

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**FACTORES DEMOGRAFICOS, PSICOSOCIALES  
Y TRADICIONALISMO FEMENINO Y SU ASOCIACION  
CON SINTOMATOLOGIA ANSIOSA  
Y DEPRESIVA DURANTE EL EMBARAZO**

Por

**DRA. BEATRIZ ELENA IBARRA YRUEGAS**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA  
OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA GENERAL**

**FEBRERO 2015**

FACTORES DEMOGRÁFICOS, PSICOSOCIALES Y TRADICIONALISMO  
FEMENINO Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y  
DEPRESIVA DURANTE EL EMBARAZO

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dra. Ma. Asunción Lara Cantú**  
Directora de la tesis



---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza**  
Coordinador de Enseñanza



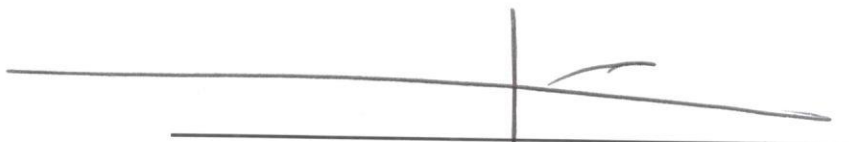
---

**Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés**  
Coordinador de Investigación



---

**Dr. Ricardo Salinas Ruiz**  
Jefe de Departamento



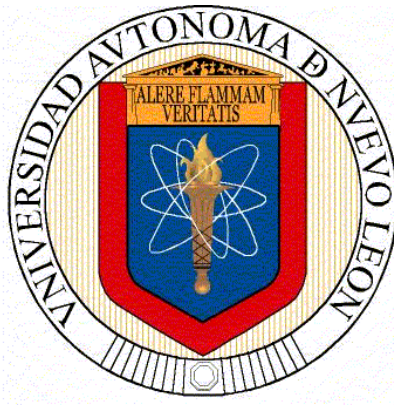
---

**Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado**  
Subdirector de Estudios de Posgrado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**FACTORES DEMOGRÁFICOS, PSICOSOCIALES Y TRADICIONALISMO  
FEMENINO Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y  
DEPRESIVA DURANTE EL EMBARAZO**

---

Por

Dra. Beatriz Elena Ibarra Yruegas

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL**

FEBRERO, 2015

FACTORES DEMOGRÁFICOS, PSICOSOCIALES Y TRADICIONALISMO  
FEMENINO Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y  
DEPRESIVA DURANTE EL EMBARAZO

**Aprobación de la tesis:**

---

**Dra. Ma. Asunción Lara Cantú**  
**Directora de la tesis**

---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza**  
**Coordinador de Enseñanza**

---

**Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés**  
**Coordinador de Investigación**

---

**Dr. Ricardo Salinas Ruiz**  
**Jefe de Departamento**

---

**Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León, a la Facultad de Medicina, al Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, al Departamento de Psiquiatría y Departamento de Ginecología y Obstetricia, a todos los valiosos trabajadores administrativos, clínicos y académicos, por haberme acogido durante mi formación y por su ayuda para la realización de este trabajo.

A la Dra. Ma. Asunción Lara, por compartir conmigo su tiempo, por su paciencia, y por guiarme paso a paso durante todo el proceso, gracias por impulsarme siempre a mejorar.

A la Dra. Adelina Alcorta por sus consejos, por su disposición y por estar siempre presente.

Al Dr. Omar Kawas, por ser desde hace años mi tutor y amigo, por compartir conmigo sus conocimientos, y por todas sus enseñanzas, gracias doctor por siempre motivarme a crecer personal y profesionalmente.

A la Dra. Rita Pecero, por guiarme desde el inicio de mi formación académica, por sus comentarios de aliento y apoyo en todo momento.

A la Dra. Celeste Núñez, quién aunque no culmina con nosotros este proyecto, gracias por poner los ingredientes iniciales y ayudarme a aterrizar mis ideas.

Agradezco de manera muy especial a Laura Navarrete y a Lourdes Nieto, por su orientación, su apoyo, y su ayuda para realizar este trabajo, gracias por estar siempre dispuestas a compartir sus conocimientos conmigo, pero sobre todo muchas gracias por su amistad.

A todos mis compañeros, Magdalena, Esteban, Karla, David, Cynthia, Cesar, Amaury y Arianne. A mi co-terapeuta y gran amiga Diana, muchas gracias por tu amistad y apoyo, a mi hermosa hermana Lídice por su ayuda directo o indirectamente durante todo el proceso, por su compañía, sus consejos, y su efecto buffer.

A mi madre, por alentarme, por ser mi ejemplo, gracias por ayudarme, apoyarme, y creer en mí en todos y cada uno de los proyectos que he emprendido en mi vida, mamá te adoro.

A mi mejor amigo, y compañero de vida, Rodri, gracias por tu amor, tu paciencia, y tu comprensión, y por estar tan pendiente en todo momento, te amo Rodri.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: Depresión.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 2: Depresión en el embarazo.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPITULO 3: Ansiedad.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 4: Ansiedad en el embarazo.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 5: Tradicionalismo femenino.....</b>	<b>21</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>25</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>25</b>
<b>Pregunta de investigación.....</b>	<b>26</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>27</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>27</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>28</b>
<b>Muestra y población.....</b>	<b>28</b>
<b>Tipo de estudio.....</b>	<b>29</b>

<b>Instrumentos.....</b>	<b>29</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>34</b>
<b>Consideraciones éticas.....</b>	<b>37</b>
<b>Variables.....</b>	<b>38</b>
<b>Análisis estadístico.....</b>	<b>39</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>83</b>



## RESUMEN

**Antecedentes:** El embarazo es un período de grandes cambios físicos y emocionales. Los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes durante el embarazo. Se han reportado prevalencias de síntomas depresivos desde el 16% al 51%. La sintomatología ansiosa durante el embarazo también es frecuente, se han reportado prevalencias desde un 14% hasta el 60%. Algunos de los factores demográficos y psicosociales asociados a sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo son: ser soltera, bajo nivel de escolaridad, bajo ingreso, baja autoestima, embarazo no planeado, no deseado y no contar con apoyo social. Existen otros factores poco estudiados, por ejemplo, el tradicionalismo femenino que ha sido previamente asociado a mayor sintomatología mental. En México, los estudios de psicopatología en el embarazo se han enfocado a trastornos depresivos, poco se sabe acerca de los trastornos de ansiedad en esta etapa. Del mismo modo, la relación entre el tradicionalismo femenino y su asociación con psicopatología en el embarazo no se ha investigado.

**Objetivos:** identificar factores demográficos, psicosociales y de género, como es el tradicionalismo femenino, asociados a síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo, así como conocer la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo.

**Metodología:** se trata de un estudio descriptivo, no experimental y transversal, con una muestra de 250 embarazadas, de entre 18 y 42 años de edad, con una media de 25 años, en quienes se evaluaron síntomas depresivos por medio de la Escala Perinatal de Edimburgo (punto de corte  $\geq 12$ ); síntomas ansiosos por medio del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (punto de corte  $\geq 40$ ), variables demográficas, variables psicosociales por medio del Inventario de Predictores de Depresión Posparto, y tradicionalismo femenino mediante el Inventario Masculinidad-Feminidad. Las variables demográficas, psicosociales, y tradicionalismo femenino se analizaron a través de estadística descriptiva, al igual que las evaluaciones de los síntomas de ansiedad y depresión.

Para determinar la relación entre síntomas de depresión y ansiedad con las variables demográficas, psicosociales y tradicionalismo femenino se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrada y T. de Student, dependiendo el nivel de medición de las variables.

**Resultados:** La mayoría de las mujeres entrevistadas eran amas de casa, con un promedio de años de estudio correspondiente a nivel secundaria, el 40% reportó un estrato socioeconómico bajo, cerca del 80% vivía con su pareja. Cerca del 18% contaba con historia de aborto previo y un 10% presentaba alguna enfermedad médica de importancia.

Se encontró una prevalencia de síntomas depresivos en el embarazo de 19.2%, y de síntomas ansiosos estado y rasgo de 7.6% y 3.2% respectivamente.

Se observó una asociación entre variables demográficas y psicosociales (mayor número de hijos, estrato socioeconómico bajo, no contar con pareja, historia previa de depresión, embarazo no planeado y no deseado, presencia de síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo, menor autoestima, menor apoyo social, menor satisfacción marital y sucesos estresante en la vida) con síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo.

En relación al tradicionalismo femenino, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre alto tradicionalismo y síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo.

**Conclusiones:** La prevalencia de síntomas depresivos fue similar a lo reportado en la literatura, no así la prevalencia de síntomas ansiosos, que fue menor a lo esperado. Se encontraron variables asociadas a estos síntomas, como mayor número de hijos, estrato socioeconómico bajo, historia previa de depresión, síntomas ansiosos durante el embarazo, síntomas depresivos durante el embarazo, no tener pareja, menor autoestima, menor apoyo social, menor satisfacción marital, y sucesos estresantes en la vida.



## INTRODUCCIÓN

El embarazo es un período de grandes cambios físicos y emocionales. La transición a la maternidad implica un complejo proceso de reorganización de la propia identidad de la mujer, es un proceso dinámico, de gran permeabilidad y vulnerabilidad, de mayor sensibilidad a las interacciones, acompañado de inestabilidad emocional y sentimientos ambivalentes (Farkas y Santelices, 2008). Esto hace a la mujer susceptible a presentar síntomas emocionales o psicopatología.

La sintomatología depresiva durante el embarazo es común. A nivel internacional, a través de una revisión sistemática, Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson (2004) encontraron prevalencias que van de 8% a 31% en países desarrollados y de 20% a 51% en países de menor ingreso. En México se han reportado prevalencias de sintomatología depresiva durante el embarazo que oscilan desde 6.4% hasta 37% (Ceballos-Martínez, Sandoval-Jurado, Jaimes-Mundo, MedinaPeralta, Madera-Gamboa, y Fernández-Arias, 2010; Ortega, Lartigue, y Figueroa 2001; Lara, Navarro, Navarrete y Cabrera, 2006; Lara, Le, Letechipia, y Hochhausen, 2009; Lara, Navarrete, Nieto, Barba, Navarro, Lara-Tapia, 2015). La sintomatología ansiosa durante el embarazo también es frecuente. En la literatura internacional se han estimado prevalencias que van de 15.6 % a 59.5% (Faisal-Cury y Menezes, 2007; Lee et al., 2007;

Rubertsson, Hellström, Cros y Sydsjö, 2014). En México, Sainz-Aceves, Chávez-Ureña, Díaz-Contreras, Sandoval-Magaña y Robles-Romero (2013) hallaron una prevalencia global de 50.5% de sintomatología ansiosa en mujeres gestantes de entre 12 y 44 años de edad, y Navarrete, Lara, Navarro, Gómez y Morales (2012) encontraron una prevalencia de 14.8% en gestantes adultas.

A pesar de la alta prevalencia de trastornos mentales durante el embarazo, estos raramente son diagnosticados y tratados. De acuerdo con literatura internacional tan sólo del 5.5% al 22% de las mujeres embarazadas con diagnóstico de depresión y/o ansiedad reciben algún tipo de tratamiento (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström, y Bixo, 2006; Andersson, Sundström-Poromaa, Bixo, Wulff, Bondestam y Åström, 2003). En México reciben atención especializada sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental, (Medina-Mora, Borges, Aguilar-Gaxiola, Muñoz, Benjet, Jaimes, et al. 2003).

Algunos de los factores demográficos asociados a sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo son: ser soltera, bajo nivel de escolaridad, bajo ingreso mensual o vivir en situación de pobreza (Lancaster, Gold, Flynn, Yoo, Marcus, y Davis, 2010).

La pobreza ha sido identificada como uno de los predictores más fuertemente asociados a problemas de salud mental (DiGirolamo y Snyder, 2008). Ésta tiene particular significado en la población mexicana, en donde hay altos índices de pobreza y bajo nivel de escolaridad.

Se han identificado factores psicosociales de riesgo como el estrés, la carencia de apoyo social, la mala relación de pareja, entre otros (Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman, 1995). Sin embargo, existen otros factores poco estudiados, por ejemplo, el tradicionalismo femenino. El rol tradicional femenino se caracteriza por pasividad, dependencia, sumisión, abnegación, y un mayor enfoque en el cuidado de relaciones íntimas, entre otras características (Lara, 1991). A lo largo de la historia y en la literatura, las mujeres mexicanas han sido a menudo descritas como débiles, dependientes y pasivas, enfocadas en el papel de ser madre y ama de casa (DiGirolamo, y Snyder, 2008). Este rol se asocia con mayor sintomatología mental (McGrath, Keita, Strickland, Russo, 1990; Lara, 1991).

En México, los estudios de psicopatología en el embarazo se han enfocado a trastornos depresivos, poco se sabe acerca de los trastornos de ansiedad en esta etapa. Del mismo modo, la relación entre el tradicionalismo femenino y su asociación con psicopatología en el embarazo no se ha investigado.

Sabemos que la presencia de trastornos de ansiedad y depresión durante el embarazo pueden repercutir seriamente sobre la salud de la madre y del producto, ya que pueden conllevar a la madre a experimentar conductas de riesgo, tales como no buscar atención médica prenatal oportuna y al uso de sustancias (Bennett et al., 2004). Inclusive la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo se ha determinado como un importante predictor de depresión posparto (Bennett et al., 2004). Por lo tanto, el

reconocimiento y tratamiento oportuno de la sintomatología ansiosa y depresiva durante este período podría disminuir el impacto negativo en la madre y el infante.

Conocer las características de la población atendida con mayor frecuencia en los servicios públicos de salud en México, en particular en el área obstétrica, y determinar los factores de riesgo que predisponen a la aparición de síntomas ansiosos y depresivos, posee relevancia clínica ya que de esta manera podremos establecer estrategias de prevención dirigidas a población vulnerable y desarrollar opciones de tratamiento eficaces de acuerdo a las necesidades particulares de esta población. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre características demográficas, psicosociales y tradicionalismo femenino y la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas atendidas en servicios públicos de salud de la ciudad de Monterrey.



## **CAPITULO 1: DEPRESIÓN**

El trastorno depresivo mayor es reconocido mundialmente como uno de los más importantes problemas de salud pública. Se considera la enfermedad mental más común, y es la cuarta causa de discapacidad en el mundo (WHO, 2001).

El trastorno depresivo mayor de acuerdo al DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) (American Psychiatric Association, 2013) se caracteriza por, al menos 2 semanas, de estado de ánimo depresivo o pérdida del interés o placer en casi todas las actividades, acompañado por al menos otros cuatro síntomas de depresión de los 9 como: cambios en el patrón de sueño, en el apetito o peso, fatiga o pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos de desvalorización o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrente de muerte o ideación suicida.

El trastorno depresivo mayor puede ser clasificado como grave, moderado o leve, dependiendo del grado en que los síntomas interfieran con el funcionamiento social y ocupacional.

Existen dos modelos para clasificar la depresión: el modelo categórico y el modelo dimensional. En el modelo categórico, los pacientes son diagnosticados con depresión por medio de entrevistas diagnósticas de acuerdo a los sistemas de clasificación aceptados internacionalmente como son la CIE 10 (Clasificación

internacional de enfermedades, décima versión ) y el DSM V (APA, 2013). La ventaja del enfoque categórico es que es un método habitual de organizar y transmitir la información en la vida cotidiana y ha sido utilizado fundamentalmente en todos los sistemas de diagnóstico médico, ya que permite que los elementos para el diagnóstico sean homogéneos (Krueger, Watson y Barlow, 2005). En el modelo dimensional, que evalúa el trastorno, por medio de escalas de autorreporte, se mide la depresión como un continuo (Muñoz, Ying, Perez-Stable y Miranda, 1996; citado por Navarrete, 2003). Las ventajas del enfoque dimensional, sobre el enfoque categórico, son que permite describir la variación psicopatológica. En este sentido permite evaluar variaciones que van de lo normal a lo patológico, favoreciendo el diagnóstico de síntomas poco específicos, por ejemplo, ligeros grados de ansiedad o depresión (Krueger et al. 2005).

