuanto a la información que estos recibieron. Así pues, es posible que la formación universitaria donde llevan a cabo las rotaciones no tenga el propósito de profundizar frente a este tema. Asimismo, la mayoría de los entrevistados no demuestran gran conocimiento frente a la DPP, porque al igual que las instituciones formativas no están interesadas en la formación conjunta de la obstetricia, la ginecología y la psiquiatría hacia los estudiantes de medicina.

Por otro lado, durante las entrevistas se evidenció un discurso entre los recién graduados, estos afirmaban que las mujeres embarazadas con bajo nivel socioeconómico tienen mayor posibilidad de sufrir depresión postparto; sin embargo, en algunas ocasiones concluían que es un diagnóstico que puede presentarse en cualquier mujer sin importar su contexto y condiciones sociales. Los planteamientos por parte de los entrevistados demuestran que, aunque aún se puede observar pensamientos impregnados de las representaciones sociales de generaciones médicas pasadas, hay un cambio en el paradigma de los jóvenes frente a la salud mental, la DPP y las mujeres que padecen la condición. Esto con el propósito de brindar un mejor servicio a las mujeres

con el fin de generar un impacto positivo con su labor como médicos y lograr una visión del paciente más completa.

Lo dicho previamente, se puede evidenciar en la investigación hecha por Estrada-Mesa et al, (2016), en la cual hallaron que sigue predominando el paradigma mecanicista sobre el paciente, es decir que prima la visión del cuerpo sobre el dualismo mente y cuerpo. Este es un discurso constante que permanece entre generaciones de médicos a pesar de que se está observando un cambio en los futuros profesionales de la salud. De igual manera, como dice Heshiki-Nakandakar, et al, (2013), la dinámica hospitalaria en la que se incorporan los estudiantes de la salud influye en la propagación de las representaciones sociales entre la comunidad médica.

Para finalizar, se deben tener en cuenta las limitaciones de este estudio, ya que fue de carácter exploratorio. Su propósito fue conocer acerca de las representaciones de la DPP a través del conocimiento de los recién graduados de medicina, ya que, al ser un tema delicado, hablar directamente con mujeres afectadas presentaba un riesgo mayor hacia las mujeres. Otra limitación presentada se dio en cuanto al interés de la población frente al tema estudiado, lo cual pudo presentar sesgos frente a la información suministrada durante las entrevistas. Por otro lado, para futuras investigaciones, se puede indagar directamente con personas especializadas e incluso profesores de estas áreas para comprender, cómo lo han aprendido y lo reproducen con sus estudiantes. En suma, esta tesis no pretende tener un tono conclusivo, si no incitar a nuevos debates e interrogantes que pueden incluir más áreas de la salud física y mental.

Referencias

Álvarez Bermúdez, J. (2006) *Estudios de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial. Madrid: Ed. Trillas*

Álvarez, J. L. (2009). *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales / Representaciones Sociales*. Universidad Complutense de Madrid; Plaza y Valdéz. [https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones_sociales.htm#:~:text=Para%20Durkheim%20\(1898\)%20las%20representaciones](https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones_sociales.htm#:~:text=Para%20Durkheim%20(1898)%20las%20representaciones)

Bonilla-Sepúlveda, Ó. A. (2010). Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 207+.

Borda Pérez, M. de los A., Forero, C., Ahcar Cabarcas, N., Hinestrosa, C., Polo Lobo, S., Staaden Garavito, M., & Valencia Mejía, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño de Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29(3). Recuperado a partir de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4775>

Canaval, G. E., González, M. C., Martínez-Schallmoser, L., Tovar, M. C., & Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1), 4-10.

Canavate, D. L. (1999). Representaciones sociales de maternidad y paternidad en cinco ciudades colombianas. *Reflexión política*, 1(2).

Cegarra, J. (2012). Fundamentos teórico-epistemológicos de los Imaginarios Sociales. *Cinta De Moebio*, (43), 01-13. doi:10.4067/s0717-554x2012000100001

Chávez-Courtois, M., & González-Pacheco, I. (2008). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(1), 101-111.

