
ARTÍCULO ORIGINAL

Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto

Laura Elena Navarrete,* María Asunción Lara-Cantú,*
Claudia Navarro,* María Eugenia Gómez,** Francisco Morales**

* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. ** Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression

ABSTRACT

Objectives. To study perinatal anxiety symptoms in a sample of Mexican mothers. A) To evaluate the effect of certain psychosocial factors during pregnancy on anxiety symptoms at two postpartum time intervals; and B) to determine whether this symptomatology is related to symptoms of postnatal depression. **Material and methods.** In this secondary data analysis, 156 women were interviewed during pregnancy (T1): 149 were interviewed again at 6 weeks postpartum (T2) and 156 at 4-6 months postpartum (T3). Subjects were selected from women seeking prenatal attention at three health centers in Mexico City who presented with depressive symptomatology and/or previous history of depression. Two models were subjected to multivariate regression analysis to determine the influence of psychosocial factors in pregnancy (age, education, partner status, social support [APGAR], stress events, self-esteem [Coopersmith], depressive symptomatology [BDI-II], and anxiety [SCL-90]) on anxiety symptomatology (SCL-90) in T2 and T3. Two additional linear regression analyses were performed to evaluate the influence of prenatal anxiety symptomatology (SCL-90) on postpartum depression symptoms (BDI-II), one for each postnatal period (T2, T3). **Results.** The variables that predicted postpartum anxiety symptomatology in T2 were anxiety symptoms and lack of social support; in T3 they were anxiety symptoms, lack of a partner, and lack of social support. Prenatal anxiety symptoms predicted postpartum depressive symptomatology at both postpartum intervals (T2, T3). **Conclusions.** Untreated prenatal anxiety symptomatology is predictive of symptoms of anxiety and depression in the postpartum period, suggesting the need for timely detection and treatment. Women lacking social support or partners are a population

RESUMEN

Objetivos. Estudiar la sintomatología ansiosa perinatal en una muestra de madres mexicanas: A) Valorar el efecto de ciertos factores psicosociales durante la gestación sobre la aparición de sintomatología ansiosa en dos momentos del posparto y B) Evaluar si dicha sintomatología se relaciona con síntomas depresivos posnatales. **Material y métodos.** Análisis secundario de datos. Se entrevistaron 156 mujeres durante el embarazo (T1): 149 nuevamente a las seis semanas (T2) y 156 a los 4-6 meses posparto (T3). Se les seleccionó entre quienes asistían a atención prenatal en tres instituciones de salud de la Ciudad de México, con base en sintomatología depresiva y/o historia previa de depresión. Se evaluaron dos modelos, a través de análisis de regresión multivariada, para determinar la influencia de factores psicosociales en el embarazo (edad, escolaridad, tener pareja, apoyo social [APGAR], sucesos estresantes, autoestima [Coopersmith], sintomatología depresiva [IDB-II] y ansiosa [SCL-90]) sobre la sintomatología ansiosa (SCL 90) en T2 y T3. Se realizaron dos análisis de regresión lineal simples adicionales para evaluar la influencia de la sintomatología ansiosa prenatal (SCL-90) sobre los síntomas depresivos en el posparto (BDI-II), uno para cada período posnatal (T2, T3). **Resultados.** Las variables que predijeron sintomatología ansiosa posparto en T2 fueron: síntomas de ansiedad y falta del apoyo social. En T3: sintomatología ansiosa, no tener pareja y falta de apoyo social. Respecto a la sintomatología depresiva en el posparto, los síntomas de ansiedad prenatal la predijeron en ambos momentos del posparto (T2, T3). **Conclusiones.** La sintomatología ansiosa prenatal no tratada predice síntomas ansiosos y depresivos en el posparto; es necesario detectarla y tratarla oportunamente. Una población particularmente vulnerable para presentar síntomas de ansiedad es el de mujeres que carecen de apoyo social y sin pareja, lo que amerita intervenciones que aborden estas carencias.

particularly vulnerable to anxiety symptoms, and merit interventions that address these issues.

Key words. *Prenatal anxiety. Postnatal anxiety. Postpartum depression. Anxiety symptoms. Developing country. Prenatal care.*

INTRODUCCIÓN

El estudio de la salud mental perinatal (periodo que abarca el embarazo y el posparto) ha alcanzado gran relevancia en las últimas décadas, orientándose, principalmente, a conocer el impacto de la depresión y la sintomatología depresiva posparto sobre la madre. Se sabe que un episodio depresivo en este momento afecta el desempeño materno y tiene consecuencias negativas sobre el infante y el desarrollo del vínculo madre-hijo.^{1,2} La prevalencia de depresión posparto se estima entre 11 y 37% en el mundo,³ y en México en 32.6%, en un estudio realizado en hospitales de Durango.⁴ La ansiedad posnatal también es frecuente. La manifiestan entre 13 y 31.7% de las mujeres,^{1,2} y a pesar de su importancia ha sido poco estudiada. En Latinoamérica, por ejemplo, no se encontraron trabajos publicados al respecto.

El DSM-IV menciona la ansiedad como parte del episodio depresivo mayor en el posparto, respecto al cual señala que a menudo se presenta ansiedad intensa e incluso crisis de angustia.⁵ Aunque la ansiedad puede ser comórbida con los trastornos depresivos, amerita un estudio como una entidad clínica independiente, ya que tiene un papel propio en la psicopatología perinatal.⁶ En este sentido, los trastornos de ansiedad durante el embarazo y el puerperio pueden ser más comunes que los de depresión, y cuando se presentan durante la gestación con frecuencia anticipan depresión posparto, incluso en mayor medida que los antecedentes de depresión.^{1,2,6-12}

Algunos estudios sugieren que la tasa de ansiedad generalizada es más elevada en la población perinatal (4.4 a 8.2%) que en la población general (3 a 5%) y que cierta proporción de mujeres manifiesta síntomas de ansiedad clínicamente significativos en esta etapa.² En contraposición, otros autores¹³ no encuentran que la depresión o ansiedad sean diferentes con respecto a aquéllas que se presentan en otra etapa de la vida; sin embargo, consideran que sus consecuencias en este momento son más graves para la madre, el proceso de gestación y el desarrollo del infante. La ansiedad durante el embarazo tiene efectos adversos, entre otros, debido a la exposición a niveles hormonales elevados. La exposición del feto a es-

Palabras clave. Ansiedad prenatal. Ansiedad posnatal. Depresión posparto. Síntomas de ansiedad. País en desarrollo. Atención prenatal.

tos niveles (de cortisol, en particular) contribuiría a un parto prematuro.⁸ Además, aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y en el desarrollo neuroconductual en la infancia.^{2,8,10} La ansiedad materna posnatal, por otro lado, tiene efectos negativos en el infante: problemas emocionales y del comportamiento y sobre el desarrollo cognitivo y social.²

Respecto a los factores de riesgo para presentar ansiedad durante el posparto, la literatura reporta que ésta es más frecuente cuando durante el embarazo se encuentran antecedentes de ansiedad¹⁴⁻¹⁶ y de depresión previos,^{1,15,17} sucesos estresantes,^{15,17} poco apoyo de la pareja,¹⁶⁻¹⁸ falta de apoyo social¹⁹ y bajo ingreso familiar.²⁰ Otras variables asociadas con síntomas de ansiedad posnatal son edad y escolaridad,¹⁵ y autoestima, de la que sólo se ha estudiado su relación con la ansiedad prenatal, pero se desconoce su influencia en el posparto.²¹

En síntesis, la ansiedad en la etapa perinatal es frecuente. En México, aunque se ha estudiado el efecto de algunos factores psicosociales de riesgo previos al embarazo sobre la depresión posparto,²² aún no se ha valorado directamente si dichos factores, durante esa etapa, predicen la manifestación de sintomatología ansiosa y si ésta se relaciona, además, con síntomas de depresión posparto.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es estudiar la sintomatología* ansiosa perinatal en una muestra de madres mexicanas para valorar el efecto de ciertos factores psicosociales presentes durante la gestación (edad, escolaridad, tener pareja, autoestima, sucesos estresantes y apoyo social, así como síntomas de depresión y ansiedad prenatales) en la aparición de sintomatología ansiosa en dos momentos del posparto, y si la misma sintomatología ansiosa prenatal se relaciona con síntomas depresivos en el posparto. Se considera que expandir el foco de estudio más allá de los síntomas depresivos en el posparto, para analizar el espectro tanto de los

* Se utiliza el término sintomatología ansiosa y depresiva a lo largo del trabajo, y no ansiedad y depresión, debido a que dichos trastornos se midieron por medio de escalas de autorreporte y no por entrevistas diagnósticas clínicas. No obstante, se sabe que ambas formas de medición tienen una elevada correlación.

trastornos depresivos como de los ansiosos a lo largo del periodo perinatal, permitirá tratar más ampliamente el rango de morbilidad psicológica más frecuente en la mujer durante esta etapa.²³

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes y procedimiento

Este trabajo es un análisis secundario de datos de un estudio dirigido a evaluar una intervención psicoeducativa durante el embarazo, con el fin de prevenir la depresión posparto (DPP).²⁴ Se seleccionó una muestra de 377 mujeres embarazadas que asistían a atención prenatal en tres instituciones de la Ciudad de México: un hospital de tercer nivel de atención, uno de segundo y un centro comunitario de salud.

Los criterios de inclusión fueron:

- Tener 18 años de edad o más.
- Hasta 26 semanas de embarazo.
- Educación primaria completa.
- No presentar un posible trastorno bipolar o abuso de sustancias.
- Referir sintomatología depresiva (≥ 16 en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos [CES-D, por sus siglas en inglés]) y/o historia previa de depresión.

Quienes cumplieron con dichos criterios y aceptaron participar firmaron una carta de consentimiento informado y fueron asignadas al azar a una de dos condiciones:

- Intervención (participación en ocho sesiones psicoeducativas grupales orientadas a la prevención de la depresión posparto).
- Control (recibir el tratamiento habitual de la institución).

Instrumentos

La entrevista incluyó los siguientes aspectos:

- **Datos sociodemográficos.** Se incluyeron las variables: edad, años de estudio y estado civil (con pareja: casadas, unión libre; sin pareja: solteras, divorciadas y viudas).
- **Síntomas de ansiedad.** Se utilizó la escala de ansiedad del *Hopkins Symptoms Checklist* (SCL-90, por sus siglas en inglés).²⁵ El SCL-90 es una escala de tamiz de 90 reactivos que evalúan el

grado de malestar en las últimas dos semanas. Se contesta en una escala Likert de cinco puntos (nada = 0; extremadamente = 4) y tiene una consistencia interna de $\alpha = 0.80$ en población mexicana.²⁶ Para este estudio se utilizó la subescala de ansiedad, que consta de diez reactivos y que evalúa síntomas y comportamientos asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad: inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico.^{26,27} En trabajos previos de validación en población perinatal a los tres y seis meses posparto, se encontró que esta subescala distinguió a aquellas mujeres que padecían un trastorno de ansiedad de aquéllas que no lo tenían.² El punto de corte de 18 es considerado por Derogatis²⁸ como indicador de presencia de sintomatología ansiosa.

- **Síntomas de depresión.** *Inventario de Depresión de Beck* (IDB-II).²⁹ El IDB-II es una versión del IDB que evalúa los síntomas depresivos padecidos en las dos últimas semanas y que corresponde, de manera más cercana, a los criterios de depresión mayor propuestos en el DSM-IV. Se compone de 21 reactivos que contemplan cuatro alternativas de respuesta sobre la gravedad/intensidad de los síntomas en un rango de 0 a 3. El punto de corte ≥ 14 es indicador de sintomatología depresiva elevada.²⁹ La versión en español muestra una confiabilidad de $\alpha = 0.87$ en la población hispana en Estados Unidos.³⁰ En México, el IBD tiene una excelente confiabilidad ($\alpha = 0.87$) y validez concurrente en relación con el Zung ($r = 0.73$, $p < 0.00$).³¹
- **Apoyo social.** *Social Support Apgar* (SSA, por sus siglas en inglés).³² Esta escala mide la percepción y satisfacción de la mujer en etapa perinatal con distintas fuentes de apoyo (pareja, madre, otros familiares, amigos y otras personas conocidas) según diversos tipos de apoyo (accesibilidad a su fuente de apoyo, posibilidad de compartir problemas, aceptación y apoyo a sus deseos, entre otros). Consta de 30 preguntas que se responden según el grado de satisfacción (1 = casi nunca; 2 = algunas veces; 3 = casi siempre). La versión en español, evaluada con mujeres de origen hispano que viven en Estados Unidos, ha mostrado una confiabilidad excelente ($\alpha = 0.94$). Debido a que no se utilizaba en México, se estimó su consistencia interna en esta misma muestra, la cual fue satisfactoria (a las seis semanas posparto: $\alpha = 0.90$ y a los 4-6 meses posparto: $\alpha = 0.91$). El punto de corte ≥ 20 significa mayor satisfacción con el apoyo.³²

- **Sucesos estresantes.** Se usó una escala compuesta por 12 reactivos, de los 23 originales adaptados en México,³³ del instrumento de Holmes y Rahe³⁴ y otros autores.^{35,36} Estos doce se seleccionaron de entre los que tuvieron más alta frecuencia o produjeron mayor estrés en el estudio mexicano.³³ Evalúa los sucesos vitales y las dificultades persistentes ocurridas durante los seis meses previos a la entrevista, en las áreas de familia, pareja, salud, economía e hijos; se valora su presencia o ausencia con cuatro opciones de respuesta y el grado de tensión asociado a cada suceso (0 = no ocurrió el suceso u ocurrió y no produjo estrés; 1 = ocurrió y produjo poco estrés; 2: ocurrió y produjo estrés moderado; 3 = ocurrió y produjo mucho estrés). El punto de corte de 13 se determinó a partir del percentil 75, donde 25% representó a casos más severos.⁴⁰
- **Autoestima.** *Inventario de Autoestima de Coopersmith*.³⁷ Es un instrumento validado en México³⁸ que incluye 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas (sí o no), mide el nivel de autoestima, definida por su autor como el juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo y cuya experiencia subjetiva se transmite a los demás de manera verbal o por su conducta manifiesta.³⁸ La escala tiene una confiabilidad de $\alpha = 0.81$ y una alta validez de constructo en población mexicana. Para este estudio se tomó como punto de corte ≥ 19 como indicador de alta autoestima.³⁹

Análisis de datos

Los datos se analizaron como un solo grupo, independientemente de que las participantes se asignaran a la condición de intervención o control, por no encontrarse diferencias significativas entre las condiciones en las principales variables del estudio en los tres tiempos:

- Síntomas de depresión:

- T1: $t = 1.14, p = NS$.
- T2: $t = 0.93, p = NS$.
- T3: $t = 1.29, p = NS$.

- Síntomas de ansiedad:

- T1: $t = 1.49, p = NS$.
- T2: $t = 2.26, p = NS$.
- T3: $t = 0.19, p = NS$.

Adicionalmente, se analizó la posible influencia de proveer distintos tipos de servicios en los que se recibe la atención prenatal (primer, segundo y tercer nivel) sobre la ansiedad, y en ninguno de los tiempos se observaron diferencias significativas entre instituciones:

- T1: $F = 1.73, p = NS$.
- T2: $F = 0.40, p = NS$.
- T3: $F = 0.08, p = NS$.

Para responder al objetivo sobre el efecto de los factores psicosociales durante la gestación (T1) en la aparición de sintomatología ansiosa en el posparto se realizaron dos análisis de regresión lineal multivariada, uno para evaluar el efecto a las seis semanas posparto (T2) y otro a los seis meses posnatales (T3).

Las variables independientes que se incluyeron en el modelo fueron edad, años de estudio, tener pareja, autoestima, sucesos estresantes y apoyo social, así como los síntomas de depresión y ansiedad prenatales (T1). Se introdujo, además, una variable a la que se denominó *condición* (participación en la condición de intervención o de tratamiento usual de la institución) como una medida más de control, de un posible efecto de la participación en la intervención psicoeducativa. Para abordar el segundo objetivo, respecto a la influencia de la sintomatología ansiosa prenatal (T1) en los síntomas depresivos en el posparto, se realizaron análisis de regresión lineal simples, uno para cada periodo posnatal (T2, T3), en los que sólo se incluyeron las dos variables en estudio. Los análisis se realizaron por medio del programa estadístico SPSS versión 15.

El estudio original lo aprobó la Comisión de Bioética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

RESULTADOS

En el presente estudio sólo se incluyeron 156 mujeres de aquéllas entrevistadas durante el embarazo (y seguidas en el posparto), de ellas 149 se contactaron a las seis semanas (T2) y 156 entre los 4-6 meses posparto (T3). Como se observa, hubo una elevada pérdida de participantes (377 inicialmente seleccionadas). Este aspecto se aborda de manera puntual en otros artículos, cuyos datos indican que no se dio un sesgo en la muestra en las variables relevantes del estudio debido a esta pérdida.²⁴ También se observó que de las mujeres que participaron en la intervención, los casos perdidos correspondie-

Cuadro 1. Características sociodemográficas y psicológicas de las gestantes (N = 156).

	f (%)
• Edad	
≥ 26 años	82 (52.56)
≤ 25 años	74 (47.43)
• Años de estudio	
≥ 10 años	104 (66.66)
≤ 9 años	52 (33.33)
• Estado civil	
Con pareja	134 (85.89)
Sin pareja	22 (14.10)
• Sintomatología ansiosa (SCL-90)	
Elevada sintomatología (≥ 18)	23 (14.74)
Baja sintomatología (≤ 17)	133 (85.25)
• Sintomatología depresiva (IDB-II)	
Riesgo para depresión (≥ 14)	98 (62.82)
Sin riesgo para depresión (≤ 13)	58 (37.17)
• Autoestima (Coopersmith)	
Alta autoestima (≥ 19)	48 (30.76)
Baja autoestima (≤ 18)	108 (69.23)
• Satisfacción apoyo social (Apgar)	
Elevada satisfacción (≥ 21)	113 (72.43)
Baja satisfacción (≤ 20)	43 (27.56)
• Sucesos estresantes	
Elevado estrés (≥ 13)	35 (22.43)
Bajo estrés (≤ 12)	121 (77.56)

Cuadro 2. Relación entre las variables psicosociales prenatales y la ansiedad posparto (SCL-90).

T1 Variables psicosociales	T2 Ansiedad	T3 Ansiedad
Edad	-0.09	-0.10
Años de estudio	-0.01	-0.03
Tener pareja [†]	-0.02	-0.39**
Apoyo social	-0.034*	-0.25*
Sucesos estresantes	0.016*	0.26**
Autoestima	-0.17*	-0.32**
Síntomas de depresión	0.22**	0.37**
Síntomas de ansiedad	0.36**	0.51**

[†]Correlación biserial puntual. *p < 0.001. **p < 0.05.

ron a mujeres con menor sintomatología ansiosa y menos sucesos estresantes, lo que indica que la muestra se constituyó por los casos más representa-

Cuadro 3. Influencia de las variables psicosociales prenatales sobre la sintomatología ansiosa posparto (SCL-90).

• T2: seis semanas PP (N = 149)	R ²
Sintomatología ansiosa*	0.35
Apoyo social**	-0.22
• T3: 4-6 meses PP (N = 156)	R ²
Sintomatología ansiosa*	0.48
Tener pareja**	-0.18
Apoyo social*	-0.13

*p < 0.01. **p < 0.05.

tivos de las mujeres objeto de estudio.⁴⁰ En el cuadro 1 se presentan las características de la muestra.

- **Síntomas de ansiedad y depresión.** Se observó que 14.8% (T1), 10.6% (T2) y 9.0% (T3) manifestó síntomas de ansiedad (SCL-90 ≥ 18) y 62.7% (T1), 36.4% (T2) y 43.1% (T3), síntomas de depresión (IDB-II ≥ 14). La comorbilidad entre ambos padecimientos (aquellas mujeres que puntuaron por arriba de los puntos de corte en ambos instrumentos) fue de 17.6% (T1), 8.1% (T2) y 6.4% (T3).
- **Influencia de variables psicosociales prenatales sobre sintomatología ansiosa posparto.** Se realizaron correlaciones bivariadas entre las variables psicosociales (T1) y los síntomas de ansiedad posparto en T2 y T3. Como puede observarse en el cuadro 2, los sucesos estresantes, satisfacción con el apoyo social, la autoestima y los síntomas de depresión y ansiedad prenatales tuvieron correlaciones significativas con sintomatología ansiosa en los dos momentos del posparto (T2 y T3). No tener pareja se relacionó con la presencia de dicha sintomatología sólo en T3. Posteriormente, se estimó el efecto conjunto de las variables sobre la sintomatología ansiosa. El primer modelo (Cuadro 3), que estimó la acción de dichas variables (T1) sobre la sintomatología ansiosa a las seis semanas posnatales (T2), resultó significativo ($F = 16.13$, $p \leq 0.001$) y explicó 17.9% de la varianza. Las variables que predijeron la sintomatología ansiosa posnatal (T2) fueron: síntomas de ansiedad prenatales ($r^2 = 0.35$) y satisfacción con el apoyo social ($r^2 = -0.22$). El segundo modelo, que evaluó los efectos de los aspectos psicosociales (T1) sobre los síntomas de ansiedad a los 4-6 meses posparto (T3), también resultó significativo ($F = 17.57$, $p \leq 0.001$), explicando 28.5% de la varianza. Las variables relevantes fueron sintomatología

ansiosa (T1) ($r^2 = 0.48$), tener pareja ($r^2 = -0.18$) y satisfacción con el apoyo social ($r^2 = -0.13$).

- **Influencia de los síntomas de ansiedad prenatal sobre la sintomatología depresiva posnatal.** La regresión lineal para evaluar la relación entre dichas variables mostró que el modelo fue significativo ($F = 17.58; p \leq 0.001$), esto es, los síntomas de ansiedad (T1) predijeron síntomas depresivos a las seis semanas posparto (T2), explicando 10.1% de la varianza ($r^2 = 0.327; p \leq 0.001$). Respecto a su papel a los seis meses posnatales (T3), el modelo también fue significativo ($F = 14.20; p \leq 0.001$) y explicó 7.9% de la varianza ($r^2 = 0.291; p \leq 0.001$).

DISCUSIÓN

El primer objetivo del estudio fue analizar el efecto de algunos factores psicosociales durante la gestación en la aparición de sintomatología ansiosa en dos momentos del posparto: a las seis semanas y entre los cuatro y seis meses posnatales. Al respecto, los análisis bivariados mostraron que no tener pareja, insatisfacción con el apoyo social, presencia de sucesos estresantes, baja autoestima y sintomatología ansiosa y depresiva se correlacionaron con los síntomas de ansiedad en alguno o ambos momentos del posparto de manera similar a lo que informan otros estudios.^{1,14-20}

Por otra parte, los modelos que estimaron la influencia de las variables psicosociales prenatales en conjunto sobre la sintomatología ansiosa en cada uno de los períodos posnatales, mostraron ser significativos (T2: $F = 16.13, p \leq 0.001$; T3: $F = 17.57, p \leq 0.001$); en ellos, las variables de riesgo de sintomatología ansiosa posnatal fueron la falta de apoyo social y los síntomas de ansiedad prenatales, en ambos períodos y no tener pareja sólo a los 4-6 meses posnatales.

La relación entre síntomas de ansiedad pre y posnatales también la observaron Grant, *et al.*,¹⁴ quienes en su estudio encontraron que la ansiedad durante el embarazo continuó en 47.6% de las mujeres evaluadas hasta seis meses después de dar a luz. Por su parte, Heron, *et al.*⁴¹ hallaron resultados similares, además afirmaron que las diferencias individuales en la ansiedad son estables desde el inicio del embarazo hasta el posparto; en su investigación, 64% de las mujeres que reportaron niveles elevados de ansiedad durante la gestación igualmente los tuvieron durante el posparto, incluso fueron una condición clínica persistente.¹⁴

Es posible que la ansiedad prenatal se derive del proceso de adaptación al embarazo por el que pasan

las mujeres, de su preocupación para que éste llegue a buen término y de que el bebé nazca sano.^{1,11,14} En el periodo posparto también hay situaciones particulares que pueden producir ansiedad, como los sucesos médicos asociados al parto y la necesidad de adaptarse a las nuevas demandas y expectativas del rol materno.¹

Los resultados anteriores sugieren que la sintomatología ansiosa no tratada durante el periodo prenatal prevalece en el posparto, el cual tiene sus propios detonadores de síntomas de ansiedad. Como se mencionó, la ansiedad durante la gestación requiere de atención porque tiene consecuencias en otros ámbitos; se le asocia con parto prematuro y con efectos adversos sobre el bebé (bajo peso al nacer, problemas neuroconductuales, retraso en el desarrollo y dificultades para dormir); mientras que en el posparto puede alterar el funcionamiento materno, afectando incluso la interacción entre madre e hijo.¹⁴

Con respecto al efecto de las variables psicosociales, se observó que cuando la madre está insatisfecha con el apoyo social que recibe durante el embarazo siente mayor ansiedad en el posparto, tanto a las seis semanas como a los 4-6 meses, lo cual es similar a los hallazgos de Moss, *et al.*,¹⁹ quienes encontraron correlaciones ($r = 0.35$ y 0.42) entre apoyo social y síntomas de ansiedad a las siete y 26 semanas después del parto, en donde se aprecia que el apoyo social insuficiente en el periodo posnatal incrementa la presencia de sintomatología ansiosa. De manera más específica, no contar con el apoyo social en situaciones estresantes se relaciona en mayor medida con ansiedad en madres primíparas.⁴²

Estos resultados manifiestan la importancia del apoyo social durante el periodo perinatal, no sólo en relación con depresión posparto, como se ha estudiado en mayor medida,^{4,13,43,44} sino también como generador de sintomatología ansiosa.¹⁹ Desde un punto de vista psicodinámico se ha hecho énfasis en la importancia de que la mujer cuente con una red de apoyo adecuada. Dicha matriz de apoyo (como es nombrada por sus expositores)⁴⁵⁻⁴⁷ tiene dos funciones principales. La primera, proteger físicamente a la madre, cubrirle sus necesidades vitales y retirarla algún tiempo de las exigencias de la realidad externa, para que pueda dedicarse a cuidar a su hijo/a, y la segunda, satisfacer la necesidad de la madre de sentirse rodeada, apoyada, acompañada y ayudada durante la crianza. De ahí que la carencia de este apoyo la lleve a experimentar ansiedad prolongada.

Parte fundamental de esta red de apoyo para la mujer es la pareja. Para Stern,⁴⁶ el compañero

siempre ha desempeñado un papel importante en esta función de sostén; ahora que la familia nuclear carga con la mayor parte del peso, tiene un papel más relevante. En este contexto, se explica el hallazgo del presente estudio con respecto a que la ausencia de la pareja durante el embarazo es otro de los factores que predice sintomatología ansiosa a los 4-6 meses posparto. Llama la atención que esta relación no se encontrara a las seis semanas posnatales. Con la información disponible de esta investigación es difícil explicar por qué la carencia de la pareja no se relaciona con la sintomatología estudiada en el primer periodo, por lo que esta pregunta queda pendiente para futuras investigaciones. En la revisión de la literatura no se encontraron datos que asocian estas variables. Por otra parte, se sabe que cuando la madre no tiene pareja es más propensa a presentar depresión posparto.^{4,13,43}

En cuanto al segundo objetivo (estudiar en qué medida los síntomas de ansiedad prenatales predecían síntomas depresivos en el posparto) los resultados de las regresiones lineales simples mostraron que la sintomatología ansiosa predijo síntomas de depresión posnatal tanto a las seis semanas como a los 4-6 meses ($T1: F = 16.13, p \leq 0.001$; $T2: F = 14.20, p \leq 0.001$). Estos datos son similares a lo reportado en la literatura, en donde se considera a la ansiedad como uno de los factores más fuertes para predecir depresión posnatal.^{1,2,7-9,11,12,19}

En resumen, es innegable el papel de la sintomatología ansiosa prenatal como un factor que predice la ansiedad y la depresión en el posparto, lo cual sugiere que su estudio amerita que se le considere como una entidad independiente, con un lugar propio, como afirman Coelho, *et al.*⁶ Su importancia no radica tanto en su frecuencia, ya que fue menor a los síntomas de depresión, sino, como mencionan varios autores, en su cronicidad¹⁴ e impacto sobre la madre y el infante^{1,12} si no se atiende a tiempo.

El hecho de que el estudio sea un análisis secundario de datos limita la generalización de los resultados a otras poblaciones con características diferentes a las de esta muestra.

- Una limitación proviene de que las participantes del estudio fueron seleccionadas por tener síntomas de depresión o historia previa de este trastorno, lo cual pudo llevar a que se sobreestimara la relación entre las variables en estudio y restringir los resultados para la población sin sintomatología depresiva. Un ejemplo del posible

efecto de que la muestra tuviera sintomatología depresiva o historia de depresión previas sería que la frecuencia de sintomatología ansiosa se mantuviera constante en los tres tiempos medidos.

- Por otra parte, la mitad de las mujeres participaron en una intervención psicoeducativa durante el embarazo y la otra recibió la atención usual proporcionada por la institución.²⁴ Aunque no se encontraron diferencias en las variables del estudio entre ambos grupos, y en los modelos estadísticos se observó que pertenecer al grupo control no fue significativo, este hecho pudo influir de manera desconocida en los resultados.
- Perder 59% de la muestra después de ser aleatorizada también fue una limitación del estudio; sin embargo, de acuerdo con los datos obtenidos se determinó que, aunque la tasa de retención fue baja, este hecho no sesgó las características de la muestra.²⁴ Adicionalmente, las mujeres que desertaron fueron menos ansiosas en comparación con las que concluyeron el estudio.⁴⁰

Las implicaciones de estos hallazgos para las políticas públicas en salud son diversas. Se requiere detectar la ansiedad perinatal desde el embarazo y no sólo la depresión pre y posnatal, como se ha sugerido ampliamente en la literatura, así como la implementación de estrategias de prevención y tratamiento adecuados. Estas medidas mejorarán su pronóstico e, indirectamente, favorecerán el desarrollo adecuado del infante y el vínculo madre-hijo. La presencia de sintomatología ansiosa prenatal puede utilizarse como un marcador temprano para identificar mujeres en riesgo de comprometer su salud mental y la resolución de su embarazo.¹⁴

Es importante considerar la población de embarazadas con mayor riesgo de padecer síntomas de ansiedad (aquéllas que no cuenten con una red de apoyo adecuada o sin pareja) para el diseño de estrategias que aminoren estas deficiencias.

A nivel de los servicios de atención perinatal, una medida necesaria para mejorar la salud mental de esta población es la capacitación del personal en contacto con mujeres que reciben dichos servicios. El personal médico, de psicología, enfermería y trabajo social pueden tener tareas específicas en la identificación y tratamiento de las madres en riesgo.¹⁹

Para finalizar, se subraya la necesidad de seguir ampliando la investigación sobre la salud mental perinatal en México, ya que la revisión realizada para

este estudio pone de manifiesto las carencias en este tema. Éste representa el primer trabajo sobre ansiedad perinatal con población mexicana.

AGRADECIMIENTOS

El estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT, Salud-2003-C01.021).

Agradecemos la colaboración y apoyo en la investigación del Centro de Salud José Castro Villagrana, Hospital de Especialidades de la Mujer de la SEDENA e Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Al equipo de trabajo: Teresa García-Hubard, Cecilia Mattei-Gentili†, Gabriela Letechipía, Erika Trujillo, Yazmín Quintero, Sofía Arce, Alejandra Guerrero, Araceli Aguilar, Brenda Jiménez y Rita Acoltzi.

REFERENCIAS

1. Britton J. Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety* 2008; 25: 793-800.
2. Meades R, Ayers S. Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *J Affect. Disord* 2011; 133(1-2): 1-15.
3. Gaynes BN, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report No. 119. 2006. Disponible en: www.ahrq.gov
4. Alvarado-Esquível C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha SG, García-López CR, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Mex* 2010; 146(1): 1-9.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1994.
6. Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ. Antenatal anxiety disorder as predictor of postnatal depression: A longitudinal study. *J Affect Disord* 2011; 129; 348-53.
7. Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Act Psych Scand* 2005; 112: 97-104.
8. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during and the postpartum period: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(8): 1285-98.
9. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2007; 20(3): 189-209.
10. Vythilingum B. Anxiety disorders in pregnancy and the postnatal period. *CME* 2009; 27(10): 450-2.
11. Texeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord* 2009; 119: 142-8.
12. Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health* 2010; 10: 771. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/771>
13. Kowalenko N, Barnett B, Fowler C, Matthey S. The perinatal period. Early interventions for mental health. The Australian Early Intervention Network for Mental Health in young People. Australia 2000.
14. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108(1-2): 101-11.
15. Radecki BC, Primeau LA, Levine RE, Olson GL, Wu H, Berenson AB. Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *J Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2006; 27(3): 157-62.
16. Giakoumaki K, Vasilaki K, Lili L, Skouroliakou M, Liosis G. The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2009; 30(1): 21-8.
17. Swalm D, Brooks J, Doherty D, Nathan E, Jacques A. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13: 515-22.
18. Eberhard-Gran M, Tambs K, Oppedsmoen S, Skrondal A, Eskild A. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(10): 551-6.
19. Moss KM, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Depressive and anxiety symptoms through late pregnancy and the first year post birth: an examination of prospective relationships. *Archive of Womens Mental Health* 2009; 12: 345-49.
20. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedad no puerperio: prevalencia e factores de riesgo Postpartum anxiety: prevalence and risk factors. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(3): 171-8.
21. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Shiu Yin Chong C, Wai Chui H, Yee Tak Fong D. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110(5): 1102-12.
22. García L, Ortega-Soto H, Ontiveros M, Cortés J. La incidencia de la depresión en el posparto. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1991; 57-9.
23. Austin M-P. Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women's Mental Health* 2004; 7: 1-6.
24. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *J Affect Disord* 2010; 122: 109-17.
25. Derogatis LR. SCL-90R. Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the Revised Version. Baltimore, Johns Hopkins, 1977.
26. Lara C, Espinosa I, Cárdenas ML, Fócil M, Cavazos J. Confabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 2005; 28(3): 42-50.
27. Cruz C, López L, Blas C, González L, Chávez R. Datos sobre la validez y confiabilidad de las Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental* 2005; 28(1): 72-81.
28. Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. 3rd. Ed. Minneapolis: National Computer Systems; 1994.
29. Beck AT, Steer R, Brown G. The Beck Depression Inventory-Second Edition Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
30. Penley J, Wiebe J, Nwosu A. Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychol Assess* 2003; 15: 569-77.
31. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1988; 21(3): 26-31.

32. Norwood S. The Social Support Apgar: Instrument development and testing. *Res Nurs Health* 1996; 19: 143-52.
33. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Sal Pub Mex* 2004; 46: 378-87.
34. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosomatic Research*, 1967; 11(2): 213-18. En: Valdés M, De Flores T (eds.). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1985.
35. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychological Medicine* 1978; 8(4): 577-88.
36. González-Forteza CF, Morales CF, Gutiérrez CE. Detección oportuna de pacientes gineco-obstétricas por disfunción psicosocial. *Gineco Obstet Mex* 1993; 61(1): 15-21.
37. Coopersmith S. The Antecedents of Self-esteem. Palo Alto, California: Consulting Psychologists' Press; 1981.
38. Lara C MA, Verduzco MA, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Rev Latinoamericana de Psicología* 1993; 25(2): 247-55.
39. Navarro C, Navarrete L, Lara MA. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud Mental* 2011; 34(1): 37-43.
40. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Le H. Retention of Women in Postnatal Depression Prevention Research in Mexico. *Salud Mental* 2010; 33: 429-36.
41. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in community sample. *J Affect Disord* 2004; 80: 65-73.
42. Vieira F, Bachion MM, Marques AK, Bouttelet D. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Rev Enferm* 2010; 1(1): 83-9.
43. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 1995; 123: 694-9.
44. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression An Update. *Nursing Research* 2001; 50(5): 275-85.
45. Winnicott DW. El proceso de maduración del niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional (1958-1963). Madrid, España: Ed. Laia; 1981.
46. Stern D. La constelación maternal un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona, España: Ed. Paidós; 1997.
47. Elliott S, Leverton T, Sanjack M, Turner H, Cowmeadow P, Hopkins J, Bushnell D. Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2000; 39(3): 223-41.

Reimpresos:

Dra. María Asunción Lara-Cantú

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Clz. México-Xochimilco, Núm. 101
Col. San Lorenzo Huipulco
14370, México, D.F.
Tel.: (55) 4160-5170
Fax: (55) 5655-7999
Correo electrónico: laracan@imp.edu.mx

Recibido el 30 de enero 2012.
Aceptado el 6 de agosto 2012.