A nivel mundial, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía entre 4.2% y 17% (WHO, 2008). Estas cifras varían según el país, en México la prevalencia reportada para las mujeres ha sido de 10.4%, y de 5.4% para los hombres (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet, y Orozco, 2012), siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (APA, 2000). En México, los hallazgos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en población de entre 18 y 65 años de edad evidenciaron que las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer trastornos afectivos y ansiosos en comparación con los varones (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, y Berglund, 2007).

La edad media en que se presenta el primer episodio depresivo en hombres y mujeres mexicanos es de 27 años (Rafful, et al., 2012). Fleiz, Villatoro, Medina Mora, Moreno, Gutiérrez y Oliva, (2012) hallaron que la prevalencia de sintomatología depresiva severa (CES-D>24) en mujeres mexicanas es de 7.5 % y en hombres de 2.5 % (CES-D>24).

En cuanto a los factores de riesgo de síntomas o de depresión clínica, diferentes estudios en población de América Latina han encontrado los siguientes: ser mujer, baja escolaridad, bajo ingreso mensual, percepción subjetiva de ansiedad, fatiga, y tener comorbilidades médicas como asma y artritis reumatoide (Castilla-Puentes, Secin, Grau, Galeno, Mello, Peña, 2008). En población mexicana, también se han señalado los siguientes factores de riesgo: percibir el lugar de residencia como inseguro, ser divorciado (a) o separado (a). En las mujeres divorciadas el riesgo de depresión aumenta 2.2 veces más que en las casadas. Otros factores de riesgo son: abuso y/o dependencia de drogas y antecedente de abuso sexual, los cuales aumenta el riesgo de sintomatología depresiva de 5.3 y 5.8 veces, respectivamente (Fleiz et al., 2012).

## CAPITULO 2: DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

El embarazo forma parte natural de la vida de la mayoría de las mujeres y constituye una tarea reproductiva y evolutiva que gatilla un proceso de redefinición en la mujer en el cual ésta pasa a convertirse en madre (Oberman, 2001). Es un periodo dinámico (Cantwell y Cox, 2003) en el que se experimentan una serie de cambios físicos y psicológicos, por ejemplo; náuseas, vómito, cefalea, disminución de la libido, disminución de energía, alteraciones en el sueño, fatiga, preocupación por síntomas físicos, ansiedad asociada a la posibilidad de aborto involuntario, o bien relacionada al nacimiento del bebé (Torgersen y Curran, 2006; Maldonado-Duran, Saucedo-García, y Lartigue, 2008). Algunos de estos cambios se consideran médicamente normales, sin embargo, algunos otros pueden ser síntomas asociados con psicopatología (Cantwell y Cox, 2003).

La depresión es una afección frecuente durante el embarazo, por lo menos igual de frecuente que en mujeres no gestantes. Sin embargo, durante el embarazo los síntomas depresivos pueden pasar inadvertidos debido a su similitud con las molestias propias del embarazo (Gaynes et al., 2005).

A nivel mundial, la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo oscila entre 2% y 21% y la de sintomatología depresiva entre 8% y 31% (Bennett et al., 2004). En México, la prevalencia de sintomatología depresiva durante el

embarazo oscila entre 6.4% y 37% (Ceballos-Martínez, 2010; Ortega 2001; Lara et al., 2006; Lara et al., 2009, Lara et al., 2015).

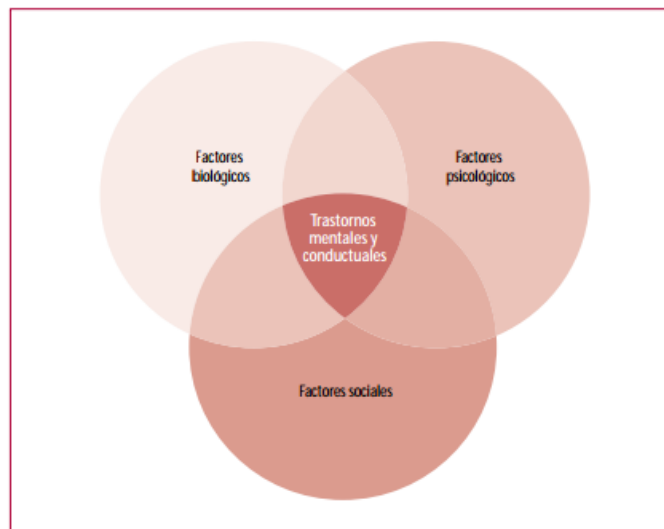
La prevalencia de sintomatología depresiva en el embarazo reportada en la literatura varía ampliamente (Gaynes et al., 2005), lo cual pudiera deberse a los diferentes instrumentos utilizados, puntos de corte, a las características de la población estudiada, o bien a la etapa del embarazo en la cual fue realizado el estudio. Sin embargo, la sintomatología depresiva medida a través de las siguientes escalas: Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EDPE) (Cox, Holden y Sagovsky, 1987), Inventario de Depresión de Beck (IDB) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977) han mostrado una alta especificidad en cuanto al diagnóstico de depresión mayor en mujeres embarazadas, aunque en algunos casos tienden a sobreestimar el diagnóstico (Gaynes et al., 2005).

Hoy en día, se sabe que la mayor parte de las enfermedades, son el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. La separación entre los factores biológicos por un lado y los factores psicológicos y sociales por el otro dificulta la plena comprensión de los trastornos mentales y del comportamiento ya que los trastornos mentales son el resultado de una interacción compleja de todos esos factores (Figura 1) (World Health Report, 2001). En cuanto a los factores biológicos que podrían estar implicados en la aparición de sintomatología depresiva durante el embarazo se encuentran las alteraciones genéticas, moleculares y bioquímicas que posiblemente representen

un componente esencial de los mecanismos neurobiológicos de la depresión (Caruncho y Rivera-Baltanás, 2010).

i

Figura 1. Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales



Fuente: World Health Report, 2001

El estado general de salud de la mujer también ha sido señalado como un importante factor de riesgo, ya que en algunos casos éste se asocia con abortos espontáneos y complicaciones obstétricas (Witt, Deleire, Hagen, Wichmann, Wisk y Spear, 2010; Golbasi, Kelleci, Kisacik, y Cetin, 2010; Ajinkya, Jadhav y Srivastava, 2013).

De acuerdo con la literatura internacional, la depresión durante el embarazo es más frecuente en mujeres con antecedentes de depresión y/o de pensamientos suicidas, con sintomatología ansiosa durante el embarazo, con

antecedentes de abortos involuntarios, multíparas, solteras, con escaso apoyo social y cuando el embarazo no fue planeado y/o deseado (Lancaster et al., 2010). Otros factores que también han sido señalados por algunos estudios son: la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo, bajo nivel de escolaridad, bajo ingreso mensual, ser víctima de violencia física, psicológica y/o sexual y altos niveles de neuroticismo en la madre (Anderson et al., 2002; Melo, Cecatti, Pacagnella, Leite, Vulcani, y Makuch, 2012; Faisal-Cury y Menezes, 2007; Bunevicius, Kusminskas, Bunevicius, Nadisauskiene, Jureniene y Pop, 2009). En México, similares factores de riesgo han sido observados (Lara et al., 2009; Ocampo, Heinze, Ontiveros, 2007).

Las mujeres con depresión durante el embarazo suelen presentar conductas poco saludables, por ejemplo; retardo en la búsqueda de atención prenatal o inadecuado control prenatal, inadecuada nutrición materna y uso de drogas (Bennett et al., 2004). Bennett et al, 2004 reportaron que en Estados Unidos la prevalencia de tabaquismo, consumo de alcohol y consumo de sustancias ilegales durante el embarazo es de 20.4, 18.8 y 5.5% respectivamente. Fumar durante el embarazo se asocia a insuficiencia placentaria, parto prematuro, bajo peso al nacer y síndrome de muerte súbita. El consumo de alcohol se ha relacionado con aborto espontáneo, retraso de crecimiento intrauterino, síndrome de alcoholismo fetal, retraso mental, problemas cognitivos y psicológicos en el infante (Wisborg, 2000; Hirshfeld-Becker et al., 2004; Mathews y MacDorman, 2006).

Es importante destacar que la depresión durante el período prenatal ha sido identificada como un fuerte predictor de depresión posparto (Alvarado, Rojas, Monardes, y Neves, 1992; Robertson, Grace, Wallington, y Stewart, 2004).



### **CAPITULO 3: ANSIEDAD**

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un sentimiento intenso y prolongado de miedo y angustia, a menudo acompañado por síntomas fisiológicos que por lo general, aparecen a edad temprana y presentan un curso recurrente e intermitente (Baxter, Scott, Vos y Whiteford et al., 2014; Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Chatterji, Lee, Ormel, 2009).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V), clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Trastorno de ansiedad no especificado

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia tanto de síntomas físicos como psicológicos, algunos de los síntomas físicos son: temblores, contracciones nerviosas, dolor de espalda, cefalea, tensión muscular, disnea, hiperventilación, fatigabilidad, reacciones de sobresalto, parestesias, disfagia, e hiperactividad autonómica la cual se caracteriza por rubor y palidez, taquicardia, palpitaciones, diaforesis, diarrea, manos frías, sequedad en la boca y aumento de frecuencia urinaria. Dentro de los síntomas psicológicos más frecuentes se encuentra el miedo, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, insomnio y disminución de la libido (Sadock, Kaplan y Sadock (2007). Es importante destacar que la mayoría de las personas que padecen trastornos de ansiedad no buscan tratamiento, particularmente aquellos con síntomas menos graves (Baxter et al., 2014).

A nivel mundial, la prevalencia de los trastornos de ansiedad es 7.3% (IC 95% 4.8 a 10.9%), lo que sugiere que una de cada 14 personas en todo el mundo padecerá un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida; y uno de cada nueve (11.6%, IC del 95% 7.6 a 17.7%) experimentará un trastorno de ansiedad en un año determinado (Baxter et al., 2013). En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), los trastornos de ansiedad se presentan en un 14.3% de la población a lo largo de la vida (Medina-Mora et al., 2003).

Dentro de los factores de riesgo descritos para presentar trastornos de ansiedad se encuentra el género. Estudios epidemiológicos estiman una relación de 2:1, siendo más frecuente en mujeres (Craske y Zucker, 2001), excepto en los casos de fobia social que es más frecuente en hombres (Grant, Ruan, Goldstein, Compton, Pickering, Pulay, 2008). Las diferencias de género se han atribuido a varios factores, incluyendo el temperamento y variables biológicas, estereotipos socioculturales, estrés y traumas (Craske y Zucker, 2001).

Otro factor asociado a la presencia de trastorno de ansiedad es la edad. Los adultos mayores (55 años o más) fueron 20 % menos propensos a sufrir ansiedad en comparación con los adultos jóvenes (35-54 años) (Baxter et al., 2013).

Además de esto, bajo ingreso familiar o individual se ha relacionado con aumento de riesgo para presentar trastornos de ansiedad (Baxter et al., 2013, Grant et al., 2008). Por otra parte un bajo nivel de escolaridad también ha sido asociado a trastornos de ansiedad (Prina, Ferri, Guerra, Brayne, y Prince, 2011).

La aparición aguda de trastornos de ansiedad está ligada a eventos estresantes, además estudios realizados en adultos indican que la presencia de estrés durante períodos de meses y años predice la aparición de sintomatología ansiosa (Craske y Zucker, 2001).

Como se mencionó anteriormente, existen dos formas de clasificación para los trastornos mentales, la dimensional y la categórica. En este trabajo utilizaremos la clasificación dimensional, ya que se utilizará el inventario de

Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), que es una escala de autorreporte.

## CAPITULO 4: ANSIEDAD EN EL EMBARAZO

Como ya se ha mencionado, el embarazo es una etapa de cambios y trascendencia, en donde se produce un alto nivel de estrés que pone en juego la capacidad de adaptación tanto para la mujer como para los miembros de la familia (Pimentel-Sarzuri, 2007).

La mayoría de las investigaciones sobre la psicopatología en el embarazo se han enfocado al estudio de la depresión. Así, pocos son los datos que existen acerca de la sintomatología ansiosa durante éste período (Faisal-Cury y Menezes 2007). No obstante, la ansiedad es un trastorno común entre las mujeres embarazadas (Rubertsson et al., 2014; Lee et al., 2007).

En la literatura internacional la prevalencia oscila de 15.6% (puntuaciones del Hospital Anxiety Depression Scale [HADS-A]  $\geq 8$ ) (Rubertsson et al., 2014), a 59.5% (punto de corte de 40=41) (Faisal-Cury y Menezes, 2007). Probablemente estas diferencias se deban a los diferentes instrumentos utilizados, puntos de corte, y diferencias en la población estudiada.

En un estudio longitudinal, Lee et al., (2007) reportaron una prevalencia de ansiedad prenatal de 36.3 % durante el primer trimestre, 32.3% durante el segundo y 35.8 para el tercer trimestre. Nasreen, Kabir, Forsell y Edhborg, (2011) reportaron una prevalencia de ansiedad durante el embarazo de (STAI  $\geq$

45) 29,4%. Adewuya, Ola, Aloba y Mapayi et al. (2006), reportaron una tasa de prevalencia de ansiedad durante el embarazo de 39.0% y lo compararon con un grupo control, encontrando una tasa de prevalencia de 16.3% en población no embarazada.

En un estudio realizado en México, con una muestra de 103 embarazadas de 12 a 39 años de edad, se encontró una prevalencia global de síntomas ansiosos del 50.5% (Sainz-Aceves et al., 2013) y 14.7% con la escala de ansiedad del Inventario de Síntomas SCL-90 (por sus siglas en inglés) (Navarrete et al., 2012).

Una amplia variedad de factores biológicos, sociales y psicológicos han sido asociados con la presencia de sintomatología ansiosa durante el embarazo. En cuanto a los factores biológicos, se ha reportado que las personas con trastornos de ansiedad tienen una variante polimórfica del gen asociado con el metabolismo del transportador de serotonina (Sadock y Kaplan, 2007). Estas alteraciones genéticas en combinación con factores ambientales podrían precipitar la aparición o exacerbar los síntomas de ansiedad durante el embarazo.

Por su parte, los factores de riesgo sociales relacionados con la ansiedad prenatal son: vivir en situación de pobreza, tener bajo nivel educativo, ser desempleada, ser joven, vivir en condiciones de hacinamiento, no contar con pareja o encontrarse en un estado de insatisfacción marital, ser víctima de violencia de pareja, la falta de apoyo social y práctico, y el uso de alcohol y tabaco

(Adewuya et al., 2006; Faisal-Cury y Menezes, 2007; 2009; Karmaliani, Nargis Asad, Bann, Moss, McClure, Pasha, Wright, Goldenberg, 2009; Nasreen et al., 2011; Ali, Azam, Tabbusum y Moin, 2012; Rubertsson et al., 2014).

Respecto a los factores psicológicos relacionados con la ansiedad prenatal se encuentran: la historia previa de trastornos psiquiátricos, el uso de alcohol y de nicotina previo al embarazo, y la baja autoestima (Lee et al., 2007). De acuerdo con Lee et al. (2007) las mujeres embarazadas con baja autoestima tienen mayor dificultad para hacer frente a la multitud de retos y factores de estrés del embarazo y de desarrollo, por lo tanto, son más propensas a síntomas de ansiedad.

Los síntomas de ansiedad durante el embarazo afectan la salud de la madre y del bebé (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström, y Bixo, 2004; Kurki, 2000). De acuerdo con Rubertsson (2014) las mujeres con sintomatología ansiosa prenatal (HADS-A  $\geq$  puntuación 8) suelen presentar una mayor incidencia de pensamientos negativos acerca del futuro nacimiento del bebé. Además, se sabe que mujeres que están ansiosas en el último trimestre son las que tienen más dificultades para adaptarse a la función materna y poseen menor confianza en su capacidad para el cumplimiento de las exigencias de la maternidad (Lee et al., 2007), además de esto, la presencia de ansiedad durante el embarazo ha sido considerada como un importante predictor de depresión postparto (Lee et al., 2007). En México, también se ha visto que los síntomas de ansiedad en el embarazo predicen síntomas de ansiedad y depresión en el posparto (Navarrete et al., 2012). Así como también se ha ligado a un aumento de los síntomas

propios del embarazo como son náusea y vómito, y predispone al binomio madre e hijo a una serie de eventos obstétricos adversos como restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer y prematuridad. (Andersson et al., 2004).

La preclamsia es una de las complicaciones más graves del embarazo. La presencia de síntomas ansiosos en etapas tempranas ha sido asociado con esta patología, lo cual se explica, debido a que la ansiedad causa alteración en las hormonas vasoactivas y transmisores neuroendocrinos, lo cual se traduce en un aumento de la presión arterial. (Kurki, 2000).

Se ha sugerido que la ansiedad durante el embarazo afecta el desarrollo fetal e infantil (O'Connor, Heron, Golding y Glover, 2003). Al respecto, O'Connor et al. (2003) reporta resultados que indican que la ansiedad prenatal se asociada significativamente con un mayor riesgo de problemas graves de comportamiento y/o emocionales en los niños a los 81 meses, incluso después de tomar en cuenta riesgo obstétrico prenatal, los riesgos psicosociales, y estado de ánimo de la madre en la etapa posnatal.

Por otra parte, un estudio Belga destaca que la ansiedad excesiva al inicio del embarazo puede afectar el cerebro fetal y constituir un riesgo para impulsividad y trastornos cognitivos a los 14 y 15 años de edad, sugieren que podría ser un factor para el desarrollo de síntomas de TDAH (Bergh y Marcoen, 2004).



## CAPÍTULO 5: TRADICIONALISMO FEMENINO

De acuerdo con Unger (1994) los roles de género son el conjunto de creencias sociales acerca de cómo mujeres y hombres difieren dentro de una sociedad. Estas diferencias, tradicionalmente han sido consideradas como naturales, biológicas o innatas, pero los estudios antropológicos, sociológicos y psicológicos demuestran que son producto de los sistemas simbólicos en los que están inmersos hombres y mujeres, así como prácticas sociales culturalmente definidas (Urbano-Aljama et al, 2012).

El rol de género tradicional femenino, que se caracteriza por estar centrado en el ámbito privado, al cuidado de los miembros de la familia y atención a las tareas domésticas, incluye aspectos como sensibilidad, ternura, sumisión y dependencia (Pérez-Blasco y Serra, 1994).

Una de las teorías que hace mención acerca de la adquisición de la identidad de género femenina o masculina, es la teoría de las identificaciones, la cual plantea la noción de la adquisición de la identidad de género sobre la base de las identificaciones tempranas que realizan niñas y varones en nuestra cultura (Burin, 2010). Los procesos de identificación masculina hacen hincapié en la diferenciación de los otros, la negación de la relación afectiva con intimidad en el contacto físico. La representación social de la masculinidad no se asienta en los roles familiares sino extrafamiliares, especialmente laborales (Burin, 2010). Por

su parte, las mujeres aprenden roles básicamente familiares, reproductivos, pertinentes a los lazos personales y afectivos (Burin, 2010), el tradicionalismo femenino incluye aspectos como sensibilidad, ternura, sumisión y dependencia (Pérez y Serra, 1997).

Cavallé (2004) propone que “Tanto las cualidades masculinas como las femeninas están presentes en el hombre y en la mujer. Cuanto más madura sea la personalidad de una mujer, tanto más estará en contacto consciente con su interioridad masculina. Cuanto más maduro sea el hombre, tanto más integradas estarán en su personalidad sus íntimas cualidades femeninas” (Cavallé, 105-107, 2004, citado por Urbano-Aljama et al 2012).

Aunque en las últimas décadas ha existido una tendencia hacia la flexibilidad de roles de género y hacia la igualdad de oportunidades para las personas al margen de su sexo, también es evidente que hombres y mujeres siguen siendo socializados con normas y expectativas distintas en lo que concierne a la expresión de los sentimientos, la presión hacia el éxito en las tareas académicas o laborales, la participación en los trabajos domésticos, y el compromiso e interés por el cuidado de los demás (Poal, 1993 citado por Pérez y Serra, 1997).

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2005), ha incorporado el concepto de *género*, mismo que define como “los roles, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad en particular considera apropiados para hombres y mujeres” (OMS, 2005 citado por Ordorika, 2009).

Las investigaciones auspiciadas por esta institución han mostrado que el género tiene un peso fundamental en la salud mental de los sujetos:

“El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental (OMS, 2005 citado por Ordorika, 2009).

La importancia de este enfoque es que a diferencia de las teorías biológicas o psicológicas tradicionales, que vinculaban la prevalencia femenina en ciertos padecimientos con una debilidad física o psíquica de las mujeres, la OMS las relaciona con las situaciones sociales en las que éstas viven. Por ejemplo, los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamental de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para una proporción de hogares comprendida entre la cuarta y la tercera parte (OMS, 2005, citado por Ordorika, 2009).

Diversas dimensiones del género se han estudiado. Una de estas se refiere a la adopción de estereotipos de género, mismos que pueden aludir a aspectos de afectividad y sensibilidad hacia los demás o a aspectos de pasividad y sumisión (Lara, 1991). El rol tradicional femenino caracterizado por pasividad y sumisión se asocia con sintomatología depresiva y neuroticismo (Lara 1991). En

un estudio realizado por Szpitalak (2013), se encontró que niveles más altos de feminidad se encontraban asociados con mayor sintomatología depresiva tanto en hombres como en mujeres. Asimismo, Pérez y Serra (1997) reportaron una asociación entre aspectos ligados al tradicionalismo femenino y sintomatología ansiosa en mujeres. Mayor sintomatología depresiva también se observa en mujeres que adoptan un papel tradicional de pasividad y sumisión (Lara, 1991).

Sin embargo, la información acerca del tradicionalismo femenino y su asociación con sintomatología ansiosa y depresiva en el embarazo es escasa. En un estudio piloto realizado en México, (Lara y Navarrete, 2013. Reporte interno), se encontró que el apego a un alto tradicionalismo femenino se correlacionaba de manera significativa con bajos ingresos, la presencia de sucesos adversos, baja resiliencia, falta de satisfacción con la relación de pareja, y sintomatología depresiva en mujeres adultas en etapa perinatal.

## **METODOLOGÍA**

### **Planteamiento del problema**

El embarazo forma parte natural de la mayoría de las mujeres, y constituye una tarea reproductiva y evolutiva, que dispara un proceso de redefinición en la mujer en el cual pasa a convertirse en madre, es un proceso no falto de riesgos y en el cual la mujer debe prepararse física y psicológicamente (Farkas, 2008)

La transición hacia la maternidad requiere de complejos cambios cognitivos, afectivos y de comportamiento. Como sabemos algunos de los problemas de salud mental como depresión y ansiedad son más frecuentes en mujeres y se presentan generalmente en edad reproductiva, esto tiene particular importancia debido a las consecuencias adversas que la presencia de psicopatología pudiera ocasionar en el binomio madre-hijo.

Sabemos que la mayor parte de la población que acude a los servicios de salud públicos, específicamente en el área de obstetricia, son mujeres quienes por su condición económica se encuentran en mayor riesgo de psicopatología. Es de relevancia conocer de manera específica qué factores influyen en la salud mental de las mujeres embarazadas.

Uno de estos factores es el tradicionalismo femenino, el cual se ha relacionado a sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres. Sin embargo los datos acerca de la relación entre el tradicionalismo femenino y la psicopatología en el embarazo son escasos. En México, la salud mental perinatal ha sido poco estudiada. En Monterrey, solo se ha publicado un estudio sobre depresión perinatal (DeCastro et al., 2011). En cuanto al tradicionalismo femenino y los síntomas de ansiedad y depresión en gestantes, en México, solo se tiene constancia de un estudio piloto donde se encontró asociación entre el rol tradicional femenino y sintomatología depresiva durante el embarazo y el posparto (Lara y Navarrete 2013, informe interno). Así, estudiar estos aspectos en mujeres que asisten a servicios públicos de salud, de bajos recursos, en una zona urbana del norte del país, como Monterrey, proporcionará nueva información sobre la patología perinatal.

Por lo tanto, este trabajo pretende determinar si existe relación entre las características demográficas, psicosociales y el tradicionalismo femenino con la sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres gestantes que asisten a atención prenatal en un hospital público de la ciudad de Monterrey.

### **Pregunta de investigación**

¿Hay relación entre las características demográficas, psicosociales y el tradicionalismo femenino con la sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo?

## **Justificación**

La depresión y ansiedad en el embarazo son frecuentes y tienen serias consecuencias para la salud de la madre y del infante. De acuerdo con la literatura, estas patologías son más frecuentes en mujeres pobres, con papeles tradicionales y quienes no tienen pareja. Por lo que es muy importante poder determinar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes embarazadas y las condiciones de vida asociadas en nuestro medio. Así como también, es fundamental desarrollar estrategias preventivas dirigidas a población vulnerable y ofrecer alternativas de tratamiento, con el fin de brindar una atención integral durante el embarazo y reducir el riesgo de complicaciones perinatales.

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

- Identificar factores demográficos, psicosociales y de género asociados con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar la prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo.

- Determinar la prevalencia de síntomas ansiosos durante el embarazo
- Determinar la relación entre tradicionalismo femenino y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo.

### **Hipótesis de trabajo**

- Las mujeres con factores demográficos como menor edad, no tener pareja, menos años de estudio, bajo ingreso, amas de casa, presentarán alta sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo.
- Las mujeres con factores psicosociales como: embarazo no planeado, no deseado, historia previa de depresión, baja autoestima, menor apoyo social, menor satisfacción marital y con sucesos estresantes en la vida presentarán alta sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo.
- Las mujeres con perfil más tradicional presentarán alta sintomatología ansiosa y depresiva.

### **Muestra y población**

La población fue reclutada en un hospital de tercer nivel. Las pacientes que acudían a la consulta de control prenatal fueron invitadas a participar en el estudio en la sala de espera de la consulta de Obstetricia.



Los criterios de inclusión para dicho estudio fueron: ser mayor de 18 años de edad y presencia de embarazo confirmado mediante prueba inmunológica de embarazo o ecografía obstétrica. Los criterios de exclusión fueron: uso de algún psicofármaco durante los 6 meses previos al estudio, estar bajo tratamiento psicoterapéutico actual, ser menor de 18 años de edad, ser analfabeta o incapaz de realizar alguna de las escalas aplicadas.

Para cumplir con los objetivos se consideró un tamaño de muestra de 246 mujeres, con un error máximo aceptable del 5%, para obtener un nivel de confianza del 95%.

Se utilizó la siguiente fórmula 
$$n = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

### **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio descriptivo, no experimental y transversal.

### **Instrumentos**

#### **Características demográficas**

Se incluyeron preguntas sobre: edad, escolaridad, estado del cual es originaria, ocupación actual, ingreso percibido mensualmente. También se incluyeron preguntas acerca de las siguientes variables obstétricas: número de

embarazo actual, semanas de gestación, trimestre en el que inició consultas de control prenatal, abortos previos, y enfermedades médicas importantes.

### **Factores psicosociales de riesgo.**

Los factores de riesgo psicosocial se evaluaron a través del inventario de Predictores de Depresión Posparto Revisado (PDPI-R por sus siglas en inglés) diseñada por Records, Rice y Beck (2007), el cual tiene como objetivo identificar los factores de riesgo de la depresión durante el embarazo y el posparto. Se compone de 13 secciones que abarcan los siguientes factores de riesgo: estado civil, nivel socioeconómico, autoestima, depresión prenatal, ansiedad prenatal, embarazo planeado, historia de depresión, apoyo social, satisfacción de pareja, sucesos estresantes, problemas con el cuidado del bebé, temperamento infantil y tristeza posparto.

Existen dos versiones de este instrumento, la prenatal (conformada por 10 secciones, las tres secciones que no se aplican en la versión prenatal son: problemas con el cuidado del bebé, temperamento infantil y tristeza posparto) y la posparto (que consta de 13 subescalas). A través de estas preguntas se busca que los médicos identifiquen los problemas que pueden estar afectando emocionalmente a las mujeres. Las opciones de respuesta en cada pregunta son “sí” y “no” (Records, Rice y Beck 2007).

Es una escala de tamizaje que fue desarrollada a partir de un meta-análisis (Beck 1996 a, b) y de la experiencia clínica de los autores (Oppo et al 2009). Además, el PDPI -R se ha actualizado recientemente para permitir la

identificación de nuevos factores de riesgo (Beck, 2001). La escala prenatal reportó una sensibilidad de 76% y una especificidad de 54% con un punto de corte de 10.5 en población con sintomatología depresiva evaluada en el tercer trimestre de embarazo.

Se ha utilizado en varios países, incluidos Italia, México, Perú y Japón donde se han hecho traducciones del instrumento (Oppo, et al, 2009; Ikeda et al, 2013). Una versión en español ha sido evaluada Le et al. (2013) en población de mujeres salvadoreñas. Se encontró que 29.2% de las embarazadas presentó riesgo de depresión posparto (PDPI-R >10.5) tomando en cuenta todas las subescalas del inventario. La confiabilidad de la PDPI-R fue de  $\alpha=0.81$  y se observó una correlación significativa ( $p\leq 0.01$ ) de 0.40 entre el IDB y el PDPI-R

### **Síntomas de depresión**

Se midieron a través de la escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS por sus siglas en inglés) (Cox, Holden, y Sagovsky) que fue diseñada y validada para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación, su uso se ha extendido hasta casi cuatro años postparto. El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas; requiere únicamente de cinco minutos para ser respondida, y ha sido ampliamente aceptada por las mujeres en diversos ámbitos

La escala EPDS ha sido validada en población perinatal mexicana por Espíndola et al., (2004), quienes determinaron que con un punto de corte de 14 se alcanzaron valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad, siendo este el punto de mejor equilibrio entre ambas.

### **Síntomas de ansiedad**

Se evaluaron con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, State-Trait Anxiety Inventory. STAI, Spielberger, et al., 1970). El cual consiste en dos subescalas de 20 ítems cada una. El instrumento consta de dos partes, con 20 preguntas en cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Seis estudios han reportado el uso del IDARE en población perinatal. Un punto de corte mayor a 40 en ambas subescalas obteniendo una óptima sensibilidad (80.95%), especificidad (79.75%), valor predictor positivo (51.50%) y valor predictor negativo de (94.00%) para determinar casos de ansiedad en el tercer trimestre de embarazo (Barnett and Parker, 1985, 1986; Grant et al., 2008).

Barnett y Parker recomiendan puntos de corte para determinar grado alto de ansiedad de (igual o mayor a 40), moderado (32-33) bajo (igual o menor a 25) basado en la media de puntuación en una muestra de 94 primíparas (M=22.1, SD= 8.1; Barnett and Parker, 1985).

La validez predictiva del IDARE se ha demostrado en muestras perinatales (Engle et al., 1990; Meades y Ayers, 2011). Una puntuación de ansiedad rasgo mayor a 40 se asoció con un aumento de seis veces en los trastornos de ansiedad después del parto (odds ratio = 6,44, CI = 1.28-32.28). En México, Rojas-Carrasco (2010) encontró cargas factoriales adecuadas para el IDARE y los coeficientes de confiabilidad fueron superiores a 0.83.

### **Tradicionalismo femenino**

El tradicionalismo femenino se evaluó a través de una versión corta de la escala de tradicionalismo femenino del Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE) (Lara, 1993). Ésta escala mide rasgos de personalidad asociados al género y se basa en los papeles y estereotipos de la cultura mexicana. Consta de cuatro subescalas, compuestas cada una por 15 reactivos (en total 60) que evalúan rasgos de: masculinidad, feminidad, machismo y sumisión. Cada característica es evaluada en una escala tipo Likert de siete puntos, desde 1 (Nunca o casi nunca soy así) hasta 7 (Siempre o casi siempre soy así). La validación original de este instrumento se basó en los datos obtenidos con 1301 mexicanos varones y mujeres entre 17 y 70 años, los cuales mostraron tres factores que explicaban el 33.3 % de la varianza e índices de confiabilidad que oscilaron entre .74 y .92 (Lara & Rodríguez, 1989).

En este estudio se utilizó únicamente una versión corta (8/15 reactivos) la escala de pasividad-sumisión: sumisa, indecisa, de personalidad débil, resignada, cobarde, retraída, tímida y conformista. Las propiedades de esta escala corta se evaluaron en un estudio piloto (Lara & Navarrete, 2013. Reporte interno). La consistencia interna en embarazadas (n= 27) fue aceptable ( $\alpha=0.81$ ), lo mismo que en púerperas (n= 27) ( $\alpha=0.85$ ). La validez de constructo también fue adecuada, en cuanto que se observaron correlaciones significativas en el sentido esperado entre el tradicionalismo femenino y la salud mental positiva (Inventario de Resiliencia, IRES) ( $r= -0.65$ ,  $p < 0.01$ ), con sintomatología depresiva (CES-D,) ( $r= 0.58$ ,  $p < 0.05$ ;) y (PHQ-9,) ( $r= 0.50$ ,  $p < 0.05$ ); con la escala de satisfacción marital del PDPI-R ( $r= 0.58$ ,  $p < 0.05$ ) y sucesos estresantes ( $r= 0.32$ ,  $p < 0.05$ ). En el puerperio, las correlaciones fueron significativas con el CES-D ( $r=0.54$ ,  $p < 0.01$ ), el PHQ-9 ( $r=0.53$ ,  $p < 0.05$ ) y los síntomas de ansiedad de la subescala de ansiedad del SCL-90 ( $r=0.43$ ,  $p < 0.05$ ).

### **Procedimiento**

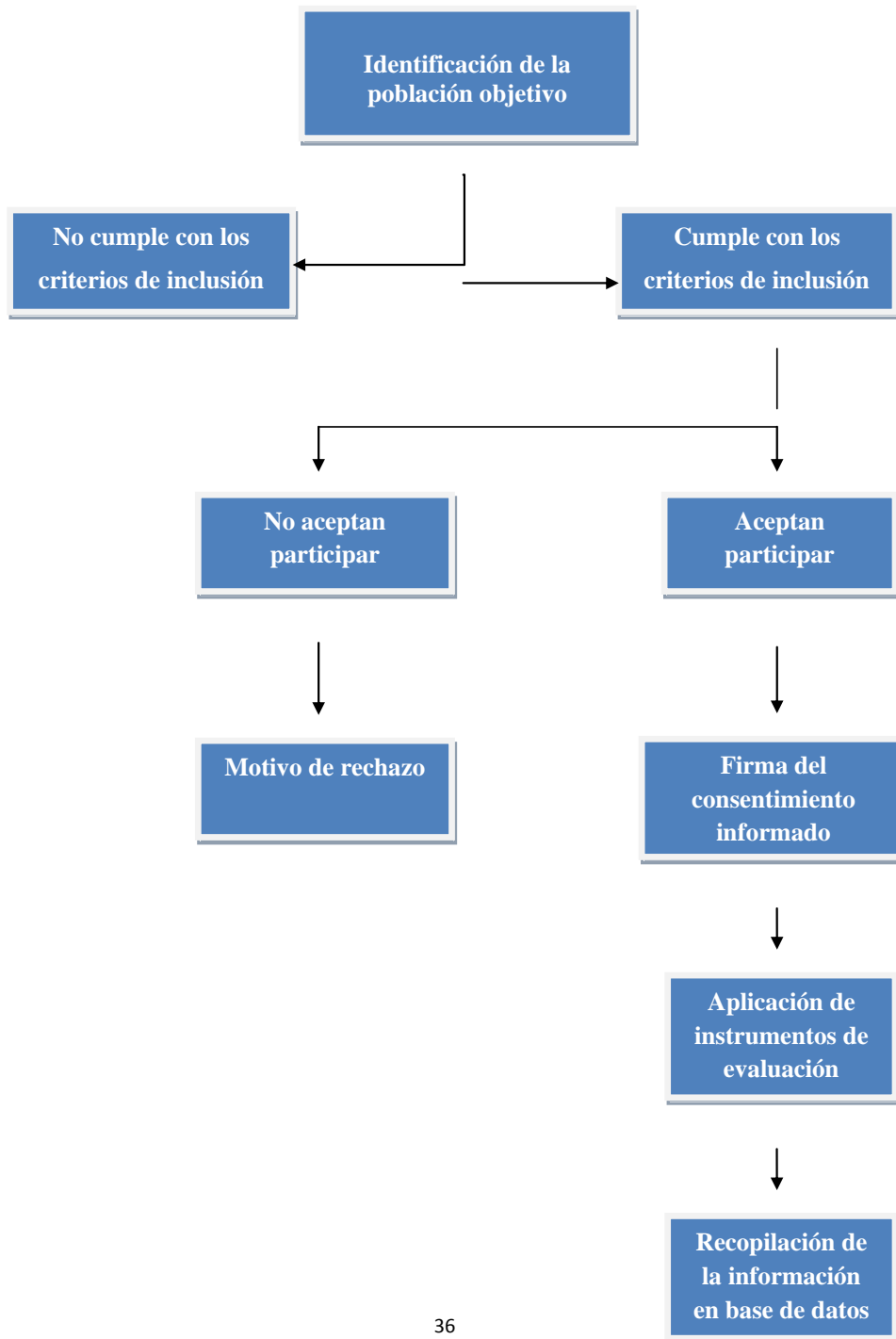
El abordaje de las participantes se llevó a cabo en la sala de espera del Servicio de Ginecología y Obstetricia, mientras las pacientes que asistían a consulta de control prenatal esperaban su turno. Se llenó la ficha de identificación y datos generales. Las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó a detalle de qué trataba el proyecto y se les invitó a

participar en el estudio. Si la paciente aceptaba participar, se daba lectura y se le explicaba el consentimiento informado. Posterior a la firma del consentimiento informado, se procedió a realizar la entrevista semiestructurada, iniciando con el llenado de la encuesta de datos demográficos y posteriormente con las escalas psicológicas (Figura 1).

Los cuestionarios de evaluación fueron aplicados por residente de psiquiatría, en un consultorio, lo cual permitió proveer de un ambiente privado. Al finalizar la entrevista se entregó un tríptico a cada una de las participantes, el cual contenía información sobre salud mental durante el embarazo y orientación sobre las instituciones a las cuales podrían acudir las mujeres que lo requirieran.

Respecto a las participantes en quienes se detectó la presencia de sintomatología depresiva (EPDS) fueron referidas al Servicio de Medicina de Enlace para una evaluación completa y atención pertinente.

Figura 1. Diagrama de procedimientos.





## **Consideraciones éticas**

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética con la clave PS13-004.

Con base en los tres principios esenciales para la conducta ética de investigaciones con sujetos humanos, propuestos en el Informe Belmont, retomados por la Oficina del National Institute of Health para investigaciones extrainstitucionales (2008) del curso “Protección de los participantes humanos de la investigación” se realiza el presente estudio. A continuación se describen las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo del presente trabajo:

Respeto a las personas: incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

En este trabajo, se explicó detalladamente a cada una de las participantes el consentimiento informado, el objetivo del estudio, en qué consistía su participación y la duración de la misma, así como el carácter voluntario y confidencial de ésta, también la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento y sin repercusiones en su atención médica. Se verificó que las participantes hubieran comprendido la información antes mencionada aclarando cualquier duda. Asimismo, se les indicó a las participantes los beneficios y riesgos de su participación, así como también se les informó que

en caso de detectar sintomatología sugestiva de psicopatología, se canalizarían al servicio de Medicina de Enlace para una evaluación completa. Se les informará que la entrevista será de carácter confidencial.

La beneficencia da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, esto se basa en dos reglas principales: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

El presente trabajo consideró que será de riesgo mínimo para alcanzar los objetivos, pudiera presentarse alguna alteración en el estado de ánimo de las participantes, producto de preguntas relacionados con su estado emocional. Sin embargo se considera que los beneficios pudieran ser mayores, ya que en caso de detectar alguna sintomatología se les ofrecerá una evaluación completa y recibir atención en caso de ser necesario.

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en la investigación.

Como se mencionó previamente la selección de las participantes se hizo por invitación, se establecieron como criterios de inclusión: embarazo confirmado y ser mayor de 18 años. Se trató de abarcar la máxima diversidad de la población atendida.

## **Variables**

### **Variables dependientes**

- Síntomas depresivos
- Síntomas ansiosos

### **Variables independientes**

- Variables demográficas
- Variables psicosociales
- Tradicionalismo femenino

## **Análisis estadístico**

Las variables demográficas, psicosociales, y tradicionalismo femenino se analizaron a través de estadística descriptiva (porcentajes y medias), al igual que las evaluaciones de los síntomas de ansiedad y depresión.

Para determinar la relación entre síntomas de depresión y ansiedad con las variables demográficas, psicosociales y de género se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrada y T. de Student, dependiendo el nivel de medición de las variables.

El análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS versión 19.

## RESULTADOS

Con formato: Interlineado: Múltiple  
1.15 lín.

### 1. Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 250 mujeres embarazadas con un rango de edad entre 18 a 42 años, una media de 24.7 años y una desviación estándar de 5.89 (Tabla 1.1). El 78.4 % de las mujeres vive con su pareja ya sea en unión libre o casadas. El 41.2 % se consideran de estrato socioeconómico bajo. Respecto a los años de estudio, el promedio fue de 9 años, lo que corresponde a un nivel de secundaria. En cuanto a la ocupación más del 90% es ama de casa. Solo el 41% de las entrevistadas iniciaron su control médico prenatal en el primer trimestre de embarazo. 18% de las participantes reportaron haber tenido aborto previo, una décima parte reportó haber tenido enfermedades médicas de importancia al momento de la entrevista.

En la siguiente tabla se observan las características de la muestra

**Tabla 1.1. Características demográficas y obstétricas de las participantes (n= 250).**

<b>Edad (media± DE)</b>	24.7±5.89
<b>Estado civil (PDPI –R) n (%)</b>	
Con pareja	196 (78.4)
Sin pareja	54 (21.6)
<b>Nivel socioeconómico (PDPI –R) n (%)</b>	

Medio-alto	147 (58.8)
Bajo	103 (41.2)
<b>Años de estudio(media± DE)</b>	9.2±2.2
<b>Estado de origen <i>n</i> (%)</b>	
Nuevo León	198 (79.2)
Otros estados de la república	52 (20.8)
<b>Ocupación <i>n</i> (%)</b>	
Ama de casa	229 (91.6)
Trabajo extradoméstico	21 (8.4)
<b>Numero de embarazo actual (media± DE)</b>	2.41±1.5
<b>Trimestre que inició control prenatal <i>n</i> (%)</b>	
Primero	104 (41.6)
Segundo	98(39.2)
Tercero	48(19.2)
<b>Número de abortos previos <i>n</i> (%)</b>	
Ninguno	203 (81.2)
Uno o más	47(18.8)
<b>Enfermedades médicas de importancia <i>n</i> (%)</b>	
Sí	27(10.8)
No	223(89.2)

Las características psicosociales evaluadas a través del Inventario de Predictores de Depresión Posparto (PDPI –R) y el tradicionalismo femenino evaluado a través de la escala de pasividad-sumisión del IMAFE se presentan en la Tabla 1.2. La autoestima evaluada mediante tres preguntas, con un máximo de 3 puntos, obteniéndose una media de 0.13 (DE 0.44). La mitad de las entrevistadas reportaron no haber planeado el embarazo y el 11.2% reportó no desearlo. La sintomatología depresiva durante el embarazo fue reportada con mayor frecuencia que la sintomatología ansiosa (42% vs 25%); el 42.4% comentó haber presentado síntomas de depresión alguna vez durante el embarazo.

Según el puntaje total del Inventario de Predictores de depresión posparto el 20.8% de las entrevistadas presentan múltiples factores de riesgo asociados a la depresión perinatal, de acuerdo al punto de corte de  $\geq 10.5$  del PDPI-R. Además de lo anterior, se evaluaron otras características psicosociales como apoyo social, satisfacción marital y la presencia de eventos estresantes en la vida mediante dicho instrumento. Los principales resultados son apoyo social con una media de 2.48 (DE 2,47), satisfacción marital con una media de 0.67 (DE 1.06), y sucesos estresantes en la vida con un puntaje obtenido en la muestra de 1.39 (DE 1.54).

El tradicionalismo femenino (evaluado con una versión reducida de la escala de Sumisión del IMAFE), en donde el cuartil superior representó los casos con un nivel más alto de tradicionalismo femenino, lo que corresponde a 59 mujeres de las 250 entrevistadas (Tabla 1.2).

**Tabla 1.2 Características psicosociales (PDPI-R) y tradicionalismo femenino (IMAFE) (n= 250).**

<b>Autoestima (media<math>\pm</math> DE)</b>	0.13 $\pm$ 0.44
<b>Depresión en el embarazo n (%)</b>	
Sí	106 (42.4)
No	144 (57.6)
<b>Ansiedad en el embarazo n (%)</b>	
Sí	62 (24.8)
No	188 (75.2)
<b>Embarazo Planeado n (%)</b>	
Sí	125 (50)

No	125 (50)
<b>Embarazo Deseado <i>n</i> (%)</b>	
Sí	222(88.8)
No	28 (11.2)
<b>Depresión alguna vez en la vida <i>n</i> (%)</b>	
Sí	195 (78)
No	55 (22)
<b>Apoyo social (media± DE)</b>	
	2.48±2.47
<b>Satisfacción marital (media± DE)</b>	
	0.67±1.06
<b>Sucesos vitales (media± DE)</b>	
	1.39 ±1.54
<b>Escala completa PDPI-R (media± DE)</b>	
	6.74±5.14
<b>Riesgo según PDPI-R (&gt;10.5) <i>n</i> (%)</b>	
Sí	52 (20.8)
No	198 (79.2)
<b>Tradicionalismo femenino (media± DE)</b>	
	18.11±8.01
<b>(&gt;75) <i>n</i> (%)</b>	
Rol tradicional	59 (23.6)
Rol poco tradicional	191 (76.4)

El puntaje de sintomatología depresiva en la escala EPDS de la muestra tuvo una variación de 0 a 28 puntos (el puntaje mínimo de la Escala de depresión perinatal de Edimburgo es de 0 y el máximo es de 30). De acuerdo al punto de corte de  $\geq 12$  puntos, el 19.2 % de las entrevistadas presentó síntomas de depresión durante el embarazo (Tabla 1.3).

Para evaluar la presencia de sintomatología ansiosa durante el embarazo se utilizó el Inventario de ansiedad estado-rasgo IDARE, y se estableció un punto de corte de  $\geq 40$  para cada subescala. Ambas escalas pueden presentar una variación de 0 a 60 puntos. Según este cuestionario el 7.6% de las mujeres de la muestra presentan ansiedad como estado, definido como condición

emocional transitoria; por otro lado el porcentaje de mujeres que reportan la presencia de ansiedad como rasgo o condición relativamente estable fue menor (3.2%) (Tabla 1.3).

**Tabla 1.3 Sintomatología depresiva (EPDS) y ansiosa (IDARE) (n= 250).**

<b>Síntomas de depresión EPDS (media± DE)</b>	7.17±5.4
<b>EPDS (punto de corte &gt;12) n (%)</b>	
Sin depresión	202 (80.8)
Con depresión	48 (19.2)
<b>Ansiedad rasgo (IDARE) (media± DE)</b>	19.11±9.98
<b>Ansiedad rasgo punto de corte (IDARE) (&gt;40) n (%)</b>	
Sin ansiedad	242 (96.8)
Con ansiedad	8 (3.2)
<b>Ansiedad estado (IDARE) (media± DE)</b>	15.99 ±9.06
<b>Ansiedad estado punto de corte (40) (IDARE) n (%)</b>	
Sin ansiedad	231 (92.4)
Con ansiedad	19 (7.6)

## **2. Asociación entre las características demográficas, psicosociales y sintomatología depresiva durante el embarazo**

Para explorar el objetivo general e identificar factores demográficos, psicosociales y de género asociados con la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo, se llevó a cabo análisis estadísticos como t. de Student y chi cuadrada. De las variables demográficas incluidas (edad, años de estudio, estado civil, nivel socioeconómico y ocupación) ninguna diferenció a las mujeres



con y sin depresión (EPDS) (Tabla 2.1). En relación a los años de estudio, se encontró una tendencia hacia menos años de estudio en mujeres con sintomatología depresiva, pero esta diferencia no alcanzó significancia estadística (0.09). Respecto a las características obstétricas, se encontró que un mayor número de hijos se encuentra asociado a la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo, en el resto de las características obstétricas evaluadas (semanas de gestación, abortos previos, trimestre en que inició control prenatal y el diagnóstico de alguna enfermedad médica de importancia) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con síntomas de depresión y las que no presentaron sintomatología depresiva.

**Tabla 2.1 Características demográficas, obstétricas y sintomatología depresiva (EPDS).**

	Con Sintomatología depresiva n: 48	Sin sintomatología depresiva n:202	Prueba estadística
Edad	x=24.60 (ds=5.97)	x=24.77 (ds=5.89)	t=-0.17 p=0.85
Años de estudio	x=8.73 (ds=2.47)	x=9.38 (ds=2.12)	t=-1.83 p=0.09
Estado civil			
Con pareja	70.8 %	80.2 %	$\chi^2=2.00$ p=0.15
Sin pareja	29.2 %	19.8 %	
Nivel socioeconómico			
Medio o alto	50.0 %	60.9 %	$\chi^2=1.89$ p=0.11
Bajo	50.0 %	29.1 %	
Estado de origen			
Nuevo León	81.3 %	78.7 %	$\chi^2=0.52$ p=0.43
Otros estados	18.8 %	21.3 %	
Ocupación			
Ama de casa	89.6 %	92.1 %	$\chi^2=0.31$ p=0.37

Actividad extradoméstica	10.5 %	8.0 %	
Número actual de embarazo	x=2.83 (ds=1.88)	x=2.31 (ds=1.40)	t=-2.15 p=0.03
Semanas de gestación	x=32.50 (ds=5.82)	x=32.94 (ds=5.74)	t=-0.47 p=0.63
Trimestre en que inició control prenatal			
1er trimestre	29.2 %	44.6 %	$\chi^2=3.78$ p=0.15
2do trimestre	47.9 %	37.1 %	
3er trimestre	22.9 %	18.3 %	
Número de abortos			
Ninguno	79.2 %	81.7 %	$\chi^2=0.68$ p=0.41
1 o mas	20.9 %	17.9 %	
Enfermedades médicas de importancia			$\chi^2=0.09$ p=0.58
Sí	10.4 %	10.9 %	
No	89.6 %	89.1 %	

En relación a la asociación de las variables psicosociales estudiadas a través del PDPI-R con los síntomas de depresión (Tabla 2.2), se encontraron diferencias significativas entre grupos en la mayoría de las variables.

Cerca del 90% de las mujeres que presentaron síntomas depresivos durante el embarazo (EPDS) respondieron haber presentado depresión alguna vez durante el embarazo (PDPI-R).

El haber presentado depresión alguna vez en la vida, los síntomas de ansiedad durante el embarazo, el embarazo no deseado, la falta de soporte social (pareja, amigos y familia) y la baja satisfacción marital se asociaron de manera estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología depresiva (EPDS) en el embarazo. Las puntuaciones totales en la versión Prenatal del PDPI-R pueden variar de 0 a 32. Cuanto más alto sea el puntaje, se considera que existen más factores de riesgo para depresión posparto. De acuerdo a nuestros resultados el 62.5% de las mujeres con sintomatología

depresiva (EPDS), presentaban múltiples factores de riesgo asociados a depresión perinatal, presentando un puntaje en la escala PDPI-R  $\geq 10.5$ .

**Tabla 2.2 Características psicosociales (PDPI-R) y sintomatología depresiva (EPDS).**

	Con Sintomatología depresiva <i>n</i> :48	Sin sintomatología depresiva <i>n</i> :202	Prueba estadística
Depresión en el embarazo			
Sí	89.6 %	31.2 %	
No	10.4 %	68.8 %	$\chi^2=54.15$ p=0.00
Ansiedad en el embarazo			
Sí	60.4 %	16.3 %	$\chi^2=40.40$ p=0.00
No	39.6 %	83.7 %	
Embarazo planeado			
Sí	31.3 %	54.5 %	$\chi^2=8.35$ p=0.00
No	68.8 %	45.5 %	
Embarazo deseado			
Sí	79.2 %	91.1 %	$\chi^2=5.54$ p=0.02
No	20.8 %	8.9 %	
Depresión alguna vez en la vida			
Sí	52.1 %	14.9 %	$\chi^2=31.33$ p=0.00
No	47.9 %	85.1 %	
Autoestima	$x=0.06$ (ds=0.26)	$x=0.42$ (ds=0.79)	$t=5.21$ p=0.35
Apoyo social	$x=1.95$ (ds=2.12)	$x=4.73$ (ds=2.58)	$t=6.93$ p=0.00
Apoyo social pareja	$x=0.60$ (ds=1.22)	$x=1.67$ (ds=1.61)	$t=5.09$ p=0.00
Apoyo social familia	$x=0.16$ (ds=0.26)	$x=0.85$ (ds=0.79)	$t=5.37$ p=0.00
Apoyo social amigos	$x=1.19$ (ds=1.47)	$x=2.21$ (ds=1.57)	$t=4.24$ p=0.00
Satisfacción marital	$x=0.50$ (ds=0.93)	$x=1.40$ (ds=0.18)	$t=5.61$ p=0.00
Sucesos vitales	$x=2.48$ (ds=1.73)	$x=1.13$ (ds=1.37)	$t=1.34$ p=0.23
Puntaje total de la escala PDPI-R			
Riesgo de DPP	62.5 %	10.9 %	$\chi^2=62.70$ p=0.00
Sin Riesgo de DPP	37.5 %	89.1 %	
Puntaje total de la escala PDPI-R (sin reactivo depresión)			

Riesgo de DPP	56.3 %	7.9 %	X <sup>2</sup> =63.60 p=0.00
Sin Riesgo de DPP	43.8 %	92.1%	

### 3. Asociación entre las características demográficas, y psicosociales y sintomatología ansiosa durante el embarazo

En cuanto a las características demográficas de las mujeres al comparar aquellas con o sin ansiedad estado, se encontraron dos variables significativamente diferentes. Una mayor proporción de mujeres con ansiedad estado se encontraban sin pareja en comparación con aquellas mujeres sin ansiedad estado (47.4 % vs 19.5%, p=0.0). Así mismo, una mayor proporción de mujeres con ansiedad estado se encontraban en un estado socioeconómico bajo (68.4 % vs 39.0%, p=0.01). El resto de las variables demográficas como edad, años de estudio, estado de origen y ocupación no mostraron significancia estadística, así como tampoco las características obstétricas investigadas, como número de embarazo actual, semanas de gestación, trimestre en que inició control prenatal, abortos previos y enfermedades médicas de importancia.

**Tabla 3.1. Características demográficas, obstétricas y sintomatología ansiosa (IDARE, ansiedad-estado).**

	Con ansiedad estado <i>n</i> :19	Sin ansiedad estado <i>n</i> :231	Prueba estadística
Edad	x=26.68 (ds=6.99)	x=24.74 (ds=5.81)	t=-0.04 p=0.96
Años de estudio	x=9.47 (ds=1.46)	x=9.23(ds=2.25)	t=-0.65 p=0.52
Estado civil			
Con pareja	52.6 %	80.5 %	x <sup>2</sup> =8.06 p=0.00
Sin pareja	47.4 %	19.5 %	
Nivel socioeconómico			
Medio o alto	31.6 %	61.0 %	x <sup>2</sup> =6.29 p=0.01

Bajo	68.4 %	39.0 %	
Estado de origen			
Nuevo León	89.5 %	78.4 %	$\chi^2=0.52$ p=0.62
Otros estados	10.5 %	21.6 %	
Ocupación			
Ama de casa	84.2 %	92.2 %	$\chi^2=0.18$ p=0.66
Actividad extra doméstica	15.8 %	7.8 %	
Número actual de embarazo	x=2.21 (ds=1.43)	x=2.43 (ds=1.52)	t=-0.60 p=0.54
Semanas de gestación	x=32.05 (ds=8.39)	x=32.92 (ds=5.49)	t=-0.63 p=0.66
Trimestre en que inició control prenatal			
1er trimestre	31.6 %	42.4 %	$\chi^2=2.16$ p=0.33
2do trimestre	36.8 %	39.4 %	
3er trimestre	31.6 %	18.2 %	
Número de abortos			
Ninguno	73.7 %	81.8 %	$\chi^2=1.28$ p=0.34
1 o más	26.3 %	18.2 %	
Enfermedades médicas de importancia			
Sí	11.3 %	5.3 %	$\chi^2=0.65$ p=0.36
No	88.7 %	94.7 %	

Respecto a las características demográficas de las entrevistadas, al comparar aquellas con y sin ansiedad rasgo, los hallazgos fueron similares a aquellos de ansiedad estado. La mayoría de las mujeres sin ansiedad rasgo contaban con pareja (80%). Las mujeres con ansiedad rasgo eran con mayor proporción de estrato socioeconómico bajo (68.4%) (Tabla 3.1.2). Adicionalmente, se encontró que aquellas mujeres sin ansiedad rasgo se encontraban en una más avanzada semana de gestación en comparación con aquellas con ansiedad rasgo (32.9 vs 28.5, p=0.04).

El resto de las variables demográficas como edad, años de estudio, estado de origen no fueron significativas, así como tampoco características obstétricas como número de embarazo actual, trimestre en que inició control prenatal, abortos previos o enfermedades médicas de importancia.

**Tabla 3.1.1. Características demográficas, obstétricas y sintomatología ansiosa (IDARE, ansiedad-rasgo).**

	Con ansiedad rasgo n:8	Sin ansiedad rasgo n:242	Prueba estadística
Edad	x=26.25(ds=7.66)	x=26.69 (ds=5.84)	t=0.57 p=0.46
Años de estudio	x=9.13 (ds=1.64)	x=9.26(ds=2.22)	t=-0.16 p=0.86
Estado civil			$\chi^2=8.06$ p=0.00
Con pareja	52.6 %	80.5 %	
Sin pareja	47.4 %	19.5 %	
Nivel socioeconómico			$\chi^2=6.29$ p=0.01
Medio o alto	31.6 %	61.0 %	
Bajo	68.4 %	39.0 %	
Estado de origen			$\chi^2=0.08$ p=0.52
Nuevo León	75.0 %	79.3 %	
Otros estados	25.0 %	20.7 %	
Ocupación			$\chi^2=2.96$ p=0.13
Ama de casa	75.0 %	92.1 %	
Actividad doméstica extra	25.0 %	7.9 %	
Número actual de embarazo	x=1.75 (ds=1.03)	x=2.43 (ds=1.52)	t=-1.25 p=0.10
Semanas de gestación	x=28.75 (ds=10.82)	x=32.99 (ds=5.49)	t=-2.06 p=0.04
Trimestre en que inició control prenatal			$\chi^2=0.33$ p=0.84
1er trimestre	50.0 %	41.3 %	
2do trimestre	37.5 %	39.3 %	
3er trimestre	12.5 %	19.4 %	
Número de abortos			$\chi^2=0.20$ p=0.46
Ninguno	75.0 %	81.4 %	
1	25.0 %	13.6 %	
Enfermedades médicas de importancia			$\chi^2=1.00$ p=0.39
Sí	3.2 %	11.2 %	
No	96.8 %	88.8 %	

Respecto a las características psicosociales, un gran porcentaje (95%) de las mujeres que reportaron haber presentado sintomatología depresiva alguna vez durante el embarazo, puntúan positivamente en la escala de ansiedad-estado. Todas las entrevistadas que presentaron sintomatología

ansiosa medido mediante la subescala IDARE-estado, reportó haber presentado síntomas de ansiedad durante el embarazo en la escala PDPI-R.

Se encontró que las mujeres que planeaban y deseaban el embarazo presentaban menor sintomatología ansiosa.

Haber presentado depresión alguna vez en la vida se asoció significativamente con la presenta de síntomas ansiosos medidos con la subescala IDARE-estado.

Las mujeres con menor sintomatología ansiosa, contaban con mayor autoestima, mayor apoyo social familiar, de amigos y pareja, al igual que mayor satisfacción marital, y menos sucesos estresantes en la vida.

De acuerdo a la escala PDPI-R, casi el 80% de las entrevistadas con puntaje mayor a 10.5 en la escala PDPI-R, presentan sintomatología ansiosa medido con la subescala IDARE- estado.

**Tabla 3.2. Características psicosociales (PDPI-R) y sintomatología ansiosa (IDARE, ansiedad-estado)**

	Con estado <i>n</i> :19	ansiedad	Sin estado <i>n</i> :231	ansiedad	Prueba estadística
Depresión en el embarazo					$\chi^2=23.06$ $p=0.00$
Sí	94.7 %		38.1 %		
No	5.3 %		61.9 %		
Ansiedad en el embarazo					$\chi^2=62.35$ $p=0.00$
Sí	100.0 %		18.6 %		
No	0.00 %		81.4 %		
Embarazo planeado					$\chi^2=6.89$ $p=0.00$

Sí	21.1 %	52.4 %	
No	78.9 %	47.6 %	
Embarazo deseado			$\chi^2=13.59$ p=0.00
Sí	63.2 %	90.9 %	
No	36.8 %	9.1 %	
Depresión alguna vez en la vida			$\chi^2=25.82$ p=0.00
Sí	68.4 %	18.2 %	
No	31.6 %	81.8 %	
Autoestima	x=0.09 (ds=0.32)	x=0.68 (ds=1.00)	t=6.05 p=0.00
Apoyo social	x=2.23 (ds=2.28)	x=5.47 (ds=2.73)	t=5.02 p=0.00
Apoyo social pareja	x=0.68 (ds=1.28)	x=2.32 (ds=1.52)	t=4.53 p=0.00
Apoyo social familia	x=0.19 (ds=0.62)	x=1.47(ds=1.83)	t=6.86 p=0.00
Apoyo social amigos	x=1.36 (ds=1.55)	x=1.68 (ds=1.37)	t=0.93 p=0.00
Satisfacción marital	x=0.55 (ds=0.98)	x=2.05(ds=1.02)	t=6.14 p=0.00
Sucesos vitales	x=2.84 (ds=1.53)	x=1.27 (ds=1.48)	t=4.28 p=0.00
Puntaje total de la escala PDPI-R			
Con riesgo	78.9 %	16.0 %	$\chi^2=42.20$ p=0.00
Sin riesgo	21.1 %	84.0 %	
Puntaje total de la escala PDPI-R sin reactivo ansiedad			
Con riesgo	75.9 %	19.0 %	$\chi^2=40.21$ p=0.03
Sin riesgo	24.1 %	81.0 %	

La mayoría de las mujeres con sintomatología ansiosa medida con la subescala IDARE-rasgo, reportó haber presentado síntomas depresivos durante el embarazo, y todas las entrevistadas que presentaron sintomatología ansiosa medido con la subescala IDARE-rasgo, reportaron la presencia de síntomas ansiosos en la escala PDPI-R.

Una mayor proporción de mujeres con sintomatología ansiosa reportan no haber planeado el embarazo, ni desearlo. Haber presentado depresión alguna vez en la vida, se asoció significativamente con la presencia de sintomatología ansiosa.



Los resultados en relación a autoestima, apoyo social (pareja, familia y amigos), satisfacción marital y eventos estresantes en la vida fueron similares a los obtenidos con la subescala IDARE-estado, una mayor proporción de las mujeres con síntomas ansiosos presenta menos autoestima, menor apoyo social, menor satisfacción marital y mayor número de eventos estresantes en la vida

**Tabla 3.2.1. Características psicosociales (PDPI-R) y sintomatología ansiosa (IDARE, ansiedad-rasgo).**

	Con rasgo <i>n</i> :8	ansiedad	Sin ansiedad rasgo <i>n</i> :242	Prueba estadística
Depresión en el embarazo				$\chi^2=23.06$ $p=0.00$
Sí	94.7 %		38.1 %	
No	5.3 %		61.9 %	
Ansiedad en el embarazo				$\chi^2=62.35$ $p=0.00$
Sí	100.0 %		18.6 %	
No	0.00 %		81.4 %	
Embarazo planeado				$\chi^2=6.89$ $p=0.00$
Sí	21.1 %		52.4 %	
No	78.9 %		47.6 %	
Embarazo deseado				$\chi^2=13.59$ $p=0.00$
Sí	63.2 %		90.9 %	
No	36.8 %		9.1 %	
Depresión alguna vez en la vida				$\chi^2=25.82$ $p=0.00$
Sí	68.4 %		18.2 %	
No	31.6 %		81.8 %	
Autoestima	$x=0.10$ (ds=0.35)		$x=1.00$ (ds=1.30)	$t=6.03$ $p=0.00$
Apoyo social	$x=2.30$ (ds=2.28)		$x=7.88$ (ds=1.45)	$t=10.39$ $p=0.00$
Apoyo social pareja	$x=0.73$ (ds=1.31)		$x=3.13$ (ds=0.99)	$t=6.65$ $p=0.00$
Apoyo social familia	$x=0.23$ (ds=0.74)		$x=2.13$ (ds=1.64)	$t=6.73$ $p=0.00$
Apoyo social amigos	$x=1.34$ (ds=1.54)		$x=2.63$ (ds=1.18)	$t=2.97$ $p=0.01$
Satisfacción marital	$x=0.60$ (ds=1.00)		$x=2.63$ (ds=0.77)	$t=7.46$ $p=0.00$

Sucesos vitales	x=2.75 (ds=1.38)	x=1.35 (ds=1.53)	t=2.80 p=0.02
Puntaje total de la escala PDPI-R			
Riesgo de DPP	100.0 %	18.2 %	$\chi^2=31.46$ p=0.00
	0.0 %	81.8 %	
Puntaje total de la escala PDPI-R sin reactivo ansiedad			
	100.0 %	16.9%	$\chi^2=33.90$ p=0.00
	0.0 %	83.7%	

#### **4. Tradicionalismo femenino y su asociación con sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo**

Al comparar la proporción de mujeres con alto y bajo rol tradicional, se encontró que una mayor proporción de mujeres con sintomatología depresiva tienen un nivel alto de tradicionalismo en comparación con el grupo sin sintomatología depresiva (62.5 vs 14.4%, p=0.00) (Tabla 4.1).

Un alto porcentaje de las mujeres con sintomatología ansiosa presentan un nivel alto de tradicionalismo femenino de acuerdo al Inventario de masculinidad-feminidad, encontrándose proporciones similares con ambas subescalas (IDARE-rasgo y IDARE-estado).

**Tabla 4.1. Tradicionalismo femenino y sintomatología depresiva y ansiosa  
(ansiedad-estado) (ansiedad-rasgo)**

	Alto tradicionalismo	Bajo tradicionalismo	Prueba estadística
Con Sintomatología depresiva <i>n</i> =48	62.5 %	37.5 %	$\chi^2=49.85$ $p=0.00$
Sin sintomatología depresiva <i>n</i> =202	14.4 %	85.6 %	
Con ansiedad estado <i>n</i> :19	84.2 %	15.8 %	$\chi^2=41.89$ $p=0.00$
Sin ansiedad estado <i>n</i> :231	18.6 %	81.4 %	
Con ansiedad rasgo <i>n</i> :8	75.0 %	25.0 %	$\chi^2=12.11$ $p=0.00$
Sin ansiedad rasgo <i>n</i> :242	21.9 %	78.1 %	

## **DISCUSIÓN**

Los objetivos del presente trabajo fueron identificar los factores demográficos, psicosociales y de género y su relación con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo. Así mismo se planteó como objetivo determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo. En una muestra conformada por 250 embarazadas que acudían a la consulta de control prenatal en un hospital público de tercer nivel de Monterrey, Nuevo León.

### **Características de la muestra**

El promedio de edad observado en esta muestra fue de 25 años, casi un 80% contaba con pareja, ya sea casada o en unión libre; la mayoría de las entrevistadas fueron originarias de Nuevo León, un 20% de las mujeres eran originarias de otros estados de la república. En cuanto a la situación económica de la muestra, el 41.2% presentaba un estrato socioeconómico bajo; el promedio de años de estudio entre las participantes fue de 9 años, lo que corresponde a un nivel de secundaria; más de un 90% se dedicaban al hogar.

Respecto a las características obstétricas de la muestra, la mayor parte se encontraban cursando el 3er trimestre del embarazo; el 40% reportó haber iniciado control prenatal desde el 1er trimestre de gestación y 20% haber

acudido por primera vez a revisión médica durante el último trimestre. Un 18% de las mujeres comentó haber sufrido abortos previos, y 10% de las entrevistadas presentaban alguna enfermedad médica de importancia.

Las características antes descritas en la muestra como por ejemplo, menor edad, no contar con pareja, estrato socioeconómico bajo, menor escolaridad, y desempleo, colocan a la mujer en una situación de vulnerabilidad que puede llevar al desarrollo de estrés emocional y psicopatología.

En relación a las características psicosociales evaluadas, se encontró que cerca del 40% de las entrevistadas reportó haber presentado sintomatología depresiva durante el embarazo y 25% síntomas ansiosos. La alta frecuencia con que las entrevistas reportaron haber presentado algún síntoma de depresión o ansiedad durante el embarazo, pudiera explicarse con el hecho de que algunos síntomas propios del embarazo pueden confundirse con síntomas ansiosos y depresivos.

La mitad de las entrevistadas refirió haber planeado el embarazo, y 11.2% respondió no desear el embarazo en curso.

Cerca del 80% de las mujeres reportó historia previa de síntomas depresivos, la mayoría sin tratamiento. Además se evaluaron otras características psicosociales como apoyo social, lo que comprende apoyo por parte de la pareja, familia y amigos, así como sucesos estresantes en la vida (problemas financieros, problemas matrimoniales, muerte de un miembro

familiar, desempleo, enfermedad seria de un miembro familiar, mudanzas y cambio de trabajo).

En relación al tradicionalismo femenino se encontró que 59 mujeres de las 250 entrevistadas, presentaban un rol femenino más tradicional, definido como el percentil 25 superior.

### **Sintomatología depresiva durante el embarazo y su relación con variables demográficas y psicosociales.**

En el presente trabajo se encontró una prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo de 19.2%, lo cual se encuentra dentro del rango reportado en la literatura, aunque las cifras reportadas en la literatura son altamente variables. Se han estimado prevalencias de sintomatología depresiva en el embarazo del 8 al 31% y en estrato socioeconómico bajo del 20 al 51% (Bennett et al., 2004). En latinas residentes en Estados Unidos, y mexicanas Lara et al., (2009) reportaron una prevalencia de sintomatología depresiva durante el embarazo de 15.7% medido con la escala CES-D con un punto de corte  $\geq 24$  puntos. En México, la prevalencia de sintomatología depresiva durante el embarazo oscila entre 6.4% y 37% (Ceballos-Martínez, 2010; Ortega 2001; Lara et al., 2006; Lara et al.; 2009, Lara et al.; 2015).

A diferencia de otros estudios, en los cuales se ha encontrado una asociación entre síntomas depresivos y menor edad, no contar con pareja, nivel socioeconómico bajo, desempleo, abortos previos (Koleva, Stuart, O'Hara,

Bowman-Reif, 2010), en nuestra muestra no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo y variables como edad, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación y escolaridad, aunque se observó una tendencia hacia menos años de estudio en mujeres con síntomas depresivos. Resultados similares fueron encontrados en un reciente estudio en población mexicana (Lara et al., 2015). Esta discrepancia entre los resultados de la literatura internacional y la nacional en relación a los factores demográficos asociados a los síntomas depresivos durante el embarazo, debe dilucidarse. Nuestra población presenta características propias de un país en desarrollo, con una mayor proporción de mujeres de estrato socioeconómico bajo, menor escolaridad, y mayor desempleo, a diferencia de la muestra estudiada por Koleva et al, 2010. Diferencias en los instrumentos utilizados, y diferencias culturales de la población mexicana pudieran ser factores también a considerar.

En relación a las características del embarazo se encontró que las mujeres con mayor número de hijos presentaban mayor sintomatología depresiva, algunos autores han reportado una asociación entre sintomatología depresiva y multiparidad (Melo et al., 2012, Golbasi et al., 2010).

Respecto a las características psicosociales, se encontró una asociación entre antecedente de depresión y síntomas depresivos durante el embarazo. La historia previa de síntomas depresivos ha sido asociada con la presencia de sintomatología depresiva en el embarazo (Lara et al., 2006, Bowen et al., 2009; Bunevicius et al., 2009). En un artículo de revisión se examinaron 57 estudios

que incluyeron información sobre la asociación entre sintomatología depresiva prenatal y factores de riesgo, se encontró una asociación significativa entre historia previa de depresión y sintomatología depresiva durante el embarazo (Lancaster et al., 2010). Existen factores biológicos relacionados a la aparición de síntomas depresivos lo cual representa una mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas depresivos, además de esto el embarazo es considerado como un acontecimiento vital estresante y la susceptibilidad al estrés está bien establecido en población psiquiátrica (Bunevicius et al., 2009).

La presencia de síntomas de ansiedad durante el embarazo se asoció significativamente con síntomas depresivos. Faisal-Cury et al., (2009), reportaron una alta comorbilidad entre sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo, el 69% de las mujeres que presentaron síntomas depresivos también presentaron síntomas ansiosos, y el 51% de las mujeres con síntomas de ansiedad, presentaron comorbilidad con síntomas depresivos. Aunque es frecuente que los síntomas de ansiedad y depresión se traslapen, se ha sugerido que también pudiera deberse a debilidades en las escalas psicométricas utilizadas para medir estos síntomas, en lugar de que existe una comorbilidad real.

En nuestro trabajo el embarazo no planeado y no deseado se asoció con síntomas depresivos al igual que han reportado otros autores. Se ha descrito que las mujeres con embarazo no planeado presentan tres veces más riesgo de desarrollar síntomas depresivos severos, y cuatro veces más riesgo en los casos en los cuales el embarazo no es deseado (Fellenzer y Cibula, 2014). En



nuestra muestra se encontró que el 11% de los embarazos eran no deseados, Fellenzer y Cibula, (2014) reportaron que un 9% de los embarazos fueron no deseados. Así mismo otros autores han reportado una asociación entre embarazo no planeado y sintomatología depresiva durante el embarazo (Ajinkya, et al., 2013, Golbasi et al., 2010). Este hallazgo es consistente en la mayoría de los estudios, independientemente de la metodología o características de población estudiada, lo cual sugiere que el embarazo no planeado y no deseado constituyen un suceso estresante en la vida de la mujer fuertemente asociado a síntomas depresivos durante el embarazo (Fellenzer y Cibula, 2014).

Jesse y Swanson (2007), encontraron que las mujeres de una zona rural que habían reportado baja autoestima eran casi tres veces más propensas a experimentar sintomatología depresiva durante el embarazo. En nuestra muestra no se encontró asociación estadísticamente significativa entre menor autoestima y sintomatología depresiva. Una mayor autoestima conlleva a mejores estrategias de afrontamiento y confianza en la capacidad interna para resolución de problemas.

En la muestra estudiada se encontró que las mujeres con menor apoyo social por parte de su pareja, familia y amigos presentaron mayor sintomatología depresiva durante el embarazo. Lo anterior corresponde a lo descrito en la literatura internacional, la ausencia de apoyo social ha sido asociado significativamente con sintomatología depresiva durante el embarazo (Lancaster et al., 2010). En México, Lara et al., (2006) encontraron mayor

sintomatología depresiva en las embarazadas que no contaban con apoyo emocional ni práctico. También se estudió la asociación entre satisfacción marital y síntomas depresivos, encontrando que a menor satisfacción marital mayor sintomatología depresiva durante el embarazo. El apoyo social pudiera representar un mediador ante el estrés que esta etapa pudiera representar (Jesse y Swanson, 2007).

### **Sintomatología ansiosa durante el embarazo y su relación con variables demográficas y psicosociales.**

Para investigar la prevalencia de sintomatología ansiosa durante el embarazo se utilizó el Inventario de ansiedad rasgo-estado, definiendo ansiedad-rasgo como una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras; y ansiedad estado se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo.

En nuestra muestra se encontró una prevalencia de síntomas ansiosos menor a lo reportado en la literatura. La prevalencia encontrada fue de 3.2% medido con la subescala de ansiedad rasgo y 7.6% medido con la subescala de ansiedad estado. En la literatura las cifras oscilan entre 15.6% (Rubertsson et al., 2014), a 59.5% (Faisal-Cury y Menezes, 2007). En México la información acerca de la prevalencia de sintomatología ansiosa durante el embarazo es

escasa, Navarrete et al., (2012), reportaron una prevalencia de 14.7% de síntomas ansiosos en gestantes, medido con la escala de ansiedad del Hopkins Symptoms Checklist (SCL90). Así mismo, se han reportado cifras de hasta de 50% de sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres mexicanas de entre 12 y 44 años de edad (Sainz-Aceves et al., 2013). Lo anterior pudiera deberse al instrumento utilizado para la medición de síntomas de ansiedad.

En cuanto a las características demográficas y clínicas estudiadas, se observó una asociación entre las mujeres que no contaban con pareja, y síntomas ansiosos en ambas subescalas (ansiedad-rasgo y ansiedad- estado). Faisal-Cury et al., (2006), encontraron que no contar con pareja se asociaba a la presencia de síntomas ansiosos durante el embarazo.

En lo que respecta al estrato socioeconómico, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estrato socioeconómico bajo y sintomatología ansiosa durante el embarazo medido con ambas subescalas (ansiedad-rasgo y ansiedad- estado). Se ha descrito que una baja economía en el hogar se asocia con puntuaciones positivas en la escala de ansiedad estado-rasgo (Nasreen et al., 2011). Así como también un ingreso bajo incrementa dos veces el riesgo de presentar síntomas ansiosos durante el embarazo (Lee et al., 2007).

En esta muestra se observó una asociación inversa entre las semanas de gestación y la sintomatología ansiosa durante el embarazo medido con la subescala de ansiedad rasgo. La sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo parece ser dinámica y cambiante, la información acerca del curso de

los padecimientos de salud mental durante el embarazo es limitada, sobre todo en sintomatología ansiosa, Lee et al., (2007) evaluaron la prevalencia de ansiedad y depresión prenatal, encontrando una disminución en la prevalencia durante el segundo trimestre del embarazo, y un incremento en la sintomatología ansiosa durante el tercer trimestre. Aunque no se conoce con exactitud la causa de estos hallazgos, esto pudiera deberse a una ansiedad anticipatoria que surge ante la inminente llegada del bebé y la confianza en sí mismas para el cumplimiento del rol materno.

Algunos autores han descrito algunos factores asociados con síntomas ansiosos durante el embarazo, como menor escolaridad, y abortos previos (Faisal-Cury et al., 2007); una menor edad se ha asociado a síntomas ansiosos durante el primer y tercer trimestre de gestación (Lee et al., 2007); así como la presencia de enfermedades médicas de importancia incrementan 3.6 veces más la posibilidad de presentar síntomas ansiosos durante el embarazo (Adewuya et al, 2006). En nuestra muestra el resto de las variables demográficas estudiadas, como edad, años de estudio, estado de origen no fueron significativas, así como tampoco características del embarazo como número de embarazo actual, trimestre en que inició control prenatal, abortos previos o enfermedades médicas de importancia.

En relación a las características psicosociales estudiadas, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre síntomas ansiosos y haber presentado sintomatología depresiva durante el embarazo.

Así mismo se observó una asociación entre el embarazo no planeado y no deseado con la presencia de síntomas ansiosos. El no planear el embarazo se ha asociado de manera significativa con el desarrollo de síntomas ansiosos durante el embarazo (Fadzil, Balakrishnan, Razali, Sidi, Malapan et al., 2013).

En esta muestra se encontró una asociación entre el haber presentado depresión alguna vez en la vida, y sintomatología ansiosa durante el embarazo. Rubertsson et al., (2014), encontraron que historia previa de depresión incrementaba 3.8 veces el riesgo de presentar síntomas ansiosos durante el embarazo.

Se encontró que las mujeres con una mejor autoestima, presentaban con menor frecuencia síntomas de ansiedad durante el embarazo. Lee et al., (2007) reportaron una asociación entre autoestima baja y síntomas ansiosos durante el primer, segunda y tercer trimestre del embarazo.

El contar con apoyo social, por parte de su pareja, familia y amigos se asoció con menor presencia de síntomas ansiosos durante el embarazo. Lo anterior coincide con lo reportado por Nasreen et al., (2011), quienes describen que las mujeres con menor apoyo social práctico por parte de su pareja y familia son más propensas a desarrollar síntomas ansiosos durante el embarazo. En un estudio realizado en Estados Unidos en mujeres mexicanas primigestas, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre síntomas de ansiedad y falta de apoyo social familiar (Engle et al., 1990). Lee et

al., (2007), reportaron una asociación entre menor apoyo social y síntomas de ansiedad durante el segundo trimestre de embarazo.

También se evaluó la satisfacción marital, encontrando que las mujeres con menor satisfacción marital presentaban mayor sintomatología ansiosa durante el embarazo, tal como se ha reportado en la literatura (Nasreen et al., 2011), en donde se observó que casi un 24% de la muestra describía su relación de pareja como no satisfactoria. Lee et al., (2007) encontraron que asociación estadísticamente significativa entre síntomas ansiosos y una baja satisfacción marital durante el tercer trimestre de gestación.

Se observó una asociación entre sucesos estresantes en la vida y la presencia de síntomas ansiosos. En México, Navarrete et al., (2012) encontraron que los sucesos estresantes se correlacionan significativas con sintomatología ansiosa en los dos momentos del posparto.

### **Tradicionalismo femenino y sintomatología depresiva y ansiosa durante el embarazo.**

En esta muestra se encontró una asociación estadísticamente significativa entre un nivel alto de tradicionalismo femenino y la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo. Lo anterior concuerda con lo descrito por Lara y Nieto (2014), en relación a que se observa mayor sintomatología depresiva en mujeres que adoptan un papel tradicional de pasividad y sumisión.

Respecto a síntomas depresivos en etapa perinatal y tradicionalismo femenino, Lara y Navarrete en un reporte interno (2013), encontraron una correlación entre un alto nivel de tradicionalismo y síntomas depresivos en mujeres adultas en etapa perinatal.

En relación a la sintomatología ansiosa se encontró una asociación estadísticamente significativa entre un alto nivel de tradicionalismo y síntomas de ansiedad durante el embarazo. Pérez y Serra (1997) encontraron que las mujeres adultas con puntuaciones altas en feminidad y con creencias más tradicionales acerca del rol femenino, manifestaban niveles más altos de ansiedad.

En relación a la asociación que se encontró entre niveles alto de tradicionalismo y síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo, se puede explicar con el hecho de que la mujer con mayores niveles de tradicionalismo antepondrá sus necesidades a las necesidades de la familia, tendrá menos autoridad en la familia que su cónyuge, y un menor desarrollo de su capacidad de autonomía, asertividad e independencia.

Lara y Nieto (2014), describen que esta construcción de la identidad femenina contribuye a respuestas de afrontamiento poco efectivas, a sentimientos de desesperación y a una actitud autocrítica negativa, que se convierten en precursores de la depresión.

## CONCLUSIONES

Con base en la información obtenida con el presente estudio, se puede concluir lo siguiente:

La prevalencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas que reciben atención en el sistema de salud pública y en donde la mayor parte son jóvenes con un nivel de escolaridad de secundaria, que se dedican al hogar y pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, es de 19.2%, cifra similar a la reportada en la literatura nacional e internacional. Lo que significa que nos encontramos ante una población con desventajas económicas, educativas, y factores asociados a vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos. Las variables asociadas de manera significativa a estos síntomas fueron: mayor número de hijos, historia previa de depresión, embarazo no planeado y no deseado, percepción subjetiva de síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo, menor apoyo social (pareja, familia y amigos), y menor satisfacción marital). Se subraya la necesidad utilizar la información obtenida para detectar desde el primer contacto a las mujeres con mayor riesgo de presentar psicopatología.

Este es uno de los pocos estudios que hay en México en relación a síntomas ansiosos durante el embarazo, dentro de los hallazgos, se encontraron cifras menores (3.2% ansiedad-rasgo y 7.6% ansiedad- estado) a



lo reportado en la literatura, lo cual pudiera deberse al instrumento utilizado. Se observó una asociación entre síntomas ansiosos y no tener pareja, estrato socioeconómico bajo, percepción subjetiva de síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo, historia previa de depresión, embarazo no planeado y no deseado, baja autoestima, menor apoyo social (pareja, familia y amigos), menos satisfacción marital y sucesos estresantes en la vida).

El tradicionalismo femenino, que se refiere a un papel pasivo y sumiso en la mujer, ha sido previamente asociado a psicopatología, sin embargo poco se sabe en relación a psicopatología perinatal y su asociación al tradicionalismo femenino. Respecto a esto se encontró que un nivel alto de tradicionalismo femenino se asociaba significativamente a síntomas depresivos y ansiosos en las embarazadas.

Es relevante destacar la importancia que estos hallazgos representan para los servicios de atención pública, ya que la información obtenida, permitirá hacer sugerencias para la política pública de manera que se establezca como norma detectar a la población de embarazadas con mayor riesgo de padecer síntomas de ansiedad y depresión, esto con la finalidad de desarrollar estrategias para prevenir y brindar un tratamiento oportuno, y así evitar las consecuencias negativas de estos síntomas tanto en la madre como en el infante, tales como retardo en la búsqueda de atención prenatal, inadecuada nutrición materna, uso de sustancias, parto prematuro y bajo peso al nacer entre otras.

Se sugiere continuar desarrollando proyectos de investigación sobre la salud mental perinatal en México, específicamente en relación a la sintomatología ansiosa, ya que en la revisión realizada es evidente la falta de información sobre el tema. Hasta donde tenemos conocimiento, éste es el primer estudio realizado en Monterrey, en mujeres que acuden a servicios prenatales en un hospital público.

Por otra parte se considera que las principales limitaciones de este trabajo fueron:

La escala utilizada para evaluar sintomatología ansiosa (IDARE), no es un instrumento desarrollado específicamente para esta etapa de la mujer, como sabemos muchos de los síntomas de ansiedad pudieran ser propios de los cambios normales en el embarazo.

Otra de las limitaciones en este estudio es que una gran parte de la población estudiada percibe bajo ingreso mensual, por lo que existe un sesgo socioeconómico, se sugiere continuar estudiando estas variables en población que acude a los servicios de atención privada, en donde se esperaría encontrar diferentes condiciones de vida.

Además de esto, como sabemos, este es un estudio transversal por lo cual se identificaron variables asociadas a síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo, sin embargo no se determina causalidad, por lo tanto se sugiere realizar estudios prospectivos.

## REFERENCIAS

- 
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., & Mapayi, B. M. (2006). Anxiety Disorders Among Nigerian Women In Late Pregnancy: A Controlled Study. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 325-328.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ajinkya, S., Jadhav, P., & Srivastava, N. (2013). Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1), 37.
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., & Moin, S. S. (2012). Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-9.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., & Neves, E. (1992). Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista Psiquiatría*, IX, 1168-1176.
- Anderson, C., Roux, G., & Pruitt, A. (2002). Prenatal Depression, Violence, Substance Use, and Perception of Support in Pregnant Middle-Class Women. *The journal of Perinatal Educatio*, 11(1), 15-21.
-

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, *104*(3), 467-476.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *189*(1), 148-154.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *85*(8), 937-944.
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, *44*, Page 1 of 12.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, *43*(05), 897-910.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561-571.
- Benjet, C., Borges, G., Fleiz, C., Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Cruz, C., et al. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *31*, 155-163.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Depression during Pregnancy. *Clinical Drug Investigation*, *24*(3), 157-179.
-

Bergh, B. R., & Marcoen, A. (2004). High Antenatal Maternal Anxiety Is Related to ADHD Symptoms, Externalizing Problems, and Anxiety in 8- and 9-Year-Olds. *Child Development*, 75(4), 1085-1097.

Bowen, A., Stewart, N., Baetz, M., & Muhajarine, N. (2009). Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(5), 414-416.

---

Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R., Jureniene, K., & Pop, V. (2009). Psychosocial Risk Factors For Depression During Pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(5), 599-605.

Burin, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina.

Cantwell, R., & Cox, J. (2003). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 13(1), 7-13.

Caruncho HJ, Rivera-Baltanás T ( 2010). Biomarcadores de la depresión. *Rev Neurol*; 50: 470-6.

Castilla-Puentes, R. C., Secin, R., Grau, A., Galeno, R., Mello, M. F., Peña, N., et al. (2008). A multicenter study of major depressive disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *Depression and Anxiety*, 25(12), E199-E204.

Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo, E., MedinaPeralta, G., Madera-Gamboa, J., & Fernández-Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48(1), 71-74.

---

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection Of Postnatal Depression. Development Of The 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Craske, M. G., & Zucker, B. G. (2001). Prevention of anxiety disorders: A model for intervention. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 155-175.
- DiGirolamo, A. M., & de Snyder, N. S. (2008). Women As Primary Caregivers In Mexico: Challenges To Well-being. *Salud pública de México*, 50(6), 2-10.
- DeCastro, F., Hinojosa-Ayala, N., Hernández-Prado, B., 2011. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 32(4), 210–217.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A World mental health. Problems and priorities in low-income countries. Oxford University Press. New York, EU, 1995.
- Engle, Patricia L., Scrimshaw, Susan C., Zambrana, Ruth E., Dunkel-Schetter, Christine. (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychology*, Vol 9(3): 285-299.
- Espíndola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. 2004. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum*, 18: 179-186.
- Fadzil, A., Balakrishnan, K., Razali, R., Sidi, H., Malapan, T., Japaraj, R., ... Manaf, M. (n.d.). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7-13.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 25-32.
-

- Farkas, C., & Santelices, M. P. (2008). Study of concerns related to pregnancy in a group of first-time Chilean pregnant women. *SUMMA Psicológica UST*, 5(1), 13-20.
- Fellenzer, J., & Cibula, D. (2014). Intendedness of Pregnancy and Other Predictive Factors for Symptoms of Prenatal Depression in a Population-Based Study. *Matern Child Health J.*
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina Mora, M. E., Moreno, M., Gutiérrez, M. D., & Oliva, N. (2012). Sociodemographic and Personal Factors Related to Depressive Symptomatology in the Mexican Population Aged 12 to 65. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 395-404.
- Gaynes Bn, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr Kn y cols.: Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, 2005.
- Golbasi, Z., Kelleci, M., Kisacik, G., & Cetin, A. (2010). Prevalence and Correlates of Depression in Pregnancy Among Turkish Women. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 485-491.
- Grant, B. F., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Compton, W. M., Pickering, R. P., Pulay, A. J., et al. (2008). Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Molecular Psychiatry*, 14(11), 1051-1066.
- Gress-Smith, J. L., Roubinov, D. S., Tanaka, R., Cirnic, K., Gonzales, N., Enders, C., et al. (2013). Prenatal expectations in Mexican American women: development of a culturally sensitive measure. *Archives of Women's Mental Health*, 16(4), 303-314.
-

Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Faraone, S. V., Robin, J. A., Friedman, D., Rosenthal, J. M., et al. (2004). Pregnancy complications associated with childhood anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 19(3), 152-162.

Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento, 2008

Jesse, D., & Swanson, M. (n.d.). Risks and Resources Associated With Antepartum Risk for Depression Among Rural Southern Women. *Nursing Research*, 378-386..

---

Karmaliani, R., Asad, N., Bann, C. M., Moss, N., McClure, E. M., Pasha, O., et al. (2009). Prevalence of Anxiety, Depression and Associated Factors Among Pregnant Women of Hyderabad, Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(5), 414-424.

Kelly, R. (2002). Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 100(2), 297-304.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., et al. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO.

Koleva, H., Stuart, S., O'Hara, M., Bowman-Reif, J. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Archives Womens Mental Health* 14:99-105.

World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(01), 23-33.

Kitamura, T., Furukawa, T., Kinoshita, K., Okano, T., Yoshida, K., Nakano, H., et al. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 121-130.

---



- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the Special Section: Toward a Dimensionally Based Taxonomy of Psychopathology.. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 491-493.
- Kurki, T. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*,95(4), 487-490.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk Factors For Depressive Symptoms During Pregnancy: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5-14.
- Lara, M.A. (1991). Masculinidad-Feminidad y Salud Mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 14(1), 12-18.
- Lara M.A., Navarrete L. (2013). Reporte interno del estudio piloto “Prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto en servicios de atención perinatal”. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México D.F.
- Lara, MA, Navarrete L, Nieto, L. Barba MJP, Navarro JL, Lara-Tapia H. (2015) Prevalence and Incidence of Perinatal Depression and Depressive Symptoms among Mexican Women. *Journal of Affective Disorders*, 175, 18-24
- Lara, M., Navarro, C., Navarrete, L., & Cabrera, M. (2006). Sintomatología depresiva en el embarazo y factores asociados en tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (4), 55-62.
- Lara, M.A. y Nieto M L. (2014) Depresión en la mujer. En: Medina Mora, M. E. y Sarti E. *Mujer y Salud*. Academia Nacional de Medicina, México. ISBN 978-607-443-437-8 (pp. 257-271).
- Lara, M. A., Le, H., Letechipia, G., & Hochhausen, L. (2009). Prenatal Depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 567-576.

- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- Ley General De Desarrollo Social (2004). Última reforma publicada DOF 07-11-2013. Extraído el 15 de Mayo del 2014 de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264.pdf>
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*, 22, 5-14.
- Mathews, M.S. & MacDorman, M.F. (2006). Infant Mortality Statistics From the 2006 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. Documento en línea tomado de: [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58\\_17.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_17.pdf) Revisado el 12 de mayo 2014.
- Meades, R. & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 1 - 15.
- McGrath E, Keita G, Strickland B, Russo N. Women and depression. Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association's National task force on women and depression. APA. Washington, DC, EU, 1990.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 4.
-

- Melo, E. F., Cecatti, J. G., Pacagnella, R. C., Leite, D. F., Vulcani, D. E., & Makuch, M. Y. (2012). The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1204-1208.
- Navarrete, L. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa. Efectos en síntomas depresivos y somáticos. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Navarrete, L., Lara, M.A, Navarro, C., Gómez., Morales F. (2012) Factores psicosociales que predicen sintomatología ansiosa posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*. 64 (7), 625-633.
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*, 11(1), 22.
- Nordentoft, M., Lou, H. C., Hansen, D., Nim, J., Pryds, O., Rubin, P., et al. (1996). Intrauterine growth retardation and premature delivery: the influence of maternal smoking and psychosocial factors.. *American Journal of Public Health*, 86(3), 347-354.
- Ocampo, R., Heinze, G., Ontiveros, M.P., 2007. Detección de depresión postparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría*. 23, 18-22.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal Antenatal Anxiety And Behavioural/emotional Problems In Children: A Test Of A Programming Hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025-1036.
- Oiberman, A. J. (2001). *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. Buenos Aires: Lugar.

- Ordorika-Sacristán, T.(2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(4), 647-674
- Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS). *Perinatol Reprod Hum*, 15(1), 11-20.
- Pérez-Blasco, J., & Serra, E. (1994). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*, 13(2), 155-161.
- Pimentel-Sarzuri, B. (2007). Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstetrico en el Hospital Materno Infantil de la C. N. S , La Paz- Bolivia . *Revista Paceña de Medicina Familiar*, 4, 15-19.
- Poal, G. (1993). *Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral*. Madrid: Siglo XXI
- Prina, A. M., Ferri, C. P., Guerra, M., Brayne, C., & Prince, M. (2011). Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 485-491.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale For Research In The General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165-169.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
-

- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*, 13. Retrieved January 18, 2014, from 10.1007/s00737-013-0409-0.
- Rojas-Carrasco KE. (2010). Inventario de ansiedad en padres con hijos en terapia intensiva *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (5): 491-496.
- Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. (10th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sainz-Aceves KG, Chávez-Ureña BE, Díaz-Contreras ME, Sandoval-Magaña MA., Robles-Romero MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Aten Fam*. 2013;20(1):25-27.
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975) *Manual del Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)*, Manual Moderno, California, USA.
- Szpitalak, M., & Prochwicz, K. (2013). Psychological gender in clinical depression. Preliminary study. *Psychiatria polska*, XLVII(1), 53–62.
- Torgersen, C. K., & Curran, C. A. (2006). A Systematic Approach to the Physiologic Adaptations of Pregnancy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29(1), 2-19.
- Unger, R. (1979). *Female and Male. Psychological Perspectives*. New York: Harper and Row.
- Urbano-Alijama, A., Arostegi-Santamaría, E., Abeijón- Merchán, J.,(2012) Estudio longitudinal sobre el perfil de usuario-a del sistema de salud mental de la Red Pública Vasca-Osakidetza Análisis de las diferencias por sexos y posibles desigualdades por razón de género
- Vythilingum, B. (2008). Anxiety disorders in pregnancy. *Current psychiatry reports*, 10(4), 331-335.
-

WHO (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, extraído el 14 de mayo del 2014, de <http://www.who.int/whr/2001/en/>

WHO (2001). *Mental Health. A Call for Action by World Health Ministers*, extraído el 20 de Junio del 2014 [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/Call\\_for\\_Action\\_MoH\\_Intro.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf)

Wisborg, K. (2000). A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Archives of Disease in Childhood*, 83(3), 203-206.

Witt, W. P., Deleire, T., Hagen, E. W., Wichmann, M. A., Wisk, L. E., Spear, H. A., et al. (2010). The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 425-437.

---

## **ANEXOS**

Escalas utilizadas

Consentimiento informado

Tríptico informativo “Depresión Posparto”

**FACTORES DEMOGRÁFICOS, PSICOSOCIALES Y TRADICIONALISMO FEMENINO, Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA DURANTE EL EMBARAZO**

Número de cuestionario

--	--	--	--

Iniciales de la participante \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación \_\_\_\_\_ Entrevistó \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál fue el último nivel que cursó en la escuela, y hasta que año llegó?	Menos de primaria 0	Primaria 1-2-3-4-5-6	Secundaria 1-2-3	Preparatoria o bachillerato 1-2-3	Licenciatura 1-2-3-4-5	Posgrado 1-2-3
--	------------------------	-------------------------	---------------------	--------------------------------------	---------------------------	-------------------

3. Estado de origen:	Nuevo León 1	San Luis Potosí 2	Tamaulipas 3	Coahuila 4	Otro 5
----------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------	-----------

4. Ocupación	Ama de casa 1	Obrera 2	Empleada 3	Técnica 4	Profesional 5	Desempleada 6
--------------	------------------	-------------	---------------	--------------	------------------	------------------

5. ¿Cuál es el ingreso que percibe mensualmente su familia?	Menos de \$1,942.00 1	\$1,942.00 a \$3,885.00 2	\$3,886.00 a \$7,771.00 3	\$7,772.00 a \$11,656.00 4	más de \$11,656.00 5
---	--------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------

6. Número del actual embarazo \_\_\_\_\_

7. Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

8. Trimestre en el que inició control prenatal:	1ero	2do	3ero
---	------	-----	------

9. Número de abortos previos: \_\_\_\_\_

10. ¿Padece actualmente alguna enfermedad médica de importancia?	Si 1	No 2
--	---------	---------

10.1 ¿Cuál? \_\_\_\_\_



**Inventario DE PREDICTORES DE LA DEPRESION POSTPARTO (PDPI-R, Records,  
Rice y Beck, 2007)**

**Escoja Uno**

**Estado Civil**

- Soltera [ ] 1
- Casada [ ] 0
- Separada [ ] 1
- Divorciada [ ] 1
- Viuda [ ] 1
- Convive con su compañero [ ] 0

**Nivel Socioeconómico**

- Bajo [ ] 1
- Medio [ ] 0
- Alto [ ] 0

**Autoestima**

- ¿Se siente bien acerca de su persona? Sí [ ] 0      No [ ] 1
- ¿Se siente valiosa? Sí [ ] 0      No [ ] 1
- ¿Tiene buenas cualidades? Sí [ ] 0      No [ ] 1

**Depresión Prenatal**

- ¿Se ha sentido deprimida durante su embarazo? Sí [ ] 1      No [ ] 0
- Si contestó sí,
- ¿Cuándo y cuánto tiempo duro? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tan leve o grave fue? \_\_\_\_\_

**Ansiedad Prenatal**

- ¿Se ha estado sintiendo ansiosa durante su embarazo? Sí [ ] 1      No [ ] 0
- Si contestó sí,
- ¿Por cuánto tiempo se ha sentido de esta manera? \_\_\_\_\_

**Embarazo no planeado/no deseado**

- ¿Fue el embarazo planeado? Sí [ ] 0      No [ ] 1
- ¿Fue el embarazo deseado? Sí [ ] 0      No [ ] 1

**Historia de Depresión**

- Antes de este embarazo, ¿se ha sentido alguna vez deprimida? Sí [ ] 1      No [ ] 0
- Si contestó sí,
- ¿Cuándo sufrió de depresión? \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico debido a esta depresión pasada? Sí [ ]      No [ ]

## Apoyo Social

### Pareja

¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su pareja?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que puede confiar en su pareja?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que puede contar con su pareja?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su pareja? (Por ejemplo, le ayuda con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))	Sí [ ] 0	No [ ] 1

### Familia

¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su familia?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que puede confiar en su familia?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que puede contar con su familia?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su familia? (Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))	Sí [ ] 0	No [ ] 1

### Amistades

¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de sus amistades?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que puede confiar en sus amistades?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que puede contar con sus amistades?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de sus amistades? (Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))	Sí [ ] 0	No [ ] 1

### Satisfacción Matrimonial/De Pareja

¿Está satisfecha con su matrimonio o con su situación de pareja?	Sí [ ] 0	No [ ] 1
Actualmente, ¿está teniendo problemas matrimoniales o de pareja?	Sí [ ] 1	No [ ] 0
¿Van bien las cosas entre usted y su pareja?	Sí [ ] 0	No [ ] 1

### Eventos de Estresantes de la Vida

¿Le están pasando alguno de estos eventos estresantes en su vida?		
· Problemas financieros	Sí [ ] 1	No [ ] 0
· Problemas matrimoniales	Sí [ ] 1	No [ ] 0
· Muerte de un miembro familiar	Sí [ ] 1	No [ ] 0
· Desempleo	Sí [ ] 1	No [ ] 0
· Enfermedad seria de un miembro familiar	Sí [ ] 1	No [ ] 0
· Mudarse	Sí [ ] 1	No [ ] 0
· Cambio de trabajo	Sí [ ] 1	No [ ] 0

### ESCALA DE DEPRESIÓN PERINATAL DE EDINBURGO

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	Tanto como siempre 0	No tanto ahora 1	Mucho menos 2	No, no he podido 3
2. He mirado el futuro con placer	Tanto como siempre 0	Algo menos de lo que solía hacer 1	Definitivamente menos 2	No, nada 3
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	Sí, la mayoría de las veces 3	Sí, algunas veces 2	No muy a menudo 1	No, nunca 0
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	No, para nada 0	Casi nada 1	Sí, a veces 2	Sí, a menudo 3
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	Sí, bastante 3	Sí, a veces 2	No, no mucho 1	No, nada 0
6. Las cosas me oprimen o agobian	Sí, la mayor parte de las veces 3	Sí, a veces 2	No, casi nunca 1	No, nada 0
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	Sí, la mayoría de las veces 3	Sí, a veces 2	No muy a menudo 1	No, nada 0
8. Me he sentido triste y desgraciada	Sí, casi siempre 3	Sí, bastante a menudo 2	No muy a menudo 1	No, nada 0
9. He sido tan infeliz que he estado llorando	Sí, casi siempre 3	Sí, bastante a menudo 2	Sólo en ocasiones 1	No, nunca 0
10. He pensado en hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo 3	A veces 2	Casi nunca 1	No, nunca 0

## INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

### Ansiedad- estado

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale lo que mejor **indique cómo se siente usted ahora mismo, en este momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada	0	1	2	3
2. Me siento segura	0	1	2	3
3. Estoy tensa	0	1	2	3
4. Estoy contrariada	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterada	0	1	2	3
7. Me siento angustiada	0	1	2	3
8. Me siento descansada	0	1	2	3
9. Me siento angustiada	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí misma	0	1	2	3
12. Me siento nerviosa	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada	0	1	2	3
14. Me siento muy "atada" (como oprimida)	0	1	2	3
15. Estoy relajada	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha	0	1	2	3
17. Estoy preocupada	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

## Ansiedad- rasgo

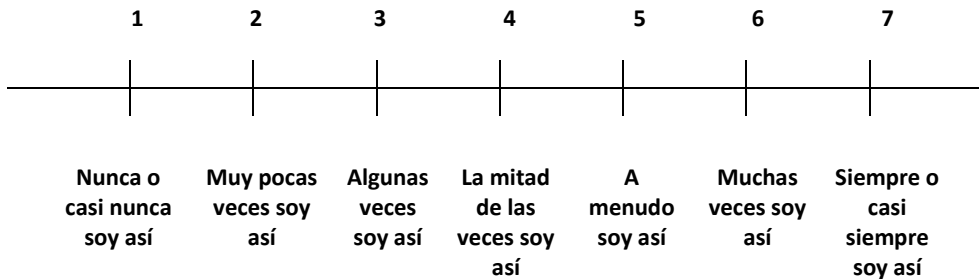
A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale lo que mejor indique ***cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones.*** No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena, y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí misma	0	1	2	3
13. Me siento segura	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólica)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecha	0	1	2	3
17. Me rodean y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tensa y agitada	0	1	2	3

### TRADICIONALISMO EN EL PAPEL FEMENINO

Ahora le voy a leer una lista que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñosa, floja. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le dará un número entre uno y siete, según qué tan bien crea que describe su manera de ser.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:



Ejemplo:

Lista  Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces es lista

Maliciosa  Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso

Responsable  Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable

A la lista de adjetivos que le voy a leer, dígame un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como le acabo de leer

**IM1.** Conformista

**IM2.** Sumisa

**IM3.** Indecisa

**IM4.** De personalidad débil

**IM5.** Resignada

**IM6.** Cobarde

**IM7.** Retraída

**IM8.** Tímida

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Deseo invitarla a participar en un estudio titulado “Factores demográficos, psicosociales y tradicionalismo femenino, y su asociación con sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo” El estudio está siendo llevado a cabo por la Dra. Asunción Lara (Jefa del Departamento de Modelos de Intervención, del Instituto Nacional Ramón de la Fuente Muñiz) la Dra. Adelina Alcorta, el Dr. Omar Kawas, Dra. Rita Pecero (Maestros del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González) y Dra. Beatriz Ibarra (Residente), teléfono: 83480585). El propósito de este estudio es entender cómo se sienten las mujeres durante el embarazo, lo cual nos permite hacer recomendaciones para que las mamás que se encuentran en este periodo reciban un trato más adecuado a sus necesidades.

El estudio consiste en una entrevista para recabar algunos datos respecto a su estado de ánimo, la cual tiene una duración aproximada de 30 minutos.

Los datos que se obtengan del estudio nos ayudarán a saber qué necesitan y cómo atender a las mujeres que presentan tristeza o ansiedad en el embarazo.

Es importante mencionarle que la decisión de participar en la investigación es voluntaria. En caso de que usted decida no hacerlo no se verá afectada su atención médica, ni su relación con el Hospital Universitario o su médico. Así como también usted puede dejar de participar en cualquier momento sin penalización ni pérdida de beneficios. Usted tiene el derecho de inspeccionar cualquier instrumento o material relacionado con la propuesta.

En caso de requerir atención psicológica o psiquiátrica, se iniciará el procedimiento para una interconsulta en el Servicio de Medicina de enlace, si usted así lo desea, lo cual tiene un costo de acuerdo a lo establecido por el departamento de Trabajo Social.

Es posible que encuentre preguntas en la entrevista que le resulten incómodas o que prefiera no contestar, en estos casos, podría no responderlas.

Puede sentirse en plena libertad de dejar de participar en este estudio en cualquier momento, ya sea de manera temporal o permanente. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por su participación.

Para preservar la confidencialidad, esta información se mantendrá bajo resguardo y se hará todo lo necesario para que nadie pueda identificarla como la persona que dio las respuestas, solo los investigadores tendrán acceso a esta información.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la información anterior, mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Después de firmar la Autorización, puedo cambiar de decisión y no dejar que el investigador divulgue o utilice mi información protegida de salud (revocación de la autorización). Si revoco la autorización, yo enviaré una carta escrita a la Dra. Beatriz Ibarra, para informarle de mi decisión.

Se le ha proporcionado una copia de esta forma para quedársela y para que haga referencia a ella cuando sea necesario. Sin embargo Si usted tiene alguna pregunta acerca de la investigación, por favor hable con la Dra. Beatriz Ibarra, por medio de teléfono marcando al 83480585, en la extensión 282

_____	_____	_____
Fecha	Firma o huella del Sujeto	Nombre en letra de molde
_____	_____	_____

Fecha                      Firma o huella del Testigo 1                      Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_

Fecha                      Firma o huella del Testigo 2                      Nombre en letra de molde

He explicado lo anterior a esta persona. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

\_\_\_\_\_

Fecha                      Nombre y firma de la Persona que Obtuvo el Consentimiento

o Investigador Principal

Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética y el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio Gonzalez” de la Universidad de Autónoma de Nuevo León. Si usted cree que hay alguna violación a sus derechos como sujeto de investigación, puede comunicarse con el Presidente del Comité,

Dr. José Gerardo Garza Leal

Presidente del Comité de Ética

Teléfono de Contacto: 8329-4050 ext 2870-74



## TRÍPTICO INFORMATIVO DEPRESIÓN POSPARTO

### ¿CÓMO TRATARLA?

El tratamiento incluye medicamentos, psicoterapia o la combinación de ambos.

Hay diversos medicamentos antidepressivos para las madres lactantes.

La empatía y comprensión, así como la ayuda para que la mujer entienda su situación, sin sentimientos de culpa, son indispensables.

Es benéfico que las madres aprendan destrezas para manejar su estado de ánimo y enfrentar los problemas cotidianos.

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años y las complicaciones potenciales de largo plazo son las mismas que en la depresión grave.

Si te interesa saber más puedes consultar:

**LIBRO:** Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Cómo prevenir la tristeza y depresión en el embarazo y después del parto. Lara MA y García HT. Editorial Pax, 2009

**Guía para orientadoras/es:** Prevención de la depresión posparto. Lara MA, García HT (2010). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

**También puedes recibir información y ayuda en línea en:**  
[www.ayudaparadepresion.org.mx](http://www.ayudaparadepresion.org.mx)

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



Depresión posparto

Proyecto: Salud Mental de Mamás y Bebés. Prevención de la depresión posparto. Conacyt [Salud.2003.C01.02]



### DEPRESIÓN POSPARTO

Cualquier mujer puede sufrir depresión o ansiedad en el embarazo o en el posparto. Sin embargo, con la información y tratamiento debidos puede lograr su recuperación total.

Es importante reconocer los síntomas lo antes posible, para que la madre reciba la ayuda que necesita.

### GRANDES CAMBIOS

El primer mes después del parto es para la mujer un periodo de grandes cambios.

- Sus hormonas y su peso se están reajustando rápidamente.
- Hay nuevas y numerosas tareas que atender.
- Puede haber dificultades con la pareja y con los otros hijos y con los propios padres y suegros.
- Suele alterarse el ritmo laboral y modificarse la relación con compañeros/as de trabajo y amigos/as.
- Atender a un recién nacido significa falta de sueño y agotamiento.

Estas experiencias conducen a fluctuaciones en el estado de ánimo y en algunas mujeres pueden desencadenar depresión.

### EL ESTADO DE ÁNIMO

La **tristeza posparto** la experimenta 50% de las mujeres en el periodo posnatal. Se define como tal, cuando el ánimo depresivo dura de 2 a 3 semanas y desaparece.

Si los sentimientos de depresión o ansiedad continúan por **más de tres semanas**, puede haber una condición más seria de **depresión posparto (DPP)**. De **10% a 15%** de las mujeres pueden padecerla.

Menos del 1% de las madres padecen un trastorno más severo que es la **psicosis posparto**. Se caracteriza por ideas delirantes, ansiedad, culpa y temor de dañar al bebé desmedidos, lo cual puede representar un peligro para sí misma y para el/la pequeño/a. Es muy poco frecuente y requiere de atención psiquiátrica inmediata.

### UNA MUJER TIENE MAYOR PROBABILIDAD DE EXPERIMENTAR DEPRESIÓN POSPARTO SI:

- Ha padecido trastornos de ansiedad o del estado de ánimo antes del embarazo.
- Carece del apoyo de personas cercanas.
- Tiene familiares cercanos que hayan experimentado depresión.
- Le ocurrió algo particularmente estresante durante el embarazo.
- Es adolescente
- No deseaba el embarazo

### SEÑALES DE DEPRESIÓN POSPARTO

- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Ansiedad extrema o pánico.
- Confusión o incapacidad para concentrarse.
- Miedo de estar a solas con el bebé.
- Sentimientos que no corresponden con la realidad.
- Imposibilidad de dormir incluso cuando el bebé esté dormido.
- Descuido personal.
- Falta de interés por el bebé.
- Deseos de no levantarse de la cama.

---