Contreras-García, Y., Rodríguez, P. S., & Manríquez-Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1), 1-13.

Davies, M. (1990). Women and Health: Report on the First African Regional Meeting. *Development*, (1), 83-85.

Davidson, P. M., McGrath, S. J., Meleis, A. I., Stern, P., DiGiacomo, M., Dharmendra, T., Correa-de-Araujo, R., Campbell, J. C., Hochleitner, M., Messias, D. K. H., Brown, H., Teitelman, A., Sindhu, S., Reesman, K., Richter, S., Sommers, M. S., Schaeffer, D., Stringer, M., Sampselle, C., & Anderson, D. (2011). The Health of Women and Girls Determines the Health and Well-Being of Our Modern World: A White Paper From the International Council on Women's Health

Issues. *Health Care for Women International*, 32(10), 870–886.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2011.603872>

Denzin, Y. S., Lincoln, N. K. (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.

Estrada Mesa, D. A., Cardona Arias, J. A., & Muñoz Echavarría, A. E. (2016). *Representaciones sociales sobre el cuerpo en estudiantes de Medicina, Medellín, 2014*.

Fajardo, A. (2018). *Imaginarios sociales relacionados con la salud mental y su incidencia en la inclusión social comunitaria. Estudio comparativo en dos grupos poblacionales*. [Tesis de maestría, Iberoamericana corporación universitaria].

Forder, P. M., Rich, J., Harris, S., Chojenta, C., Reilly, N., Austin, M. P., & Loxton, D. (2019). Honesty and comfort levels in mothers when screened for perinatal depression and anxiety. *Women and birth*, 33(2), e142-e150.

Gamero, M. (2007). La contemplación del mundo en la sociedad contemporánea en base a la construcción de imaginarios sociales. *Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, 14. Recuperado de: <https://www.um.es/tonosdigital/znum14/secciones/tritonos-1-imaginarios.htm>

Gaviria, S. L., Duque, M., Vergel, J., & Restrepo, D. (2019). Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 166-173.

Gómez-Sotelo, Á., Gutiérrez-Malaver, M. E., Izzedin-Bouquet, R., Sánchez-Martínez, L. M., Herrera-Medina, N. E., & Ballesteros-Cabrera, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Pública, 14*, 189-199.

Guerra, A. M., Pérez, Davalos. M. D., & Martínez, A. C. (2017). Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 46*(4), 215-221.

Heshiki-Nakandakari, L., Osornio-Castillo, L., Sánchez de Tagle-Herrera, R., Valadez-Nava, S., & Domínguez-Álvarez, E. (2013). Representaciones sociales de alumnos y docentes sobre el módulo de clínica integral de la carrera de médico cirujano. *Investigación en educación médica, 2*(7), 129-134

Huber, M. O., Jiménez, M. R., & Largo, A. M. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: Consideraciones clínicas. *Summa Psicológica UST, 12*(1), 77-87.

Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25*(6), 1019-1028.

Kozulin, A. (1998). *Psychological tools: A sociocultural approach to education*. Harvard University Press

Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: Detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149.

Lara-Cinisomo, S., Clark, C. T., & Wood, J. (2018). Increasing diagnosis and treatment of perinatal depression in Latinas and African American women: Addressing stigma is not enough. *Women's Health Issues*, 28(3), 201-204.

Latorre Chávez, R., Robledo Vallejos, P., & Nieto Araos, N. (2019). Representaciones socioculturales de género en estudiantes secundarios/as y violencias de género en la escuela. *Ultima Década*, 27(52), 3–24. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362019000200003>

León, L. M. P., de la Cruz, S. F., & Pérez, C. F. (2017). Representaciones sociales y Medicina tradicional. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(1), 59-73.

Llinares Insa, L., Benedito Monleón, M. A., & Piqueras Espallargas, Á. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 22(2), 318-327.

Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 58-65.

Martínez-Salgado, C. (2011). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619.

Medina Maldonado, V.E., Torres Torres, L.M., & Navarro de Sáez, M.J. (2013). Grupo Focal de discusión como herramienta para el estudio de las relaciones de género en miembros de una comunidad urbana. *Enfermería Global*, 12(29), 436-449.

Mella, O. (2000). *Grupos focales ("focus groups")*. *Técnica de investigación cualitativa* [documento de trabajo, Universidad Alberto Hurtado].

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 1(2).

Mori, V. D., & Rey, F. L. G. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Revista cs*, (5), 221-240.

Moscovici, S. (1981). Representaciones sociales. *Universidad Complutense de Madrid*.

National Institute of Mental Health (2020). *Depresión perinatal*. United States. *National Institute of Mental Health* Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal/index.shtml>

Organización Mundial de la Salud, (2011) *Prevalencia y determinantes de los trastornos mentales perinatales frecuentes en mujeres en países de ingresos bajos y medios-bajos: examen sistemático*. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/11-091850/en/>

Organización Mundial de la Salud, (2013) *Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*.

Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-109819/en/>

Organización Mundial de la Salud, (2017) Día mundial de la salud. *Campañas mundiales de la salud pública de la OMS*. Recuperado de **Error! Hyperlink reference not valid.**

Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión* [Fact Sheet]. Recuperado de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Osma Zambrano, S. E., Lozano Osma, M. D., Mojica Perilla, M., & Redondo Rodríguez, S. (2019). Prevalence of depression and anxiety, and associated variables among expectant mothers in Bucaramanga and Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*, 22(2), 186-199.

Ospina Romero, A. M, Muñoz de Rodríguez, L., y Ruiz de Cárdenas, CH (2012). Proceso de afrontamiento y adaptación durante el puerperio. *Colombia Médica*, 43 (2), 167-174.

Piña Osorio, J. M, & Cuevas Cajiga, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124. Recuperado en 26 de marzo de 2021, de **Error! Hyperlink reference not valid..**

Ponce, N. N. M., de Verano Delfín, P., & Rentería, M. L. C. Representaciones sociales sobre maternidad en mujeres sin hijos egresadas de la Universidad.

Ricardo-Ramírez, C., Álvarez-Gómez, M., Ocampo-Saldarriaga, M. V., & Tirado-Otálvaro, A. F. (2015). Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecología*, 66(2), 94. <https://doi.org/10.18597/rcog.11>

Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Ferreira, M. de A., Queiroz, A. B. A., Barbosa, D. F. da C., & Fialho, A. V. de M. (2013). Social representations of women in pregnancy, postpartum, and educational actions. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(4). <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134287>

Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C., & Huynh-Nhu, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99.

Sanit, G. Imaginarios: teorías. (2010). *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 433. doi:10.1016/j.gaceta.2010.06.005

Segre, L. S., & Davis, W. N. (2013). Postpartum support international & the DSM 5. *Postpartum Support International (PSI)* Recuperado de <https://www.postpartum.net/professionals/postpartum-support-international-the-dsm5/>

Simpson, S. H. (1994). The health of women: A global perspective. Edited by M. Koblinsky, J. Timyan, and J. Gay. Boulder: Westview Press. 1993. *American Journal of Human Biology*, 6(2), 264–265. <https://doi.org/10.1002/ajhb.1310060217>

Tadele, M., Bikila, D., Fite, R. O., & Obsa, M. S. (2020). Maternal satisfaction towards childbirth Service in Public Health Facilities at Adama town, Ethiopia. *Reproductive Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00911-0>

Tobore, T. O. (2020). On maternal post-partum/natal depression. A global underrecognized problem and the need for better treatment strategies. *Psychiatry Research*, 113163.

Vargas-Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139.

Vera, Héctor (2002). Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim. *Sociológica*, 17(50),103-121. [fecha de Consulta 21 de marzo de 2021]. ISSN: 0187-0173. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305026563005>

Vidal Fernández, H., & González, G. (2010). Representaciones sociales de la maternidad en mujeres sin hijos (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano).