



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

“MALESTAR PSICOLÓGICO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN MUJERES QUE PLANEARON SU EMBARAZO Y QUE NO
PLANEARON SU EMBARAZO. UN ESTUDIO CORRELACIONAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ISABEL AGUADO CARRILLO

ASESOR: MTRO. CÉSAR JAVIER ARÁMBULA RÍOS

CIUDAD DE MÉXICO

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Embarazo planeado y no planeado	5
1.1 Salud sexual y reproductiva	5
1.2 Embarazo planeado, no planeado y/o no deseado	10
1.3 Embarazo no planeado y el aborto.....	14
1.4 Adolescencia y embarazo no planeado	18
Capítulo 2. Embarazo	23
2.1 Concepto de embarazo.....	23
2.2 Aspectos biológicos del embarazo.....	23
2.3 Aspectos sociales del embarazo.....	27
2.4 Aspectos psicológicos en el embarazo.....	29
2.5 Características psicológicas del embarazo por trimestre	33
Capítulo 3. Malestar psicológico	36
3.1 Concepto de malestar psicológico	36
3.2 Malestar psicológico y embarazo	39
3.3 Depresión y embarazo	43
3.4 Factores de riesgo que influyen en el malestar psicológico durante el embarazo.	46
3.4.1 Pareja y embarazo	50
3.4.2 Violencia y embarazo.....	53
3.5 Paternidad.	54
Capítulo 4. Investigación relacionada.....	57
Capítulo 5. Método	62
5.1 Justificación	62
5.2 Planteamiento del problema.....	62
5.3 Objetivos	62
5.4 Hipótesis	63
5.5 Variables	63

5.5.1 Definición conceptual de las variables.....	64
5.5.2 Definición operacional de las variables	65
5.6 Población	65
5.7 Muestra	65
5.7.1 Criterios de inclusion y exclusion	65
5.7.2 Muestreo.....	65
5.8 Diseño de investigación	66
5.9 Tipo de estudio.....	66
5.10 Instrumentos.....	66
5.11 Escenario.....	69
5.12 Procedimiento	69
5.13 Análisis estadístico	70
Capítulo 6. Análisis de resultados	71
6.1 Características de la muestra.....	71
6.2 Estadística Descriptiva.....	73
6.3 Estadística Inferencial.....	80
6.3.1 Correlación entre las variables	80
6.3.2 Comparación de medias muestrales	85
Capítulo 7. Discusión.....	89
Capítulo 8. Conclusiones.....	93
Referencias	
Anexos	

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el malestar psicológico y la sintomatología depresiva en mujeres que planearon su embarazo y en mujeres que no lo planearon. El estudio se realizó a 111 mujeres embarazadas, de las cuales 54 si habían planeado su embarazo y 57 mujeres no lo habían planeado. Para ello se abordó a las mujeres embarazadas que acudían a los Centros de Salud ubicados en la Ciudad de México con el objetivo de aplicar los instrumentos. Las escalas que se aplicaron fueron la Escala de Síntomas “*Sympton Rating Test*” (SRT, Keller y Sheffield, 1973) y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS, por sus siglas en inglés, adaptada por Espíndola et al, 2004). Se realizaron una serie de análisis estadísticos para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las muestras, de los cuales se encontró que no existieron. Sin embargo, al realizar la correlación de Pearson, se encontraron correlaciones significativas entre las variables, entre ellas el malestar psicológico y la sintomatología depresiva (.394). En el caso de las mujeres que no planearon su embarazo la correlación entre el malestar psicológico y sintomatología depresiva fue de .294, a diferencia de aquellas mujeres que si habían planeado su embarazo con una correlación de .551.

Al correlacionar la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) y las sub escalas de la Escala de Síntomas “*Sympton Rating Test*” (SRT) se encontraron puntajes significativos entre ansiedad (.424), malestar físico (.190) y malestar psicológico (.409).

Palabras clave: Malestar psicológico, depresión, embarazo planeado, embarazo no planeado, malestar físico y ansiedad.

Introducción

El embarazo es una etapa importante en la vida de la mujer, periodo crítico donde experimenta grandes cambios biológicos, sociales y psicológicos, el cual tiene como finalidad concebir una nueva vida. En el contexto social y cultural se tiene la creencia errónea de pensar que el embarazo es, y debe ser, un estado de plena felicidad, en el cual, todo lo que ocurre son buenas noticias y esperanzas. No obstante, la realidad suele ser otra, ya que la mujer presenta cambios intensos y grandes transformaciones, como cambios en la percepción personal, en la imagen corporal y en la conducta sexual, así como ansiedad sobre responsabilidades futuras, entre otros, que suelen ser difíciles de procesar cognoscitivamente (Asunción & García, 2009; Maldonado & Feintuch, 2001; Olkin, 1993; Salvatierra 1989).

Durante la transición a la maternidad, la mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre, durante este proceso la futura madre tendrá que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y estilo de vida. Al momento en que la mujer se entera que está embarazada dicha noticia es recibida con una mezcla de sentimientos. En casi toda mujer habrá algún grado de ambivalencia, sentimientos desde felicidad hasta sentimientos de inseguridad, miedo o rechazo inicial (Maldonado, Saucedo & Lartigue, 2008).

Las principales alteraciones emocionales y psicológicas que pueden presentarse durante el embarazo suelen ser transitorias, debido a la necesidad de adaptación a todos los cambios que se presentan durante la gestación, provocando desequilibrio en la mujer embarazada. Algunas de estas manifestaciones son de malestar psicológico y síntomas depresivos, siendo las más comunes el llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño, irritabilidad, ansiedad, entre otros (Espíndola et al, 2006, Fernández & Cabaco, 2005; Gómez López, 2007).

Investigaciones realizadas han encontrado que factores sociodemográficos como edad, escolaridad, estado civil, número de embarazo, trimestre del embarazo y pérdidas perinatales previas influyen en la presencia del malestar psicológico y los síntomas depresivos durante el embarazo (Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza & Rodríguez, 2004).

Dicho lo anterior se encontró que un embarazo no planeado tiene mayores complicaciones desde un punto de vista social y psíquico, ocasionando rechazo, culpa ansiedad y depresión (Pimentel et al, 2013). Los embarazos no planeados son aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o que se presentan en mujeres que no desean reproducirse por el momento (Langer, 2002).

Los embarazos no planeados se diferencian en dos grupos: 1) embarazo no planeado que se vuelve deseado y 2) embarazo no planeado que en ningún momento se vuelve deseado. En este último caso, la mujer enfrenta decisiones difíciles donde una de ellas es intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todo y los riesgos y consecuencias que conlleva este proceso (Gallo, 2013; citado en Rojas, 2015, Langer, 2002).

Los contenidos de este trabajo son los siguientes:

En el capítulo uno se lleva a cabo la revisión del concepto del embarazo planeado y no planeado, la importancia de la planificación familiar, la relación de un embarazo no planeado y aborto, así como una breve revisión estadística.

El capítulo dos aborda una revisión del concepto general del embarazo, desde la perspectiva médica, resaltando los cambios biológicos y fisiológicos presentes durante el embarazo, así como los cambios psicológicos y sociales.

En el tercer capítulo, se aborda el concepto de malestar psicológico y la sintomatología depresiva durante el embarazo, así como los principales factores de riesgo que influyen para su presencia durante dicha etapa.

El capítulo cuatro, hace una recopilación de diversas investigaciones referente al embarazo, el malestar psicológico y los síntomas depresivos presentes durante la gestación.

En el capítulo cinco se aborda el método utilizado durante la investigación, dando a conocer principalmente los objetivos, el planteamiento del problema, hipótesis, variables e instrumentos utilizados durante la investigación.

En el sexto capítulo se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos y la descripción de los datos muestrales.

Para finalizar, el capítulo siete y ocho se establecen las conclusiones y discusiones de la investigación.

Capítulo 1. Embarazo planeado y no planeado

1.1 Salud sexual y reproductiva

Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) plantean que en 2015 la población en la Ciudad de México alcanzó 8.9 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad eran mujeres, es decir el 52.3% del total. El comportamiento demográfico de la población femenina es un aspecto de sumo interés para el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva en particular de aquella en edad fértil, convencionalmente consideradas entre los 15 y 49 años de edad, representando el 53.1% de la población femenina total (CONAPO, 2015).

De dichas estimaciones se encontró que el grupo de 15 a 19 años de edad representa el 13.7% con un total de 337 mil adolescentes, siendo uno de los grupos menos numerosos de las mujeres en edad reproductiva. Por su parte las mujeres de 20 a 24 años de edad representan el 14.5%, representando un total de 357 mil mujeres, mientras que las mujeres de 25 a 29 años son el grupo más numeroso con 14.8%, es decir 364 mil mujeres en cuanto a las mujeres de 30 a 34 años representan el 14.6% del total. Por último se encontró que la población femenina que menos contribuye a la fecundidad son las mujeres de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años de edad, concentrando el 14.7%, 14.3 y 13.4 % de la población en etapa reproductiva, respectivamente (CONAPO, 2015).

En el ámbito nacional, una de cada seis mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15-19 años. Las mujeres adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención, debido a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta en el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta (Colín & Villagómez, 2010; citados en Mendoza, Hernández & Valencia, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el concepto de salud reproductiva como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de

una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener la información y de planificación de la familia de su elección, así como el uso de métodos para la regulación de la fecundidad (SSA, 2001, p.18).

Dicho lo anterior, la planificación familiar se inserta en el campo de la salud sexual, entendiéndose ésta como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo, y que no se incluye como elemento indispensable la procreación, ejerciendo hacia el derecho a decidir libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Laza, 2008).

Conexo a lo anterior, la planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales. El control o planificación familiar puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias (sociales, económicas y personales) en las que se desea tenerlos (Morales, Solanelles, Mora & Miranda, 2013).

Como primer aspecto la planificación familiar significa una toma de conciencia y control del individuo sobre sus procesos y capacidades reproductivas, lo que contribuye a una participación más efectiva en su propio destino, su función en la familia, en la comunidad y en las estructuras de la sociedad. Por tanto, es una actuación consciente, que se hace con sentido de responsabilidad. Ello implica que para llevarla adelante se necesita de una buena información y educación y necesariamente hay que modificar costumbres y actitudes (Lugones & Quintana, 1997).

La sexualidad humana es una dimensión de la personalidad impregnada desde la concepción por las mismas características biopsicosociales y espirituales de la persona. Nace y evoluciona con ella y se expresa en la relación de la persona consigo misma y en la convivencia con las otras personas a través de los vínculos emocionales, del papel sexual, de la respuesta sexual, del erotismo y de la reproducción. Las estructuras anatómicas y el

funcionamiento fisiológico del sistema endócrino, del sistema nervioso, de los órganos genitales y las zonas erógenas del cuerpo humano se retroalimentan unas a otras para formar la base biológica de la expresión sexual humana. Las habilidades cognitivas y emocionales de la persona, su organización y funcionamiento biológico, interaccionan desde la concepción con el ambiente sociocultural en el cual vive y le permiten construir patrones de comportamiento único para expresar su sexualidad en cada fase de su desarrollo, en cada época histórica y en cada sociedad en particular. A lo largo de la historia, hombres y mujeres o feminidades y masculinidades, expresan su sexualidad asumiendo un papel asignado socialmente, que estereotipa comportamientos, ahondando las desigualdades de derechos entre ambos (Carballo, 2002).

La fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Las expectativas reproductivas son permeadas por la cultura, la ideología de los padres y de la sociedad, y difieren según su grupo social y el contexto histórico, la política vigente, los mensajes oficiales y la mortalidad infantil. Así, puede comprenderse cómo es que puede influir la sociedad en el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de métodos anticonceptivos o la frecuencia de las relaciones sexuales (Lugones & Quintana, 1997; Orozco 2011).

Como se ha mencionado, la sexualidad y la reproducción son eventos fuertemente marcados por los acervos culturales. En comunidades indígenas las mujeres a muy temprana edad inician su vida sexual negándose al uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres de estas culturas suelen relacionar su rol de ser mujer con el ser madre, implicando la capacidad que tienen para reproducirse como vía de reafirmación, teniendo la creencia de que el embarazo constituye una opción para conformar “una verdadera familia”, ya que entre las mujeres tienen la convicción de que la maternidad es el elemento central de la identidad femenina, mientras que para los hombres, el embarazo de la pareja confirma su masculinidad, su madurez y su capacidad reproductiva (Laza, 2008).

Laza (2008), hace mención de la evolución de toda cultura y de aquellos cambios que cualquier sociedad experimenta, en este sentido el uso o no de los métodos anticonceptivos es dependiente de disímiles y complejos determinantes, entre los cuales parece insertarse la cultura como modeladora de esta decisión.

Es importante mencionar que dentro de la evolución cultural los métodos anticonceptivos modernos aparecieron de forma oficial y se perfeccionaron en la segunda mitad del siglo XX, distinguiéndose por su alta efectividad y seguridad y porque, por primera vez en la historia de la humanidad, dieron una visión diferente a las prácticas reproductivas, permitiendo a la pareja planear el número de hijos que deseaba tener (Orozco et al, 2011).

La planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental de la salud reproductiva dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Los beneficios incluyen desde la reducción de pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, y la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad. El programa de planificación familiar ha logrado avances significativos, aunque el uso de métodos anticonceptivos no ha ocurrido de manera uniforme: persisten rezagos importantes, particularmente en la población adolescente, así como en la que habita en municipios de marginación alta y en zonas rurales e indígenas. En contraste, se observa un mayor uso de anticonceptivos entre la población unida o casada y de mayor escolaridad (Allen Leigh et al, 2013).

En el pasado, la escasa disponibilidad de anticonceptivos hacía de la relación coital una práctica riesgosa, que podía producir un embarazo no deseado y que la mayoría de las veces tenía que ser legitimado socialmente por las parejas involucradas mediante el matrimonio. Este riesgo de embarazarse fundamentaba el consejo que los padres daban a sus hijos de que “el camino al lecho nupcial pasa por la iglesia o la oficina del registro civil”. Las implicaciones que esto tenía no significaban que se posponía la edad de inicio de las relaciones sexuales, más bien que ésta coincidía con la edad de inicio de la relación conyugal entre la mayoría de las parejas. En la actualidad, los anticonceptivos modernos han hecho posible separar las prácticas sexuales de la reproducción y han generado transformaciones en toda una serie de comportamientos relacionados con éstas (Welti, 2005).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, en la Ciudad de México aumentó el porcentaje de mujeres en edad fértil que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, al pasar de 34.4 % a

49.1 % entre 2009 y 2014, y siendo la entidad con mayor uso de métodos en la primera relación sexual, protegiéndose de un embarazo en su primer encuentro sexual, siendo el condón masculino el método anticonceptivo al que más recurren las mujeres en edad fértil en la primera relación sexual (CONAPO, 2015).

Entre las mujeres sexualmente activas es notable que la prevalencia anticonceptiva es mayor que entre las mujeres unidas, aunque decrece ligeramente en los últimos cinco años y en 19 de las 32 entidades federativas. De acuerdo con las características sociodemográficas, las que menos usan métodos anticonceptivos son las adolescentes, las solteras, las que no tienen hijos, aquellas sin escolaridad y las hablantes de lengua indígena (CONAPO, 2015).

Mendoza, Hernández y Valencia (2011), encontraron que la probabilidad acumulada de iniciar la maternidad antes de cumplir 25 años fue de 57.9 % para la generación nacida en 1965-1969, pero en la generación 15 años más joven, de 1980-1984, pasó a 46.7 %. Esto significa que en la Ciudad de México ha disminuido la probabilidad de que las mujeres jóvenes se conviertan en madres antes de los 25 años.

Se observa que las mujeres y parejas optan básicamente por el condón al inicio de sus relaciones sexuales o, en su defecto, por los hormonales. Por ejemplo, entre las jóvenes de 20-24 años, 33% usó un método al iniciar sus relaciones sexuales durante la adolescencia, recurriendo al condón en 30%, a los hormonales en 2%, y a otros anticonceptivos en 1% (Mendoza, Hernández & Valencia, 2011).

Es importante mencionar que hoy en día el número de mujeres que acude a consulta de planificación familiar, sigue siendo superior al de los hombres; pues se cree que la responsabilidad de la concepción en nuestro medio recae en las mujeres (Prendes, Lescay & Guibert, 1998).

Sin embargo, a pesar de ir en crecimiento el uso de métodos anticonceptivos, se calcula que cada año ocurren en el mundo aproximadamente 80 millones de embarazos no planeados, de los cuales más de la mitad terminan en aborto (Orozco et al, 2011).

Diversos estudios han comprobado que el bajo uso de los métodos anticonceptivos tienen relación con la edad, el ciclo de vida, el nivel educativo, las condiciones sociodemográficas, las regiones de origen o el acceso y calidad de los servicios de planificación familiar (Laza, 2008).

Si bien en México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones en la prevalencia de uso de anticonceptivos, en la práctica existen muchas mujeres y parejas que no desean reproducirse, pero siguen expuestas al riesgo de quedar embarazadas, ya sea por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o por usar métodos anticonceptivos tradicionales, como el *ritmo o el coitus interruptus*, de escasa eficacia para evitar el embarazo. Entre las diversas razones que subyacen esta situación están: la falta de conocimiento sobre la existencia de accesos a anticonceptivos, el conocimiento deficiente de cómo utilizarlo y la ausencia de asesoría o consejería (Langer, 2003).

1.2 Embarazo planeado, no planeado y/o no deseado

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2014, en la Ciudad de México el 63.2% de las mujeres embarazadas se clasificó en la categoría de embarazo si planeado y el 36.8 % como embarazo planeado. A nivel nacional se estima que el 40.4% de los embarazos se clasifican como no deseados o no planeados y el 59.6% como embarazos deseados, colocando a la Ciudad de México en la entidad a nivel nacional con el porcentaje menor de mujeres con embarazos no planeados o no deseados y con mayor porcentaje de embarazos planeados (CONAPO, 2015).

De acuerdo a las características sociodemográficas, se identificó cierto patrón en la planeación del embarazo, por ejemplo, las mujeres de mayor edad (30 a 35 años de edad) son las que presentan porcentajes altos en los embarazos planeados, en tanto, que las mujeres más jóvenes (15 a 29 años de edad) son las que presentan mayor porcentaje en embarazos no planeados o no deseados (CONAPO, 2015).

En general, en México cada año ocurren 71 embarazos no planeados por 1,000 mujeres en edad reproductiva, tasa que es muy similar a la estimada para toda América Latina y el Caribe (72 por 1,000, en Juárez, Singh, Maddow & Wulf, 2013).

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad, deberían de ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente, no siempre es así, prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o que se dan en una persona que no quiere reproducirse (Langer, 2002).

El deseo de embarazarse es algo muy difícil y complejo de definir. Hay mujeres que desean embarazarse, pero no en cualquier momento o circunstancia. Otras pueden estar indefinidamente abiertas a la posibilidad de embarazarse. Otras más pueden no plantearse siquiera el problema y pensar que su embarazo tiene que ver con su destino con una voluntad ajena a la suya. Con base a estos conceptos, se distinguen dos vertientes de embarazos: el no planeado y el no deseado; este último puede llevar a un nacimiento “no deseado” o “inoportuno” (Orozco et al, 2011).

González (2002), define el embarazo no deseado como aquel que ocurre cuando la mujer ya no quiere tener más hijos, mientras que un embarazo no planeado es aquel que tuvo lugar fuera de tiempo deseado (la mujer quería tener hijos pero en un momento posterior).

El desear se encuentra implícito en la decisión de planificar un hijo y atiende hacia los sentimientos implicados en ello. Parecen existir muchos acuerdos para usar el término de “embarazos no planeados”, esto es, que no necesariamente quiere decir que el embarazo sea “no deseado”. Parece haber un grado de confusión entre los términos “embarazo accidental” y “embarazo no deseado” de acuerdo con Pohlman (1973; citado en Candía, 2011).

El término “accidental” es usado para describir un embarazo que tiene lugar en el momento en que la anticoncepción está siendo practicada. De acuerdo a la definición anterior, la mujer que definitivamente no quiere embarazarse por el momento (pero que aun así tiene un embarazo aunque no se encuentre practicando la anticoncepción) no tiene un embarazo “accidental”, pero puede ser visto como un embarazo no deseado. Un embarazo concebido bajo un proceso de planificación familiar, puede llamársele accidental, ya que la mujer ha decidido posponer o planificar sus embarazos en tiempo; esto no quiere decir que

no sea un embarazo no planeado; ya que ésta ya se encontraba en proceso, lo que significa también que no necesariamente sea un bebé no deseado (Pohlman, 1973; citado en Candía 2011).

Dada la extremada y natural ambigüedad de la intención de un embarazo, es difícil determinar cuándo un embarazo es genuinamente no planeado. Santelli et al (2003; citados en Candía, 2011) sugieren que muchos de los embarazos no planeados son conscientes o inconscientemente intencionados; algunos de estos embarazos pueden ser considerados ya sea como no deseados o inoportunos, por ello se les llama embarazos accidentales.

Orozco et al (2011) encuentran en diversas investigaciones una distinción entre los conceptos de “embarazo no deseado” y “no planeado”, y definen como embarazo no planeado cuando la mujer no tenía en sus planes embarazarse pero acepta el embarazo y tener el producto, en tanto que un embarazo no deseado lo clasifican cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener el producto

Gallo (2013; citado en Rojas 2015) define a los embarazos no planeados como aquellos que no estaban concebidos para el momento en que se sucede y/o que no son deseados en el momento de la concepción. Los embarazos no planeados se pueden diferenciar en dos grupos:

- 1) Embarazos no planeados que se vuelven deseados
- 2) Embarazos no planeados que en ningún momento se vuelven deseados.

En general, el principal factor que afecta la fecundidad, y por lo tanto la probabilidad de los embarazos no planeados, es la falta de la planificación familiar.

El embarazo no planeado es un problema mundial que afecta a las mujeres, a sus familias y a la sociedad. En países en vía de desarrollo, la pobreza, la falta de servicios públicos y el bajo nivel educativo contribuyen a resultados adversos para las madres y los recién nacidos de embarazos no planeados. Tradicionalmente se ha encontrado que los embarazos no planeados se presentan con mayor frecuencia entre mujeres con bajo nivel de

educación, adolescentes o en edad avanzada, con un uso inadecuado de métodos de planificación familiar, multíparas y solteras entre otras (Barrios, Corona & Romo, 2013).

Entre las conductas de riesgo en madres con embarazo no planeado se encontró ausencia de control perinatal, tabaquismo, ingesta de bebidas alcohólicas o consumo de drogas. Como complicaciones médicas en la madre, se han reportado anemia, hipertensión gestacional y preeclampsia. En cuanto a la madre adolescente se reporta un menor peso promedio y una mayor frecuencia de enfermedades durante la gestación. Los hijos producto de un embarazo no planeado tiene más riesgo de bajo peso al nacer y prematuridad (Barrios, Corona & Romo, 2013).

Se ha descrito que los embarazos no planeados ocurren más frecuentemente en mujeres menores de 24 años, mujeres solteras y mayores de 40 años, siendo mayor su frecuencia en mujeres de escasos recursos (Langer, 2003).

Investigaciones realizadas en mujeres que no planearon su embarazo detectaron que existe mayor probabilidad de recurrir al aborto y a practicar conductas que suelen poner en riesgo su salud y la del feto durante el embarazo, entre ellas las más comunes suelen ser consumo de sustancias nocivas (alcohol, cigarro y/o drogas) y menor asistencia a control prenatal, es común encontrar en estas mujeres la presencia de anemia, amenaza de parto pretérmino y amenaza de aborto, a diferencia de aquellas mujeres que planearon o desearon su embarazo (Barrios, Corona & Romo, 2013).

Es importante indicar que la continuación de un embarazo no deseado o no planeado y la experiencia de ser madre contra su voluntad, suele tener consecuencias emocionales graves, entre los principales factores de riesgo asociados fueron: la depresión, la ansiedad y miedo. Tener un embarazo o un parto no planeado representa una problemática que afecta a las mujeres, a la pareja y al resto de la familia (Langer, 2003; Noguera, Cortés, Gil & González, 2011).

El embarazo no planeado, la violencia doméstica, el trabajo arduo, privación económica, dificultades psicosociales y tensiones intrafamiliares son algunos de los factores estresantes que viven algunas mujeres durante su embarazo (Maldonado & Lartigue, 2008).

El estrés es una respuesta adaptativa que implica cambios adversos a mediano y largo plazo. Investigaciones evidencian que el estrés en madres gestantes, puede tener diversos efectos sobre el desarrollo del embarazo y de los infantes. Entre ellos se encontró relación en el estrés materno prenatal y el incremento en los abortos espontáneos, así como mayor inquietud de los fetos durante la gestación y mayor irritabilidad, llanto y dificultad para calmarse en los primeros meses de vida (Pinto, Aguilar & Gómez, 2010).

El estrés experimentado por parte de la madre, en situaciones que percibe como aversivas y amenazantes, se correlaciona con disminución de peso al nacer, menos tiempo de gestación, alteraciones neuroendocrinas y del desarrollo motor y sensorial. Además, existen estudios que han asociado dificultades cotidianas en los primeros meses del embarazo, con problemas cognitivos en los hijos, manifestándose con problemas de atención y puntuaciones bajas en pruebas de capacidad intelectual (Huizink, De Medina, Mulder, Visser & Buitelaar, 2002; Benitzhak & Verny, 2004; citados en Pinto, Aguilar & Gómez, 2010).

Maldonado y Lartigue (2008) mencionan algunas de las consecuencias obstétricas que se han asociado con tensiones excesivas durante el embarazo, entre ellas están: un nacimiento prematuro, el aborto espontáneo, preeclampsia y bajo peso al nacer. Al estar expuesta a un número de tensiones significativas, la gestante está en mayor riesgo de tener no solo un parto prematuro, sino también de tener un bebé pequeño para su edad gestacional.

En el siguiente tema se investigarán más a profundidad las consecuencias ante un embarazo no deseado y su relación con el aborto.

1.3 Embarazo no planeado y el aborto

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva, o continuar con el mismo y dar a luz un hijo que probablemente tampoco será deseado. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Las consecuencias sobre la

salud de la mujer son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al cual recurren para tratar de evitar el embarazo y que se realiza en condiciones clandestinas e inseguras (Langer, 2002).

La definición etimológica de aborto, viene de las palabras “*ab* y *ortus*” que significa la privación del nacimiento u origen, siendo espontáneo o provocado (Diccionario Enciclopédico Larousse, 2003).

Valdés (2000) define al aborto como suceso consciente en la interrupción de un embarazo humano no llegado a término, con la consiguiente muerte del embrión o feto. El aborto en este sentido, puede ser algo que suceda de manera espontánea e inducida.

Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos, siendo el aborto inseguro uno de los problemas más importantes de salud pública y uno de las principales causantes de muerte en mujeres, debido a que con frecuencia al ser realizados en condiciones inseguras y la falta de accesos a atención oportuna y de buena calidad, el riesgo de morir es muy alto ya que en su mayoría se utilizan objetos no esterilizados o punzantes en el útero, causando perforaciones, hemorragias e infecciones (Langer, 2003).

En general, se estima que un 55% del total de los embarazos en México son no planeados. En números absolutos, esto significa que cada año ocurren alrededor de 1.9 millones de embarazos no planeados, de los cuales se estima que el 30% termina en un aborto inducido y un 6% corresponden al aborto espontáneo de una concepción no planeada. El 45% restante de los embarazos son planeados y se componen de un 37% que terminan en nacimientos planeados y un 8% adicional en abortos espontáneos (Juárez, Singh, Maddow & Wulf, 2013).

A nivel mundial, las regiones más altamente urbanizadas de un país tienden a presentar tasas de aborto más altas. Las mujeres y sus parejas en estas áreas metropolitanas generalmente desean familias más pequeñas y están mucho más motivadas para evitar nacimientos no planeados que las mujeres que viven en áreas rurales con menor desarrollo. México presenta este mismo patrón, ya que mientras más desarrollada es la región, más alta

es la tasa de aborto estimada. La tasa en la región más desarrollada es el doble de la de las dos regiones menos desarrolladas (Juárez, Singh, Maddow & Wulf, 2013).

Durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes que recurrieron al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación, por no sentirse capaces de cuidar un bebé o no saber cómo podrán continuar su educación. Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía donde corren mayores riesgos, esto debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio (Díaz, 2008).

En general se sabe que las mujeres de niveles sociales más desprotegidos se ven expuestas en mayor medida a morir a causa de un aborto inseguro (el doble de riesgo), que las de mejores condiciones socioeconómicas. Existen investigaciones que afirman que durante el 2006 en México se realizaron 874 mil abortos inducidos (Fernández, Gutierrez & Viguri, 2012).

El mes de abril de 2007, marcó el inicio de una etapa histórica en los derechos de las mujeres en la Ciudad de México, con la aprobación de la ley que despenaliza el aborto inducido bajo cualquier condición durante las primeras 12 semanas del embarazo, ofreciendo la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) gratuitamente a mujeres residentes del Distrito federal sin seguridad social. Aquellas mujeres radicadas en otros estados o afiliadas a algún esquema público de salud accederán a la atención pagando una cuota de recuperación. Las menores de edad deberán de ir acompañadas de sus padres o tutores y firmar un formulario de consentimiento (Díaz, Cravioto, Villalobos, Deeb, García & García, 2012; Flores & Amuchástegui, 2012).

Las cifras de ILE del 2012 registraron un total de 78,544 procedimientos, detrás de casi cada aborto inducido los argumentos para interrumpir el embarazo fueron los siguientes: condiciones económicas adversas, ausencia de deseo de tener un hijo, embarazo no planeado, uso inconsciente de métodos anticonceptivos, situaciones de violencia en la pareja (inestabilidad, violencia psicológica, conflictos, abandono), agotamiento debido a la crianza de otros hijos y deseos de continuar con otros proyectos personales, principalmente educativos y laborales (Díaz et al, 2012; Flores & Amuchástegui, 2012).

Un signo claro de estar en riesgo de un embarazo no planeado es tener necesidades no satisfechas de anticoncepción—es decir, no practicar la anticoncepción a pesar de no desear embarazarse. A pesar de los niveles relativamente altos de uso de métodos anticonceptivos, el 12% de las mexicanas actualmente unidas en edad reproductiva—dos millones de mujeres—tienen necesidades no satisfechas de planificación familiar; es decir, les gustaría posponer su siguiente nacimiento o dejar de tener hijos de manera definitiva, pero no están usando algún método de anticoncepción (Langer, 2002).

Los riesgos que una mujer enfrenta ante un aborto inducido son un reflejo de la desigualdad social, las mujeres que viven en zonas urbanas tienen la opción de interrumpir su embarazo de forma más segura, a diferencia de las que habitan en zonas rurales y son de bajo nivel socioeconómico (Langer, 2003).

Un estudio realizado a 418 alumnas de nivel universitario en La Habana encontró los siguientes resultados: 78 presentaron al menos un embarazo no deseado, lo cual representó una prevalencia de 18,7 %, por lo que se estimó aproximadamente la ocurrencia de siete de estos eventos mensualmente. De las estudiantes que presentaron embarazo no deseado, el 57,7 % (45 encuestadas) demostró una cultura inadecuada sobre salud sexual y reproductiva. Un 28,2 % (22 encuestadas) correspondió a alumnas que, a pesar de tener una cultura aceptable al respecto, mostraron que tenían poco control de los impulsos sexuales, "dejándose llevar por el momento". Un tercer grupo, que representó el 14,1% (11 encuestadas), mostró un mal uso de los métodos anticonceptivos (Morales Solallanes, Mora & Miranda, 2013).

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias. Cuando una mujer queda embarazada sin desearlo, sus alternativas son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido o continuar con el mismo y dar a luz a un hijo que, probablemente, tampoco será deseado (Morales Solallanes, Mora & Miranda, 2013).

La certeza de un embarazo provoca serios trastornos psicológicos como ansiedad, desesperación, una sensación de no tener salida, fuertes sentimientos de culpa por haber fallado a los padres, conflictos familiares, a lo cual se une muchas veces el abandono de la pareja o no querer asumir su paternidad y problemas que pueden derivar en deserción escolar. Además, el futuro de una joven embarazada se ve seriamente amenazado en cuanto a sus oportunidades tanto educativas como laborales, lo que ocasiona una frustración de su proyecto de vida (Morales Solollanes, Mora & Miranda, 2013).

Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un embarazo no planeado, propiciadas por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a su sexualidad y reproducción. Una buena parte de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto son objetos de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana (Rivas & Amuchástegui, 1998).

1.4 Adolescencia y embarazo no planeado

Desde hace años, el embarazo en adolescentes ocupa un lugar importante en las investigaciones que se realizan en el área de salud sexual y reproductiva. Las mujeres adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención, debido a las múltiples formas en que ejercen su vida sexual.

Se ha encontrado que la vida sexual activa en los jóvenes de entre 14 y 25 años de edad en México se ha incrementado un 54% por cada año que pasa, se ha detectado que los adolescentes de entre 14 y 18 años de edad han tenido por lo menos su primer contacto sexual en un 44% (Encuesta Nacional de la Juventud, 2000).

El embarazo no planeado en adolescentes es un importante problema de salud pública, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, debido a sus resultados adversos, como son aumento en el aborto provocado en condiciones no seguras, retraso en el inicio del control prenatal y por ende un peor resultado perinatal. En el grupo de adolescentes, 3 de cada 4 embarazos son no deseados y un cuarto de estos terminan en aborto (Morales, Solanelles, Mora & Miranda, 2013).

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de vulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, malas relaciones con los padres, uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen factores de riesgo como estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, algunos de los elementos asociados con la actividad sexual precoz serían: medios masivos de comunicación y la influencia de los compañeros (Parra et al, 2013).

La sexualidad durante la adolescencia surge como parte del impulso hacia la madurez física y emocional, constituyendo una práctica obligatoria en determinados contextos dentro de su círculo social. Investigaciones realizadas en México y en otros países muestran que los compañeros juegan un papel determinante en lo que se refiere a las relaciones sexuales, conocimientos, actitudes y conductas anticonceptivas. Dentro de su círculo social, el joven se siente anormal a sus pares cuando no ha tenido esta experiencia sexual, incluso cuando la comunicación sobre las experiencias sexuales son constantes dentro del grupo de amigos, de tal manera que la iniciación sexual se convierte en el principal objetivo de muchos jóvenes para sentirse parte del grupo y no ser considerado un “caso raro” (Baeza et al, 2007; Welti, 2005).

En el caso de las mujeres, esta presión del grupo es menos frecuente, pero aparece el amor como el argumento central de esta iniciación y la justificación para haber tenido relaciones sexuales con el novio ante la exigencia, por parte de su pareja, de acceder a practicar el coito como “prueba de amor” (Welti, 2005).

Por lo general, el inicio sexual durante la adolescencia ocurre de forma no planificada, es decir, que gran parte de las mexicanas adolescentes no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, lo cual conlleva a un mayor riesgo de un embarazo no planeado (Welti, 2005). El embarazo no planeado en adolescentes es un problema para su desarrollo integral, ya que esta situación no esperada puede poner en

peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo (Díaz, 2006).

La maternidad temprana suprime las etapas de maduración de la adolescente, trayendo consecuencias sociales como deserción escolar, dificultades económicas, falta de paternidad responsable por parte del progenitor del bebé y frustraciones sociales. El problema que se presenta para la niña-madre es que está transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia se le suma la crisis del embarazo, la que es una crisis provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a esta joven con una responsabilidad y madurez que no ha desarrollado totalmente (Díaz, 2006).

Prácticamente toda la problemática de la salud reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las cuales se observan: inicio cada vez más precoz de la vida sexual; poco reconocimiento de los riesgos; las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas; experimentan continuos cambios de pareja (promiscuidad); tienen poco conocimiento de la sexualidad; no se plantean el control del embarazo; demuestran escasa orientación y uso de anticonceptivos y poseen insuficiente información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención (Pantelides & Bott, 2000; citados en Della & Landoni, 2003).

Asimismo, las adolescentes tienen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo y son renuentes a aceptar la realidad de su situación. Hasta el momento no hay forma de medir exactamente la prevalencia del aborto ilícito, y mucho menos conocer qué proporción de éstos se realiza en adolescentes. El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad. Las complicaciones producidas por abortos ilegales caen en dos categorías fundamentales: la primera está relacionada con heridas causadas por el procedimiento mismo, que incluye tanto la perforación uterina como heridas a otros órganos internos, laceraciones cervicales y hemorragia; la segunda categoría está dada por infecciones y pérdida de sangre asociadas al aborto incompleto, así como a la introducción de bacterias dentro de la cavidad uterina durante la práctica de éste. En muchas ocasiones el útero lesionado debe ser extirpado (Della & Landoni, 2003). Para las mujeres que sobreviven a las dificultades de un aborto se

presenta toda una serie de complicaciones a largo plazo, entre las que sobresalen una mayor incidencia de embarazo ectópico.

Cuando las adolescentes se encuentran con su hijo en brazos, por lo general no tienen conciencia de lo que representa este ser. En ocasiones presentan síntomas depresivos y de ansiedad, son proclives al llanto, se ven asaltadas por sentimientos ambivalentes para con el bebé, que a veces provocan el rechazo (Della & Landoni, 2003).

El periodo de la adolescencia es una época de rápidos cambios y dificultades concernientes a la evolución del joven como ser humano en el que éste debe enfrentar su sexualidad, aprendiendo cómo adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en los diversos tipos de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca un embarazo no deseado. El recibir educación sexual contribuye a evitar una ITS, una relación coital sin estar debidamente preparados, un aborto y sus riesgos, un embarazo no deseado o una conducta de cambio frecuente de pareja. La necesidad de enseñanza del uso de anticonceptivos dirigida a los adolescentes, es considerada muy importante para impedir fundamentalmente un embarazo no deseado tan común en los adolescentes, donde los riesgos de complicaciones son más elevados (Gorguet, 2008).

A través de numerosos estudios se ha ido estableciendo una relación muy importante entre una edad temprana de inicio de relaciones sexuales y el riesgo aumentado que ello representa en el desarrollo normal de la salud reproductiva y sexual. La relación entre un inicio temprano de las relaciones sexuales y el alto riesgo de embarazos en la adolescencia conlleva un índice mayor de abandono escolar lo que conduce de forma casi segura a la condena de vivir en la pobreza, tanto a la joven madre como al niño por nacer, así como posibilidades más elevadas de adquisición de enfermedades de transmisión sexual, lo que pone en peligro no solo la calidad de vida de la adolescente, sino serias implicancias de riesgo vital (Berni, Mendoza & Acosta, 2012).

Se cree que el embarazo no deseado y el aborto inducido cumplen todos los criterios para ser considerados graves problemas de Salud Pública en América Latina y el Caribe, por estas razones, la promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares

más importantes para la prevención de las enfermedades y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud y el manejo del riesgo reproductivo (Morales, Solanelles, Mora & Miranda, 2013).

Para concluir con el capítulo es importante resumir la importancia que tiene la salud reproductiva, la planificación familiar y la educación sexual, ya que el buen manejo y conocimiento de esta información es la que permite a las parejas el poder planear el número de hijos que desean tener. En los últimos años se ha observado un crecimiento en el uso de los métodos anticonceptivos, sin embargo aún encontramos mujeres las cuales no planearon o no desearon su embarazo, muchas veces debido a la falta de información o simplemente por cuestiones sociales o culturales. Ante esta situación es común que tengan que tomar decisiones que suelen ser difíciles, de las cuales una de ellas suele ser la interrupción del embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencia que éste conlleva, o en su caso toman la decisión de continuar con el embarazo no planeado y dar a luz a un hijo que probablemente tampoco será deseado.

Independientemente de que un embarazo sea planeado o no sea planeado, la mujer se enfrentará a una serie de cambios, estos cambios suelen ser tanto biológicos, fisiológicos y psicológicos, los cuales en su mayoría son procesos difíciles de asimilar. El objetivo del siguiente capítulo será conocer más acerca respecto al embarazo en general.

Capítulo 2. Embarazo

2.1 Concepto de embarazo

La literatura médica define al embarazo como el estado de una mujer que comprende desde la concepción hasta el parto del feto. La duración completa de un embarazo humano es de 40 semanas y se le denomina también Gestación (Dox, Melloni, Eisner & Melloni, 2006), es decir, es la manifestación de un proceso fisiológico sexual iniciado por la unión de los aparatos reproductores de una mujer y de un hombre (Cabero, Saldívar & Cabrillo, 2007).

Así pues, un embarazo representa una fase crítica en la vida de la mujer, que se inicia con la fecundación, misma que es producto de la eyaculación del semen en el útero, la cual tiene lugar a través de la relación de coito entre hombre y mujer, exactamente en un tiempo en que el óvulo se encuentra en la trompa de Falopio y los espermatozoides son atraídos hacia éste por una fuerza hormonal que los arrastra hacia dicho oviducto, produciéndose la unión de los núcleos de ambas células, formando una célula nueva que contendrá veintitrés pares de cromosomas, la mitad de la madre y la mitad del padre (Valderrama, 1988).

El embarazo es un proceso fisiológico propio de la mujer que supone grandes cambios biológicos, sociales y psicológicos, el cual tiene como finalidad concebir una nueva vida, convirtiendo a la mujer en madre (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno & Peña, 2008; Salvatierra, 1989).

Los procesos de aspectos biológicos, sociales y psicológicos son cambios importantes que la mayoría de las mujeres presentan durante el embarazo, por tal motivo se describen a continuación.

2.2 Aspectos biológicos del embarazo

De acuerdo con Delval (1994) y Rice (1997), el desarrollo humano empieza en el momento de la concepción, cuando una célula espermática se fusiona con un óvulo, para formar una nueva célula que se denomina cigoto, iniciando así un largo proceso del cual se irán formando las distintas estructuras corporales que culminará con el nacimiento. La edad gestacional se determina a partir del primer día del último ciclo menstrual de la madre. El

rango normal de la gestación es de entre 38 y 42 semanas, desarrollo que se lleva a cabo en tres etapas: Germinal, Embrionaria y Fetal. Craig (2009), Delval (1994), Papalia, Wendkos y Duskin (2009) y Rice (1997), las definen de la siguiente manera:

a) *Etapa germinal (fertilización a dos semanas):* Esta comienza a partir de las siguientes 24 horas, donde el material genético de los padres se fusiona, abarcando las primeras dos semanas después de la fertilización, el cigoto se divide y se vuelve más complejo.

Dentro de las 36 horas posteriores a la fertilización, el cigoto entra en un periodo de rápida división y duplicación celular o mitosis. Cerca de 72 horas después de la fertilización, se ha dividido de 16 a 32 células; 24 horas después, consta de 64 células. Esta división continúa hasta que la célula única original se ha multiplicado hasta las 800 mil millones, o más, células especializadas que conformarán el cuerpo humano.

Al tiempo que el óvulo fertilizado se divide, también viaja por la trompa de Falopio hacia el útero, una travesía que dura entre tres y cuatro días, transformándose en blastocito, una esfera de líquido que flota libremente dentro del útero hasta el sexto día después de su fertilización, penetrando en el revestimiento uterino, rompiendo pequeños vasos sanguíneos para obtener nutrientes. Este proceso provoca cambios hormonales que indican el inicio del embarazo. Al cabo de unos días la blástula se anida en la pared uterina.

En esta etapa comienzan a aparecer algunos órganos que alimentarán y protegerán al embrión: la cavidad amniótica o saco amniótico, la placenta y el cordón umbilical.

b) *La etapa embrionaria (dos a ocho semanas):* Esta etapa principia cuando termina la implantación. Segundo periodo de la gestación de aproximadamente dos a ocho semanas de duración. Se trata de un lapso de gran crecimiento estructural, donde los órganos y principales sistemas del cuerpo –respiratorio, digestivo y nervioso- se desarrollan con rapidez.

Al finalizar esta etapa, ese minúsculo ser tiene brazos, piernas, dedos de manos y pies, un rostro, corazón que palpita, un cerebro, pulmones y todos los demás órganos principales.

c) La etapa fetal (ocho semanas al nacimiento): La aparición de las primeras células óseas alrededor de la octava semana señala la etapa fetal, la etapa final de la gestación. Durante este periodo, el feto crece rápidamente, cerca de 20 veces su longitud original y los órganos y sistemas corporales se vuelven más complejos y funcionales. El feto comienza a patear, a moverse, se agita, voltea la cabeza y, finalmente, gira también el cuerpo.

Durante el tercer mes se perfeccionan las estructuras físicas, empiezan a aparecer los primeros signos externos de diferenciación sexual, bajo las encías se forman los dientes, los oídos empiezan a aparecer en ambos lados del cráneo, se constituyen las uñas de los dedos de los pies y manos. El hígado empieza a funcionar y los pulmones y el estómago comienzan a emitir reacciones. Hacia la décima segunda semana, ya han aparecido las cuerdas vocales, las costillas y las vértebras han empezado la osificación.

Aunque el feto no puede sobrevivir sin la madre, ha adquirido casi todos los sistemas y funciones indispensables para el ser humano. A los siete meses, el feto pesa ya unos 1.350 kilogramos y su sistema nervioso ya está bastante maduro. En el noveno mes, el feto sigue creciendo y comienza a inclinar la cabeza en preparación para el viaje del canal del parto. Hasta el momento del nacimiento siguen desarrollándose los “toques finales”, como las uñas de los dedos de manos y pies y los párpados.

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales, circulatorias e inmunológicas, considerablemente perceptibles para la mujer desde el inicio de la gestación (Marín et al, 2008; Salvatierra, 1979). Dichos cambios, presentes durante los tres trimestres del embarazo y comentados por Maldonado, Suceda García y Lartigue (2008), son los siguientes:

a) Durante el *primer trimestre* del embarazo (comprendido desde el primer día del último periodo menstrual normal hasta completar las 14 semanas o los 98 días de gestación) un signo notable e inicial suele ser la suspensión del periodo menstrual, así como cambios en las glándulas mamarias; los senos se vuelven más sensibles al tacto, las aréolas se agrandan y oscurecen, la capacidad eréctil de los pezones aumenta y en algunas ocasiones hay salida de calostros.

Durante este periodo del embarazo la mujer siente gran cansancio, somnolencia y náusea, además de vómitos matutinos, los cuales pueden durar hasta doce semanas o más en algunas mujeres. Aproximadamente un 80% de las gestantes presentarán dicho síntoma.

b) En el *segundo trimestre* del embarazo (esta etapa es considerada a partir de la semana 15 hasta la semana 28 de gestación), son claros los cambios físicos, tales como: aumento del volumen del abdomen, crecimiento de las glándulas mamarias, así como algunos síntomas asociados con el mayor tamaño del útero y el progresivo aumento de peso, que regularmente llega a ser de 12.5 kgs. al final del embarazo.

c) Durante el *tercer trimestre* del embarazo (periodo de tiempo que va desde la 29 semana completa hasta la 42), el feto ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal, lo que da lugar a nuevos síntomas. Entre estos están los cambios de la marcha, de la postura y la necesidad de tener comidas pequeñas y frecuentes. Dichos síntomas son asociados con el tamaño del útero debido a que éste empuja a otros órganos, entre ellos la vejiga, lo cual hace que tenga una mayor sensación de querer orinar frecuentemente y en muchas ocasiones provoca incontinencia urinaria.

De igual manera y debido a dicho crecimiento, la mayoría de las madres tendrá reflujo gastroesofágico que se manifestará con sensaciones frecuentes de “acidez”. En esta etapa la respiración es más elaborada, el diafragma se eleva unos 4 cms. y hay cada vez más progesterona sérica. El consumo de oxígeno aumenta en 20%. La presión arterial es más baja que en otros periodos de la vida. El volumen sanguíneo aumenta, entre 1,000 y 1,500 ml, se cree que este aumento la ayudará en el futuro cuando haya pérdida de sangre durante el parto.

Por otro lado también se presentan algunas molestias en la boca, como la caries, esto es debido a que la saliva se vuelve más ácida, es frecuente la aparición de varices y hemorroides, los pies y las manos se hinchan y las piernas se acalambran.

En conclusión, los cambios físicos que experimenta la mujer durante la gestación no tienen comparación, debido a que las alteraciones que sufre el cuerpo tanto físicas, metabólicas y circulatorias son provocadas por una masiva producción de esteroides por la placenta (Salvatierra, 1989).

A pesar de los peligros y molestias del embarazo y del parto, un gran número de mujeres desean tener un hijo y esto puede atribuirse a un instinto, a un impulso básico (Deutsch, 1945). La conformación biológica femenina, en su más amplio sentido, hace que la gestación y el parto, con el nacimiento de un niño, sea el coronamiento de la sexualidad en la mujer.

2.3 Aspectos sociales del embarazo

El contexto social regula el comportamiento reproductivo dentro de un marco legal y ritual que, a veces, es un verdadero “troquelado”, pues cada cultura posee creencias firmes de las conductas apropiadas en el embarazo, el parto y el puerperio (Salvatierra, 1986), en donde las futuras madres deberán de acoplarse a dichas creencias, que son condicionadas en gran parte por la sociedad (Chacón, García & Flórez, 2000).

Para la sociedad, el embarazo es el signo evidente de que la pareja es sexualmente normal y donde la mujer ha alcanzado la madurez para llevar con responsabilidad y éxito la gestación. La finalidad última de la sexualidad es la transmisión de una herencia, la mujer emocionalmente sana quiere tener un hijo por los motivos siguientes: deseo de formar un hogar feliz, forma de expresar su amor a su pareja o para satisfacer a su esposo (Salvatierra, 1989).

Erickson (1950; citado por Salvatierra, 1989) introdujo el calificativo “psicosocial” para referirse a la interacción entre los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social. La vida de una persona atraviesa una serie de estadios de desarrollo psicosocial. Durante cada estadio, la sociedad espera determinados comportamientos, que

son correspondientes a la edad y a la situación. Tales expectativas de conducta, variables según la cultura, constituyen exigencias que el sujeto debe de afrontar mediante un trabajo interno de aceptación, primero, y de cumplimiento con éxito, después, preparando al sujeto para el estadio siguiente, a través de la adquisición de nuevas habilidades.

De acuerdo con Gómez López (2007), los factores psicosociales más importantes durante el embarazo son: 1) Factores socioeconómicos: empleo, pobreza y trabajo doméstico. 2) Factores fisiológicos: enfermedades físicas o crónicas. 3) Factores psicológicos: eventos de vida y aislamiento social. 4) Nivel socioeconómico: educación, ingresos y empleo. 5) Estrés: Conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo y 6) Apoyo social: apoyo de la pareja, amigos y familiares.

El embarazo es un estadio del desarrollo que implica ciertas tareas de aceptación y adaptación, tanto en cambios personales como en exigencias psicosociales, que pueden provocar desequilibrio interno. Por tal motivo, el soporte social es considerado como una variable protectora de suma importancia contra el estrés, que estimula y mejora las estrategias de afrontamiento y hace menos necesaria la utilización de mecanismos de defensa, es decir, mientras mayor es el aislamiento social más frecuentes son las quejas somáticas y más probable el malestar psicológico (Fernández & Cabaco, 2005).

El apoyo social se ha definido de formas muy variadas, Sundber (1979; citado por Salvatierra, 1989) lo define como “un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes, que juegan un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo”. Thoits (1982; citado por Salvatierra, 1989) define al apoyo como el grado en el cual las necesidades sociales básicas de la persona (afecto, estima, aprobación, pertenencia, seguridad e identidad) son satisfechas mediante interacciones sociales que proveen ayuda socioemocional.

Para Salvatierra (1989), la cultura determina la forma del apoyo social, según la literatura se distinguen tres enfoques:

- a) Como recurso psicosocial: Se trata de la totalidad de factores que ayudan a la gestante a llevar el término del embarazo con el acento puesto en la sociedad. Se incluye aquí los apoyos tangibles, incluso los desconocidos por la gestante,

como el nivel socioeconómico, la estructura de salud, etc., pero también factores más inmediatos y conocidos por la mujer como buenas relaciones de trabajo, ayuda doméstica y simpatía. Se ha demostrado que esta influencia psicosocial influye en moderar las complicaciones durante el embarazo.

- b) Como Red Social. Se admite que el número y extensión de las relaciones personales que tiene la gestante, tienen una acción protectora ante el estrés. Sin embargo, es posible que esa red social ejerza también demandas estresantes. En principio, es probable que cuanto mayor sea la red social, mayor será la habilidad y competencia social de la mujer, y por lo tanto, mayor será su capacidad de afrontamiento. Como núcleo fundamental de la red social está la familia, los padres, el matrimonio, la pareja. La protección que concede el matrimonio, es indudable no sólo ante el embarazo, sino ante cualquier estrés.
- c) Como percepción de apoyo social: Como recursos de afrontamiento, lo verdaderamente importante es el “apoyo percibido” prescindiendo de su realidad objetiva y sin duda, la percepción de apoyo por parte las personas clave, a las que la embarazada está ligada: en primer lugar el compañero y, en segundo lugar, la madre (Molfese & cols., 1986; citados en Salvatierra, 1989).

2.4 Aspectos psicológicos en el embarazo

Desde tiempo inmemorial se ha considerado el embarazo como la culminación del desarrollo psicosexual femenino, siendo el instinto maternal la piedra angular de la sexualidad femenina. En el fondo, el deseo de la mujer de dar a luz un hijo, proviene de su necesidad psicobiológica (Langer, 1988).

Desde pequeñas, a la mayoría de las niñas se les ha inculcado con los juegos el querer ser madre (Lemoine-Luccioni, 2001). La identificación de género de la niña se establece en la primera infancia; posteriormente se replantea en la adolescencia, cuando la maduración biológica hace que se confirme su derecho a la sexualidad con un cuerpo diferente al de su madre, proceso conocido como separación-individualización (Vives & Lartigue, 1994).

Sin duda la menstruación constituye una experiencia decisiva en este proceso de feminización, para la niña la pubertad se inicia con la aparición de la primera menstruación,

época donde surge una intensa excitación sexual proveniente de los cambios que sufre el organismo, dirigida marcadamente hacia la función de la reproducción (Deutsch, 1952; Langer, 1988).

Parece, existir en la mujer un deseo instintivo de ser fecundada y concebir un niño, en general se puede decir que, aunque utilice métodos anticonceptivos y descarte conscientemente durante el coito las posibles consecuencias, percibe en su inconsciente una relación constante entre la aceptación del placer que le ofrece su compañero y la fantasía de un embarazo (Langer, 1988).

Estudios realizados por Benedek y Rubenstein (1945; citados en Langer, 1988) sobre el ciclo sexual de la mujer, aseguran que existe una relación entre los procesos biológicos y psicológicos en el embarazo. Estos autores observaron un incremento del deseo sexual en la época anterior a la ovulación, es decir, de posibilidad máxima de fecundación, en esta época las mujeres estudiadas por ellos experimentaban conscientemente sentimientos de amor y deseaban recibir al compañero, aunque permanecía habitualmente inconsciente, se expresaba con toda claridad en sueños.

Dicho lo anterior, Vives y Lartigue (1994) afirman que la teoría psicoanalítica, en sus comienzos, postuló que la motivación del embarazo obedecía a la necesidad de la mujer de sustituir simbólicamente el pene que su madre le negó. Esta fase se inaugura con una metáfora. El padre sustituye a la madre y, por consiguiente, el deseo de un hijo viene a ocupar el lugar del deseo del pene. Resigna del deseo del pene para remplazarlo con el deseo de un hijo, en este estadio, el “hijo” hace de su madre una mujer “plena”, una mujer colmada (André, 2002).

La nueva realidad de la mujer embarazada, provoca reacciones psicológicas, por un lado existe un profundo “deseo de un hijo”, con la íntima convicción de que “debe cumplirse”, ya que es el objetivo cumbre de la mujer, pero por otro lado, ese deseo se acompaña de un conflicto, debido a que el hijo puede parecerles un objeto extraño, horroroso e inabordable, sintiéndose incapaces de atenderlo (André, 2002).

A la tarea psicológica de convertirse en madre, Deutsch (1952) la interpreta como consecuencia de una doble identificación, para Bydlowsky (2007) es considerada como un

estado de relativa transparencia psíquica y para Lebovici (1989; citado en Maldonado, Saucedo & Lartigue, 2008) es denominada como “parentificación o parentalidad”. Dichos autores coinciden, ya que para ellos el embarazo es un proceso psíquico, en el que el pasado y los temores no resueltos, por así decirlo, suben a la superficie de la vida mental con mayor facilidad, refiriéndose como un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica.

Desde el punto de vista psíquico, el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios, esta “transparencia psíquica” (Bydlowsky, 2007), caracterizada por un resurgir de recuerdos que afloran del inconsciente a la consciencia, permite que la embarazada fantasee y recuerde su propia niñez, es decir, la gestante reedita las relaciones con su propia madre, entrando en un periodo profundo de ambivalencia, llevando a cabo procesos de introyección e identificación que se originaron en la etapa temprana de la relación madre-hija (Vives & Lartigue, 1994).

La mujer repite su relación primitiva con su propia madre, esto significa que durante esta etapa se identifica con ella y con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina y poniendo en juego su estabilidad emocional, ya que ahora cuando es su turno de convertirse en madre, puede que afloren viejos sentimientos, ambivalencias y tensiones que habían estado latentes. Es decir, el modelo mental que la mujer tiene de lo que es ser madre, puede estar relacionado estrechamente con sus propias experiencias en la infancia, como hija. Cabe mencionar, que cuando ha habido en la infancia o adolescencia de la futura madre experiencias negativas o una mala relación con la madre de ella, esto puede causar un gran conflicto interno y temor a repetir patrones (Maldonado et al, 2008; Orquendo, Lartigue, González & Méndez, 2008; Vives & Lartigue, 1994).

Para Maldonado et al (2008), cuando la relación madre e hija ha estado llena de conflictos o cuando ha habido privación de cuidados maternos durante la infancia, puede haber una gran dificultad para hacer la transición a la maternidad, ya que en cierta forma ocupa el lugar de su propia madre, por lo que dependerá de las condiciones en que se haya logrado tal identificación en la etapa infantil para que la condición de feminidad sea aceptada y no implique conflicto alguno, de manera que habrá mujeres que sientan su feminidad como una gran carga y surja en ellas un sentimiento ambivalente o quizá de

culpa, esto debido a que su infancia fue traumática, marcada por los abusos y el abandono emocional, llevando incluso a interrumpir su embarazo o manifestando una angustia o depresión importante (Bydlowsky, 2007).

Con frecuencia se observa que cuando la relación de la futura madre y la futura abuela estaba llena de tensiones y conflictos, el embarazo y el parto les da la oportunidad para acercarse de nuevo y posiblemente está sea la causa de que la mujer desee un hijo, porque esto significa recuperar a su propia madre y también porque le permite identificarse con ella (Deutsch, 1952; Langer, 1988 & Maldonado et al, 2008). Esta regresión, al promover la posibilidad de reelaborar estas representaciones, favorece que la resolución normal de esta crisis del desarrollo desemboca en una reconciliación con la figura primitiva de la madre gestante (Vives & Lartigue, 1994).

La capacidad de dar cuidados y amor al hijo por nacer, así como el sentirse gratificada por el crecimiento del mismo, se basa en estas identificaciones con la figura materna; al mismo tiempo, la regresión a la fase oral y la caracterización de la relación primitiva con la madre permiten a la gestante tolerar los componentes agresivos y la ambivalencia que todo embarazo implica y hace, de esta forma, que prevalezcan el amor y la confianza. La resolución exitosa de las tareas del embarazo desemboca en una maduración en las relaciones del objeto, la neutralización de las pulsiones y la incorporación armónica de las funciones de esposa y madre. Esto último implica la adquisición de una nueva imagen corporal en la que se combinan funciones tanto sexuales como maternas (Vives & Lartigue, 1994)

La gestación, como indica Molinsky (1986; citado en Salvatierra, 1986), plantea a la consciencia de la mujer tres realidades diversamente percibidas: 1) la aparición de un nuevo ser, 2) profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y 3) un cambio en el papel social.

Cuando a una mujer se le confirma su embarazo, se producen dos tipos de reacciones: 1) de satisfacción o aceptación si el mismo ha sido deseado o 2) de sorpresa si el mismo no ha sido programado. En ambos casos se pueden generar sensaciones en la

gestante que pueden ser de incertidumbre hacia su nuevo estado, dando lugar a dos tipos de emociones (Fernández & Cabaco, 2004):

- 1) *Emociones positivas* (felicidad, satisfacción, humor), como consecuencia de una respuesta de orientación que estaría indicando una aceptación de dicho estado y prepararían al organismo para su recepción y análisis.
- 2) *Emociones negativas* (ansiedad, miedo, desesperación, ira, hostilidad, negación) que se constituirían en respuesta de defensa o de rechazo hacia la situación estimular del embarazo, desencadenando respuestas defensivas del organismo.

2.5 Características psicológicas del embarazo por trimestre

Lester y Notman (1986) señalan tres etapas caracterizadas por una ambivalencia profunda, provocando una serie de ansiedades, dichas etapas concuerdan con las tres fases biológicas del embarazo.

Durante el *primer trimestre* del embarazo aparece una ansiedad difusa, vivida como una angustia consciente referida a los cambios corporales y al temor de que el bebé crezca en el interior del cuerpo. Pero al mismo tiempo, está referida a una angustia inconsciente que tiene que ver con la reedición del proceso de separación-individuación, ya que dicha regresión a una fusión con la madre preedípica despierta fantasías de entrar en el cuerpo de la propia madre. En esta etapa de la gestación aparecen síntomas y cambios físicos que preocupan a la mujer. Durante estos primeros meses, el acercamiento emocional al bebé es débil y ambivalente (Leifer, 1977; citado en Vives & Lartigue, 1994). La ambivalencia se da en esta primera etapa, incluso cuando el embarazo ha sido deseado y buscado.

Olza (2000) y Maldonado y Feintuch (2001), afirman que cuando un embarazo es planeado, los padres esperan que satisfagan todos sus sueños y deseos, pero también se producen sentimientos, pues se presenta ambivalencia cuando los padres tienen que ocuparse de la realidad y dejar a un lado sus sueños. Considerando que la realidad tiene que ver con una responsabilidad grande y concreta.

La futura madre puede tener sentimientos encontrados respecto a ser madre, que después de todo representa dejar de ser niña, pues sólo los adultos (psicológicamente hablando) son padres. El ser progenitor significa dejar atrás algunas libertades, pues el bebé

es muy dependiente de los padres. Este proceso de convertirse en madre requiere de un trabajo de duelo de la adolescencia y niñez, adaptándose a esta nueva identidad (Maldonado & Feintuch, 2001).

Esta serie de sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo, tales como una sensación de satisfacción, mezclada con frustración por las limitaciones que emergen ante el maternaje, además de otros sentimientos ambivalentes como amor y odio, dependencia e independencia, los que no solo están dirigidos hacia el hijo, sino también a la pareja, pueden provocar reacciones como sentimiento de culpa ante el rechazo de su futuro hijo (Duarte, 1997).

En el curso del *segundo trimestre* aparecen y se van magnificando los movimientos fetales – evidencia concreta de la presencia del otro dentro del cuerpo de la madre – y se profundiza el proceso de separación-individualización de la gestante con respecto de su objeto original. Al mismo tiempo la aparición de los movimientos del feto provoca un incremento de los sentimientos maternos y se inicia la representación del bebé como un ser independiente: se personaliza al bebé (Vives & Lartigue, 1994).

Lo más importante de esta etapa parece ser el reconocimiento por parte de la madre de que el bebé tiene vida propia. Para muchos autores percibir los movimientos fetales, es decir, sentir las patadas del bebé, actúa como un estímulo proyectivo a partir del cual las madres elaboran esas fantasías. A estas fantasías se les llama “representaciones maternas” (Olza, 2000). La gestante puede permitirse fantasear y meditar sobre el bebé que tiene dentro de su cuerpo. Entonces habla con su bebé, se toca el vientre al sentir los movimientos y piensa en cómo va a ser su hijo y cómo será ella como madre. Comúnmente tiene sueños o fantasías sobre cómo será su bebé, a quién se parecerá, si será niño o niña, los posibles nombres, el color de ojos, etc. (Maldonado, Sucedá & Lartigue, 2008).

En *el tercer trimestre*, ya en la recta final del embarazo, se incrementa la angustia en relación a la cercanía del parto, con la emergencia de fantasías inquietantes en torno al parto y la muerte, así como en relación a la salud del niño. Para algunos psicoanalistas el parto es relacionado con una premonición de muerte y se acompaña de una angustia de profundas raíces (Deutsch, 1952 & Olza, 2000).

Al mismo tiempo se incrementa la ambivalencia y da inicio el duelo por la pérdida inminente de la relación formada durante la gestación (Robinson, 1989; citado en Vives & Lartigue, 1994).

Para el final del embarazo, la madre y su familia tienen la tarea psicológica de “hacer lugar” para el bebé, esto se refiere a la tarea de crear espacios físicos (además de los psíquicos) para acomodar al recién nacido. A esta serie de conductas preparatorias algunos autores las denominan “preparar el nido” (Maldonado et al, 2008).

En esta última etapa del embarazo, Winnicott observó un estado psíquico peculiar (o diferente) en las mujeres normales. Señaló que ese estado de alta sensibilidad emocional era necesario para que la madre pudiera ponerse en el lugar del bebé para poder ocuparse de sus cuidados (Olza, 2000).

Para concluir, la mujer embarazada atraviesa por una serie de cambios de aspecto anatómico, fisiológico, psicológico y socioafectivo. Se modifica la imagen corporal de la gestante provocando alteraciones a un nivel psíquico y emocional. El crecimiento del útero, el aumento en las mamas, el crecimiento en la cintura, ensanchamiento de caderas, aumento de peso, la suspensión de la menstruación, cambios notables en la piel como el estiramiento a medida que el bebé crece dentro del vientre; cambio de color y textura y un notable cambio de postura, provocan que la mujer tenga una apariencia irregular y menos estética, generando una serie de preocupaciones y adaptaciones emocionales en la futura madre (Zarco, 1990).

En el presente capítulo se ha revisado el tema del embarazo desde una perspectiva médica, dando a conocer aquellos cambios anatómicos, biológicos y fisiológicos presentes en dicha etapa, sin olvidar los aspectos sociales y psicológicos experimentados durante la gestación. Como se ha mencionado, el embarazo es un periodo transitorio donde la mujer necesita adaptarse a esta nueva situación llena de cambios, los cuales, a su vez, generan una serie de malestares a nivel psicológico, por tal motivo el objetivo del siguiente capítulo será el de indagar y profundizar acerca de la sintomatología psicológica y su relación con los factores que influyen con la misma.

Capítulo 3. Malestar psicológico

3.1 Concepto de malestar psicológico

El concepto del malestar psicológico surgió ante los propios cuestionamientos de los investigadores que se basaban en el modelo bioquímico, percatándose de las muchas manifestaciones de tipo depresivo, ansioso y somático que son temporales y no llegan a reunir los requisitos necesarios para un diagnóstico clínico, los cuales son conocidos como síntomas subclínicos (Rivas, Nuevo & Ayuso, 2011).

Autores como Pimentel, Morales, Sánchez y Meza (2013), definen el concepto como aquella respuesta emocional reactiva ante un evento o circunstancia que no cumple con los criterios nosológicos para un trastorno mental, no obstante se presenta una incomodidad subjetiva. Por sus características, el malestar psicológico implica cambios emocionales y conductas de intensidad variable, de curso breve, rápida evolución y buen pronóstico. Dichas manifestaciones surgen desde el concepto de la vida cotidiana, generándose ante momentos de crisis, muchas veces estas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegando a generar importantes costos para la salud y bienestar de las personas (Burin, 1990).

Mora (2004) lo define como el desazón, incomodidad indefinible y sentimiento de malestar (“sentirse mal”), no obstante la presencia de malestar psicológico no necesariamente indica patología, más bien, es asociado como crisis vitales a etapas que generan angustia, decaimiento, miedo y ansiedad.

Por su parte, Morales, Luque y Barroso (2002), mencionan que el malestar psicológico es un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual puede ser agrupado en una condición sintomática, tal como llanto fácil, pérdida de interés, alteración en el patrón de sueño e irritabilidad, así como síntomas ansiosos, sensación de opresión torácica, inquietud, miedo, desesperación, pérdida de control y agitación.

Estas alteraciones psicológicas pueden considerarse como fenómenos normales y generalmente adaptativos, de orden defensivo ante lo novedoso del proceso o evento, que

van a poner a prueba la fortaleza del aparato psíquico de la persona y no son necesariamente consideradas como psicopatologías, la mayoría de estas reacciones se consideran del grupo de los “trastornos adaptativos” (Espíndola, Morales, Díaz, Pimentel, Meza, Henales, Carreño & Ibarra, 2006).

La respuesta emocional que se quiere caracterizar con el concepto de malestar psicológico se reconoce por ser aguda, de tipo adaptativo y funcional, reactiva ante un estímulo, por lo que no puede ser entendida como una enfermedad mental, sin embargo, es claro que se trata de una alteración emocional respecto del estado “basal del sujeto”, entendido como esa oscilación afectiva normal en la cotidianidad de las personas que permite un nivel adecuado de adaptación interna y externa. Esta respuesta emocional alterada es conscientemente displacentera y poco satisfactoria (Díaz, 2014).

Por otra parte, el concepto de malestar psicológico, en términos de indagación clínica preliminar, plantea el riesgo de que pueden llegarse a patologizar respuestas emocionales que no lo son; por ejemplo, es común confundir la tristeza con la depresión; la ansiedad como elemento adaptativo con la ansiedad como trastorno, el llanto secundario a un evento doloroso con el llanto fácil o el insomnio con problemáticas en el ciclo sueño-vigila (Díaz, 2014; Espíndola et al, 2006).

Dicho lo anterior, se han llevado a cabo diversos estudios los cuales detectan la delgada línea que permite diferenciar entre un trastorno mental y el malestar psicológico, el cual, como se ha mencionado, es un proceso de adaptación ante una situación o etapa de la vida. Por tal motivo se han implementado instrumentos de tamizaje, los cuales no son instrumentos de diagnóstico, más bien son herramientas de rastreo. Entre ellos encontramos el Cuestionario General de Salud y la Escala de Síntomas “Symptom Rating Test” (SRT). Por tal motivo se hace mención a continuación de algunas de las investigaciones realizadas con los cuestionarios mencionados.

Herrera y Rivas (2011) realizaron un estudio a estudiantes de la carrera de enfermería en Chile, donde detectaron del total de su muestra a un 36% de los estudiantes con malestar psicológico, siendo los síntomas más frecuentes: agobio y tensión, falta de concentración, menor capacidad de disfrutar de la vida diaria, sentirse deprimido, pérdida

de sueño e incapacidad para afrontar problemas. Un análisis más profundo de los datos permitió asociar significativamente al malestar psicológico con menor tiempo destinado a recreación, mayor tiempo de estudio, procedencia de provincia, nivel socioeconómico bajo, preocupación económica, mediana satisfacción con la carrera y pobre relación familiar.

En otro estudio realizado con estudiantes que cursaban la Licenciatura en Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, el 19% de los sujetos arrojó síntomas de malestar psicológico, predominando significativamente las subescalas de somatización, ansiedad e insomnio (Da Silva, Poveda & Mora, 2013).

Un estudio realizado a mujeres mexicanas donde se intentó evaluar la asociación entre el malestar psicológico y la percepción del ciclo menstrual, estableció una asociación significativa entre el malestar psicológico y la presencia de menorragia, es decir, la presencia de una menstruación percibido como “anormal”, generando una reacción emocional adversa propia de la incomodidad del padecimiento, respuesta esperada como no psicopatológica, pero entendida como malestar psicológico (Morales, Pimentel & Bustos, 2008).

En otro estudio realizado a 338 estudiantes mexicanos de una institución pública de enseñanza media superior, se aplicó la Escala de Síntomas (SRT), encontrando diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, donde las mujeres reportaron mayor sintomatología en las áreas de inadecuación y, particularmente, en los sentimientos de culpa. Respecto a la escala de somatización se obtuvieron puntajes más altos en los síntomas como cansancio, adormecimiento en partes del cuerpo, poco apetito y dificultades para dormir. Asimismo, por lo que se refiere a síntomas de ansiedad, el grupo de mujeres obtuvo puntajes altos en lo relativo a nerviosismo, temores o miedos. En la subescala de Depresión reportaron mayor índice en síntomas físicos asociados con este padecimiento, tales como irritabilidad, dificultades para dormir, dolores en el pecho y palpitaciones rápidas (Mora, Natera & Andrade Palos, 1994).

Otro estudio sobre malestar psicológico fue realizado por Tiburcio y Natera (2007), cuyo objetivo central fue desarrollar una versión adaptada de instrumentos para evaluar diferentes formas de enfrentar el consumo de alcohol en la familia y el malestar psicológico

en población indígena. Dicha investigación se llevó a cabo con población del Valle del Mezquital, ubicada en el Estado de Hidalgo. Es importante resaltar que dentro de esta investigación uno de los instrumentos utilizados fue la Escala de Síntomas (SRT). Los resultados permitieron observar los principales síntomas experimentados en las mujeres de dicha comunidad, tales como sentimientos de preocupación (33.2%), sentirse cansada y sin energía (19.1%), sentirse nerviosa (19.1 %), sentir que se enoja de todo (17.6%) y tener dolores musculares (16.6 %).

3.2 Malestar psicológico y embarazo

Como se ha mencionado, durante el embarazo las adaptaciones necesarias para el nacimiento de un nuevo ser afectan los ámbitos fisiológico, social y psicológico de la mujer, sin importar que tan positiva sea su respuesta emocional ante dicho evento. El embarazo es una etapa estresante que impacta por su necesidad de ajuste, llegando a manifestarse como sintomatología depresiva o ansiosa que incide en su estado emocional, las cuales llegan a ser en su mayoría reacciones transitorias (Gómez López, 2007).

La ansiedad excesiva durante el embarazo causa considerable sufrimiento y acarrea múltiples dificultades psicosociales en la mujer que la padece, interfiriendo frecuentemente de forma negativa en la relación de pareja, en la familia y con el bebé. Existe evidencia de que la ansiedad excesiva puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología del bebé, también con bajo peso al nacer y con cambios en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del feto (Maldonado & Lartigue, 2008).

Varios estudios han encontrado que entre un 10% y 20% de las mujeres embarazadas, presentan síntomas depresivos, tales como: pérdida de interés, incapacidad de realizar actividades académicas o laborales, disminución de apetito, alteración del sueño, cambios psicomotores, falta de energía, cansancio, fatiga, sentimiento de culpa, falta de concentración y problemas para tomar decisiones (Chávez et al, 2008). Cuando estos síntomas llegan a ser prolongados y agudos, pueden llegar a tener pensamientos suicidas. Dichos síntomas puede afectar las relaciones sociales, llevando a la mujer a tener conductas y sentimientos negativos, como indiferencia, molestia y aislamiento. En algunas ocasiones, este estado de ánimo puede llegar a prolongarse más allá de la etapa del embarazo, pues se

sabe que algunos episodios de depresión durante la etapa posparto tuvieron su origen durante el embarazo.

Es importante señalar que las manifestaciones emocionales de muchas mujeres, suelen intensificarse durante el embarazo.

Para Gómez López (2007), las características propias del embarazo, provocan una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que necesita adaptarse a una nueva situación. Por su manifestación, el malestar psicológico en esta etapa se puede clasificar como:

1. Predominantemente eufórico: Caracterizado por la presencia de un sentimiento alterado de bienestar o alegría
2. Predominantemente disfórico: Estado de ánimo desagradable como tristeza o irritabilidad
3. Predominantemente ansioso: donde se observan reacciones anticipatorias de miedo o aprensión, de peligro o amenaza inespecífica, preocupación o angustia.
4. Mixto eufórico-ansioso: en donde aparece una combinación de alegría exagerada con miedo, angustia o preocupación.
5. Mixto disfórico-ansioso: se observa una combinación de tristeza o irritabilidad con miedo, angustia y preocupación.

Para Espíndola et al (2006), el embarazo es un estresor identificable, dicho estresor desencadenará una serie de movimientos representacionales, simbólicos, afectivos y comportamentales. Algunas de las manifestaciones más claras de malestar psicológico en pacientes embarazadas es la presencia de datos clínicos de depresión, tales como llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensación de inquietud, desesperación, miedo, pérdida de control, inconformidad, irritabilidad, agitación, entre otros. En realidad el malestar es susceptible de presentarse en cualquiera de las gamas y tonalidades, su tendencia puede dirigirse hacia el estado de ánimo deprimido, así como hacia el polo de la manía.

Es importante resaltar que cuando una mujer embarazada cursa exclusivamente por malestar psicológico, se debe de entender que no es una enfermedad mental, en consecuencia los datos clínicos mencionados obedecen a un periodo de ajuste, no a un trastorno, pero sí a una alteración que se compara con el estado emocional previo. Así, las manifestaciones en la tonalidad afectiva, el estado de ánimo, la percepción y el pensamiento son experimentados por la gestante como un fenómeno molesto, incómodo, desconcertante y que altera la funcionalidad de algunas áreas de desempeño de su vida cotidiana, esto lleva al deseo de cambio, de recuperar su estado previo de funcionalidad y emotividad; haciendo de éste un fenómeno egodistónico (Espíndola et al, 2006).

El malestar psicológico, como concepto, se desprende de diversos análisis estadísticos y observaciones clínicas, derivadas de aplicaciones de ciertos instrumentos de tamizaje. Estos estudios han orientado al análisis de una gama de manifestaciones como alteraciones psicológicas clínicamente significativas y que corresponden a un evento disruptivo específico, pero que no cumplen con los criterios para ser consideradas como un trastorno mental (Espíndola et al, 2006).

En una muestra de mujeres mexicanas que cursaban un embarazo, se les aplicó un instrumento de tamizaje, donde los reactivos contestados positivamente con más frecuencia, fueron: el factor somático y el de ansiedad, así como la inadecuación social. Por otra parte, hubo consistencia en que las mujeres con menor escolaridad y mayor número de hijos manifestaron más sintomatología, lo cual se explica por una menor capacidad para hacer frente a las situaciones problemáticas y con menos recursos para abordarlas (Morales, Luque & Barroso Aguirre, 2002).

En otro estudio realizado a 3121 pacientes obstétricas del INPer (Instituto Nacional de Perinatología), se encontró que la prevalencia de malestar psicológico en esta población fue de 56.5%, mientras que la presencia de patología severa fue tan solo del 3.8%. El resto de la población no presentó ningún tipo de alteración psicológica de importancia (Gómez López, 2007).

Mientras tanto, Morales et al (2008), utilizando el Cuestionario General de Salud como instrumento de tamiz, el cual permite identificar oportunamente el malestar

psicológico, encontraron una prevalencia del 51% de malestar psicológico en mujeres mediante el Cuestionario General de Salud de 30 reactivos, y de 49.7% con el Cuestionario General de Salud de 15 reactivos, siendo en ambos la mayor prevalencia en mujeres embarazadas.

En otro estudio que se realizó a 5,134 pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, se les aplicó el Cuestionario General de Salud y se encontró que el 51% de las mujeres obtuvieron suficientes puntos para categorizarlas como caso de una prevalencia de malestar psicológico, 33.5% como caso leve, 13.36% como caso moderado y 4.1% como caso grave (Morales et al, 2008).

Por otra parte, en investigaciones realizadas durante más de 20 años con poblaciones de mujeres que cursan un embarazo, se ha encontrado que sólo el 4% de las pacientes con embarazo de alto riesgo presentan alteración psicológica severa y entre 33.4% y 62% manifiestan malestar psicológico como la alteración emocional más común durante este evento reproductivo (Luque, 1999; Gómez, Morales, Aldana & Gaviño, 2008; citados en Gómez, Aldana, González, Mota & Sánchez, 2009).

Mientras tanto Díaz, Rodríguez, Mota, Espíndola, Meza y Zárate (2006), en otro estudio realizado a una muestra de 213 mujeres adolescentes embarazadas, encontraron que el 33.3% de la mujeres evaluadas fueron consideradas como casos con malestar psicológico. En otras palabras, una de cada tres adolescentes que participaron en el estudio presentó malestar psicológico. Las adolescentes encuestadas se caracterizaron por estar cursando el segundo trimestre de embarazo, estar cercanas a cumplir 16 años de edad y haber entrado en contacto sexual con sus parejas (en general mayores que ellas).

En el caso de pacientes adolescentes embarazadas y en pacientes gineco-obstétricas en general, llegan a presentar manifestaciones clínicamente parecidas entre el malestar psicológico y algún trastorno mental, el cual puede confundirse si no son finamente evaluadas mediante la anamnesis: dificultades en el dormir, alteraciones en el consumo de alimentos, vómito, cansancio, o ansiedad propia del padecimiento de una enfermedad médica o de la mujer gestante, el ajuste psicosocial en el cambio de rol. Los dolores de

cabeza, mareos y oscilaciones del humor y del estado de ánimo, que llegan a ser parte del proceso obstétrico, ginecológico e incluso del climaterio.

Una mala o carente información clínica de la paciente puede provocar un diagnóstico mal indicado de igual categoría nosológica de trastorno mental, en tanto, que debe de entenderse que se trata de manifestaciones secundarias al momento vital y a las condiciones médicas (Díaz, 2014; Espíndola et al, 2006).

3.3 Depresión y embarazo

La depresión fue el diagnóstico psiquiátrico más frecuente del siglo XX, siendo considerado como uno de los principales problemas de salud para la mujer (Leal, 2000).

Los estudios epidemiológicos muestran que los trastornos depresivos son dos veces más frecuentes en las mujeres, con una prevalencia a lo largo de la vida del 21.3% frente al 12.7% de los hombres. Dichos estudios sugieren que al menos parte del proceso de la depresión puede estar relacionado con variables ligadas al género y las posibilidades biológicas más obvias residen en las importantes diferencias hormonales entre los sexos (Leal, 2000).

Como se ha mencionado, el proceso gestacional se caracteriza por profundos cambios hormonales, físicos y psíquicos que condicionan la aparición de un ánimo disfórico, con frecuente irritabilidad y aumento de la sensibilidad. Se cree que el embarazo por lo general se presenta de manera inesperada en un periodo de la vida en el que la mujer debería experimentar felicidad y solo buenas noticias, sin embargo no siempre es así, estudios realizados han encontrado la presencia de depresión mayor durante la gestación, que va desde un 2% a un 21%, y que puede llegar hasta un 38% en mujeres de bajo nivel socioeconómico. Las estimaciones derivadas de escalas de síntomas varían entre 8 y 31% y 20 a 51% en mujeres de bajo nivel socioeconómico. En América Latina se encuentra una prevalencia de 29% de cuadros depresivos y en población Latina en EEUU, de 51% de sintomatología depresiva severa (Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almazán & Juárez, 2006).

En México, Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) realizaron un estudio a 288 mujeres que cursaban un embarazo de 28 a 34 semanas de gestación con la finalidad de detectar sintomatología depresiva y encontraron una tasa de 21.7% de mujeres con probable depresión. Otro estudio más reciente realizado por Lara y Navarrete (2012) encontró una prevalencia de un 22% a 37% de las gestantes con presencia de sintomatología depresiva (Ortega, Lartigue & Figueroa, 2001).

Las manifestaciones más comunes presentes en la sintomatología depresiva durante la gestación, son las siguientes: sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo, sin deseos de salir, sin ánimo, dificultad para moverse y salir de la cama, sentirse cansada todo el tiempo o dormir muchas horas. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal. En caso contrario también es frecuente, que la mujer pierda el apetito y que tenga dificultades para dormir (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin volver a conciliar el sueño. A veces, en vez de tristeza y llanto fácil, existe marcada irritabilidad hacia el marido y el bebé. Con frecuencia le duelen la cabeza y la espalda, no tiene energía y puede haber sentimientos de sospecha y recelo hacia los demás (que no la quieren, que hablan mal de ella, que le tienen envidia o que traman algo en su contra) (Lartigue et al, 2008).

Es común que en esta etapa también se presenten pensamientos negativos y pesimistas sobre el futuro (“todo irá mal”, “tengo mala suerte”, “seguramente habrá complicaciones”, “no seré una buena madre”). Pueden llegar a presentarse pensamientos de auto reproche (“debería ser mejor madre”, “trabajar más duro”, “no sentirme cansada”, “atender mejor al marido”). La mujer puede expresar que se siente abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo o poder cuidar al bebé. Ocasionalmente siente que no podrá hacer frente a todas estas nuevas responsabilidades y se siente aterrada (Lartigue et al, 2008).

Autores como Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza & Rodríguez (2004), observaron que a menor escolaridad y mayor número de gestas, además de la presencia de pérdidas perinatales previas, las pacientes presentan mayor probabilidad de puntuar por arriba de lo normal, mostrando mayor posibilidad de sintomatología depresiva.

Fernández y Cabaco (2007) realizaron un estudio a 146 mujeres embarazadas, encontrando diferencias significativas en las variables de edad y nivel de estudios en la mujer gestante, manifestando que a menor edad y menor grado de estudios, mayor es el índice de depresión. De igual forma, los mismos autores detectaron que tener menos apoyo conyugal disminuye la percepción del soporte social y por tanto aumentan los sentimientos depresivos, mientras que si la mujer percibe y experimenta apoyo, aumentan también en ella los sentimientos de eficacia y los recursos para hacer frente al proceso del embarazo.

Sin embargo, otros autores como Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales y Juárez (2006), realizaron un estudio en 300 mujeres embarazadas con la finalidad de conocer aquellos factores psicosociales que predisponen a la mujer gestante de sufrir sintomatología depresiva en esta etapa, observando que las variables sociodemográficas como edad, escolaridad, estado civil, número y trimestre de embarazo no se relacionan con los síntomas de depresión. La única variable significativa fue no haber planeado el embarazo. A este respecto, la bibliografía señala que no desear el embarazo se relaciona con la depresión y aunque no planear un embarazo no es sinónimo de no desearlo, puede también incluirlo, por lo que la falta de planeación, según estos datos, también incrementa los síntomas depresivos.

De igual manera se encontró relación entre las situaciones de la infancia, la separación o pérdida del padre antes de los 11 años, patología mental en los padres y consumo de sustancias de éstos, asimismo, la importancia de ser madre soltera o divorciada, haber presentado síntomas depresivos previos y la carencia de apoyo social. Dichos factores de riesgo tienden a facilitar la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo; de igual manera, estos factores tienen consecuencias mayores, tales como efectos adversos en el desenvolvimiento del embarazo e incremento significativo de depresión posparto (Lara et al, 2006).

La depresión durante el embarazo puede tener diversos efectos negativos, tanto en el feto como en la madre. Entre ellos se encontraron una mayor frecuencia de prematuridad, menor peso al nacer, menor grado de actividad fetal y menor tono muscular en el neonato (Lartigue et al, 2008). Después del nacimiento las madres depresivas presentan un menor

apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disforia durante la interacción con ellos (Fernández y Cabaco, 2007).

3.4 Factores de riesgo que influyen en el malestar psicológico durante el embarazo

Para la mujer, el embarazo y el ejercicio de la maternidad, representan un ciclo de vida que implica importantes cambios emocionales, físicos y sociales tanto para la madre como para su pareja y el resto de las personas que la rodean.

La sociedad y la cultura le han dado un valor especial al embarazo, en dicha etapa la misma sociedad ha establecido lo que se espera de ella y el cómo debe ser el comportamiento adecuado para poder ser una “buena madre”. Junto con la presión social que se ejerce en la mujer embarazada, encontramos circunstancias socialmente deseables, como son: contar con una pareja estable, tener una situación económica apropiada y el apoyo familiar. Cuando dichas circunstancias no llegan a ser favorables, la adaptación a este nuevo estado de la mujer repercute en ella, impactando en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas (Gómez et al, 2006).

Investigaciones realizadas por Morales (2005; citado en Gómez et al, 2006), detectaron que los principales factores de riesgo para presentar alteraciones emocionales en la mujer embarazada son los siguientes: 1) Ser paciente obstétrica, 2) tener un hijo vivo o más, 3) no tener pareja, 4) dedicarse al hogar, ser comerciante o empleada, 5) ser mayor de 35 años y 6) tener escolaridad de 0 a 9 años. Dichos factores confirman que la mujer embarazada es más vulnerable a presentar una alteración emocional durante la etapa del embarazo.

Para profundizar sobre lo anterior, el modelo propuesto por Moss (1979; citado en Fernández & Sánchez, 2005) resulta útil para la determinación de algunos factores de vulnerabilidad en la etapa gestacional. Moss hace referencia al sistema personal, compuesto por las variables sociodemográficas (edad, estatus socio-económico, inteligencia, etc.), los roles, las expectativas y otros factores limitadores de la capacidad de respuesta del individuo frente al ambiente. Otro conjunto de variables es el conjunto del sistema ambiental, que aborda los efectos del apoyo social, sus componentes y relaciones de un

elemento más concreto: el apoyo social percibido por parte de la pareja. Por último, el conjunto de variables del status de salud y la conducta relacionada con la misma que incluye la adaptación del proceso gestacional.

Existe una serie de factores de riesgo que producen un alto nivel de estrés en la gestante, como son: tener menos de 18 años o más de 35 en el caso de primerizas o más de 38 años en el caso de multíparas, sobrepasar por más de 15 kilos el peso ideal, existencia de enfermedades graves (diabetes, anemia, hipertensión), haber tenido problemas obstétricos previos (como pérdidas gestacionales recurrentes, abortos espontáneos, óbitos, tener un hijo con defectos congénitos o discapacidades, amenaza de aborto en el embarazo actual o riesgo de presentar otro problema). Estos factores generan en la mujer un malestar psicológico persistente caracterizado por angustia, temor a perder el producto y sintomatología ansiosa o depresiva (Fernández & Sánchez, 2005; Gómez et al, 2006).

Kitamura et al (1996; citados en Martin & Crespo, 2002), encontraron que las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre del embarazo están determinadas básicamente por factores psicosociales, entre los que citan el ser casada en segundas nupcias, problemas con la vivienda, síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos y anorexia), factores obstétricos (antecedentes de síndrome disfórico premenstrual y dismenorrea, primer embarazo o historia previa de abortos), pérdidas parentales precoces, falta de atención materna, embarazo no deseado, respuesta negativa por parte de la mujer o su pareja o falta de intimidad con el cónyuge.

Entre otros factores de riesgo también se encuentran: padecer conflictos y/o violencia conyugal en cualquiera de sus modalidades, tener una pareja que no le brinde apoyo emocional, ser madre soltera; así como no haber deseado ni planeado el embarazo y tener otros hijos, todos los factores mencionados aumentan la posibilidad de la presencia de episodios depresivos. Aunado a lo anterior se agrega encontrarse en un estado de pobreza o vulnerabilidad social, dificultades económicas, falta de acceso a servicios médicos, aislamiento social y nulo o difuso soporte social y familiar (Lartigue et al., 2008; Vallejo & Gastón, 2000).

Es importante destacar que las características de personalidad de la gestante y el apoyo social, influyen en la forma de procesar la información tanto cognitiva como emocional. Si estos factores suelen ser de estructura débil, es más probable que la mujer embarazada tenga emociones negativas, las cuales la lleven a tener síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo (Fernández & Sánchez, 2005).

Por otro lado, Martín y Crespo (2002) encontraron que la inadecuación social de los recursos comunitarios se asocia a un riesgo mayor de complicaciones médicas u obstétricas durante el embarazo en mujeres.

Otro factor muy importante durante esta etapa es la relación con la familia de origen, en algunos casos dicho apoyo no está presente y esto tiende a alterar el estado emocional, esto se da sobre todo en situaciones en las que el embarazo no es bienvenido, por no contar con una pareja estable y sin la solvencia económica necesaria. Esto implica mucha presión para la mujer embarazada, pues también contraviene a las expectativas familiares puestas en ella, como seguir estudiando, casarse, trabajar, etc., lo cual le origina sentimientos de culpa (Gómez, et al, 2006).

Un factor de suma importancia es la aceptación o no del embarazo. Se ha encontrado que el embarazo y los sentimientos hacia el mismo, actúan como variables mediadoras entre el estrés del embarazo, otros acontecimientos vitales, el proceso de adaptación y el resultado del embarazo y el parto. La aceptación del embarazo correlaciona positivamente con el deseo de tener un hijo, dicho deseo se manifiesta mucho antes de estar embarazada. El hijo deseado y el embarazo planeado, satisfacen los deseos de maternidad, de feminidad, de fecundación y de identificación con la madre. Las mujeres que desarrollan una mejor aceptación suelen tener menos molestias de tipo físico (vómito, náuseas, mareos) y permite pronosticar, además, un mejor grado de adaptación a la maternidad (Fernández & Sánchez, 2005).

Sin embargo, la no aceptación al embarazo o el rechazo en un primer momento para pasar a ser aceptado después, o incluso no planearlo o aceptarlo, suelen aumentar la situación de estrés, con síntomas físicos y somáticos durante la gestación y mala adaptación

al papel materno y escasa o nula vinculación con el recién nacido (Fernández & Sánchez, 2005).

Como ya se ha escrito, el embarazo no deseado es el que más complicaciones aporta desde un punto de vista psíquico y social. Es frecuente que en los embarazos no deseados los principales factores que ocasionan el rechazo sean los problemas económicos, multiparidad, problemas sociales o adolescencia. Las adolescentes muchas veces son abandonadas por el padre del hijo cuando descubren que están embarazadas y tienen que enfrentarse a problemas para los que no están preparadas. Con frecuencia se sienten rechazadas o existe un rechazo real de la familia o de las amistades; las adolescentes en la mayoría de los casos tienen que modificar sus planes a corto plazo, como dejar de estudiar, casarse o buscar un trabajo, experimentando muchas tensiones externas. En estos casos son frecuentes los trastornos adaptativos y las conductas desadaptadas, como ocultar el embarazo a los padres, llegando incluso a esperar un momento muy avanzado del embarazo o incluso hasta el parto para darles la noticia de la llegada del bebé (Fernández & Sánchez, 2005, Martín & Crespo, 2002).

Un estudio realizado por Martínez y Romano (2009) en mujeres adolescentes embarazadas, destaca la importancia del apoyo de la madre, ya que esta influye de manera directa en el grado en que la mujer desarrolla sintomatología depresiva, encontrándose que quienes contaban con apoyo materno manifestaron una sintomatología depresiva leve. Otro factor importante es la tendencia de que a mayor edad de las mujeres, mayor es la gravedad de la sintomatología depresiva. En cuanto a la escolaridad, los investigadores encontraron que la gravedad de los síntomas depresivos disminuye notablemente conforme aumenta el nivel de estudios.

Por último, los análisis realizados muestran que las carencias económicas tuvieron un considerable efecto en quienes padecían depresión, y en gran medida se hallaban relacionadas con problemas domésticos, abuso de sustancias y alcoholismo (Martínez & Romano, 2009).

Asimismo, se ha demostrado que en los embarazos no planeados el número de gestaciones, abortos y óbitos contribuyen significativamente al malestar psicológico de la

mujer, con reacciones particularmente de ansiedad y depresión (Morales & Kessler, citados en Pimentel et al, 2013).

Los embarazos de alto riesgo llegan a influir en el malestar psicológico, ya que éste suele aumentar la problemática emocional depresiva y ansiosa, los sentimientos de ambivalencia, los miedos y la culpa (Pimentel et al, 2013).

Por otro lado se encuentran los estresores sociales, los cuales implican reconocer el contexto sociocultural en el cual la mujer está inmersa, tal como la desorganización del funcionamiento de pareja, familiar, laboral y/o social en general y carecer de redes de apoyo, recursos sociales y recursos económicos, los cuales son circunstancias que exponen a riesgos emocionales debido a que estos factores ponen a la persona en desventaja. En pacientes con diabetes se ha detectado que los siguientes estresores sociales contribuyen a la depresión: baja escolaridad, bajo ingreso económico, ser adolescentes, ser madre soltera, tener hijos pequeños y limitaciones para enfrentar la vida social y familiar (Pimentel et al, 2013).

3.4.1 Pareja y embarazo

Como se ha mencionado, el embarazo no sólo impacta el estado emocional de la mujer, sino también el de su pareja, ya que ambos necesitan tiempo para adaptarse a esta nueva etapa llena de retos, nuevas tareas y nunca exenta de dificultades.

La mayoría de las preocupaciones y conflictos de las mujeres embarazadas giran alrededor de la relación con su pareja y del papel que juega este nuevo hijo en la dinámica establecida (Austin, 2004; citado en Gómez, Aldana, Carreño & Sánchez, 2006). Para la pareja no es fácil encontrar los límites aceptables entre la privacidad personal y la intimidad con la pareja y equilibrar, además, esa condición de privacidad frente a los hijos y el mundo exterior, muchas veces surgen tensiones por la imposibilidad de tener un espacio propio junto con la pareja (Sarquis, 1995).

Muchos de los conflictos de pareja, suelen ser previos al embarazo y lo único que hace éste es exacerbarlos. La mujer tiende a elaborar fantasías de que un hijo puede mejorar e incluso salvar la relación de pareja; en la mayoría de los casos esto no es así, lo que origina nuevos conflictos en la mujer al ver que sus expectativas no se cumplen,

dificultando su adaptación al evento reproductivo. En estos casos, es común encontrar dificultades por parte de la pareja para comprometerse realmente en la relación y es la mujer que en su mayoría insiste en tener algo que al mismo tiempo la afecta. Detrás de esto existe un gran temor por parte de la mujer embarazada de quedarse sola, lo que no sólo responde a su dinámica interna, sino también a la presión social (Gómez, Aldana, Carreño & Sánchez, 2006).

En la mayoría de las parejas, la presencia de un bebé exige adaptarse a un nuevo rol generando dificultades y tensiones durante esta transición. En ese momento la presencia del nuevo miembro de la familia genera rápidamente una situación triangular y la vivencia de ser excluido, en el caso del hombre ese sentimiento es creado debido a la preocupación excesiva de la mujer hacia el hijo, sintiendo un gran temor ante la presencia del nuevo bebé y que éste le quite el amor y el cuidado de su pareja, llegando a percibirlo como un “invasor”. En muchas ocasiones el futuro padre llega a tener una postura sobreprotectora con la madre, tratándola como a una enferma. La presencia de los hijos, además de exigir adaptarse a una nueva etapa, también genera dificultades en la medida en que hay que compartir el espacio que se ha logrado como pareja. (Sarquis, 1995, Martín & Crespo, 2002).

De acuerdo con Martín y Crespo (2002), el embarazo supone una fuente mayor de estrés cuando no se ha buscado, es posible que la pareja acepte el embarazo y que éste siga una evolución normal, pero en tal caso pueden aparecer sentimientos de culpa si algo no sale bien o ante el temor de que se presente una complicación. En otros casos, el embarazo no deseado por ninguno de los miembros de la pareja provoca sentimientos ambivalentes, sobre todo en la mujer, rechazándolo por una parte, pero, al mismo tiempo, con el temor de que algo salga mal debido a este rechazo. El padre en ocasiones no acepta hacerse cargo de los cambios que tener un hijo produce en su vida familiar y social, y puede estar enojado con su mujer y desplazar su agresividad ante ella. En ocasiones el temor a la muerte del feto se manifiesta de manera intensa en el padre, desarrollando conductas de comprobación de la vitalidad del feto que resulten molestas para la intimidad de la mujer o, por el contrario, mostrar despreocupación por los cuidados prenatales, generando ansiedad en su pareja.

En estudios realizados con pacientes obstétricas se encontró que la ansiedad y las reacciones de crisis previas causadas por el embarazo, el temor a las complicaciones durante el parto, problemas familiares y preocupaciones por el feto, fueron motivos predominantes para derivar a las pacientes a atención psicológica (Gómez, Aldana, Carreño y Sánchez, 2006).

Hoyos (1982; citado en Estupiñán, Aponte & Rodríguez Barreto, 2009), señala que cuando la relación de pareja es adecuada y armónica, el embarazo es afectado positivamente por la vibración emocional de los lazos afectivos, la presencia del compañero, siendo también una condición necesaria para el normal desarrollo del bebé, al garantizar una situación placentera en el nacimiento.

En la mayoría de sociedades tradicionales, el padre no está presente en el nacimiento de sus hijos o hijas, pues se considera un asunto de mujeres, participando en su mayoría las madres, las suegras y las parteras. No obstante, cada vez con mayor frecuencia en sociedades industrializadas, es el compañero (generalmente el padre del bebé) quien asiste al parto (Maldonado & Lecannelier, 2008). La importancia del acompañamiento del padre durante la gestación y el nacimiento es de suma trascendencia para el fortalecimiento de los vínculos familiares. Cuando la mujer está sola, la melancolía y la tristeza son emociones presentes que generan mayor susceptibilidad, exacerbando temores y sentimientos de vulnerabilidad, ocasionando el aislamiento (Estupiñán, Aponte & Rodríguez Barreto, 2009).

Un estudio realizado por Martínez y Romano (2009) señaló que las madres solteras tuvieron índices altos de depresión, encontrando también que aquellas mujeres que vivían en unión libre fueron igualmente vulnerables a padecer sintomatología depresiva en un nivel grave.

Por otra parte, Martín y Crespo (2002) encontraron que durante el tercer trimestre del embarazo existe una mayor posibilidad de episodios o síntomas depresivos y que si éstos se asocian con la falta del apoyo conyugal y un embarazo prolongado, aumenta la posibilidad de depresión seis meses después del parto.

Rauenhoest (2001; citado en Armengol, Chamorro & García Dié, 2007) señala la importancia del soporte social, en especial la relación de la mujer con su pareja o marido, ya que ayuda a establecer un mejor apego prenatal.

Sin embargo, el fenómeno del padre ausente es frecuente. Hoy en día hay un mayor número de mujeres que tienen que mantener a sus hijos y/o son madres solteras. Algunas razones pueden ser el divorcio o la separación, otras son la tendencia de los hombres a tener relaciones secundarias y no responsabilizarse por los hijos (Maldonado & Lecannelier, 2008).

3.4.2 Violencia y embarazo

Dentro de los problemas sociales y derechos humanos, así como de la salud pública a nivel mundial, la violencia contra la mujer es considerada como uno de los principales problemas. La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres de 2003 (ENVIM), incluyó una pequeña batería con preguntas relacionadas con violencia durante el embarazo. De las mujeres encuestadas, el promedio de prevalencia de violencia durante el embarazo a nivel nacional resultó ser del 14.3 por ciento. El informe que presentó la Organización Mundial de la Salud en el 2003, señala que en algunos estudios realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua, encontraron una prevalencia del 6 al 15 por ciento. Esto quiere decir que México se encuentra en el extremo mayor del problema (Rico, 2005).

Casi la mitad de los casos informados por las mujeres violentadas revelan que la violencia durante el embarazo fue igual que antes de embarazarse. En relación con el agresor, vemos que en prácticamente el 90 por ciento de los casos, la persona que agredió a la mujer embarazada fue precisamente el padre del niño. En cuanto al tipo de violencia, se encontró que van desde humillaciones y golpes hasta relaciones sexuales forzadas y amenazas. Es importante señalar que el 4.4 por ciento de las mujeres fueron golpeadas o pateadas directamente en el abdomen durante la gestación, es decir una agresión directa durante el embarazo (Rico, 2005).

En un estudio realizado con una muestra de 386 mujeres, se encontró un mayor porcentaje de violencia en mujeres solteras o en unión libre, así como las que refirieron tener un nivel socioeconómico bajo. Se ha revelado que la violencia contra la mujer

embarazada afecta la salud física y mental, provocando un mayor riesgo de muerte materna, suicidios, infecciones de transmisión sexual, abortos espontáneos y partos pre término. En el infante, hay un mayor riesgo de bajo peso al nacer, riesgo de morir en el primer año de vida y desnutrición (Doubova, Pámanes González, Billings & Torres Arreola, 2007).

Entre los factores relacionados con la violencia en las mujeres se menciona la tolerancia al castigo físico como medio de resolver disputas personales, siendo más común en lugares donde el concepto de masculinidad o la cultura patriarcal está ligado a la dureza, el honor masculino o la autoridad y donde domina la percepción de que las mujeres son “propiedad” de los hombres (Doubova et al, 2007).

El malestar psicológico presente durante la gestación está sumamente ligado a una serie de componentes biopsicosociales, los cuales van a influir durante el desarrollo del mismo. Sin duda, y como ya se ha mencionado, el soporte social es predeterminante durante dicha etapa, donde una buena percepción de apoyo de redes sociales va a influir para que se tenga un buen desarrollo del embarazo o en el caso contrario a una serie de emociones negativas o situaciones estresantes. Sin duda la presencia del apoyo de la pareja o en su defecto la ausencia del mismo, juega un papel clave en esta etapa, por tal motivo el siguiente subcapítulo se hablará de la pareja y de la importancia que juega la presencia o ausencia de este.

3.5 Paternidad

Se sabe muy poco respecto a los cambios psicológicos y emocionales que ocurren en el futuro padre y cómo se realiza la transformación a la paternidad.

Desde el punto de vista psicológico y sociológico, el padre ha sido siempre un actor impalpable, impreciso, una figura que cuando aparece en el escenario del hogar lo hace en un segundo plano. Al no tener el hombre una conexión biológica con sus hijos tan directa como la mujer, el primer desafío que se plantea un padre es elegir su misión, su papel, la personalidad que va a caracterizar dentro del ámbito doméstico. Debido a esto, el padre es visto como el eslabón débil de la cadena afectiva, brillando a lo largo de su historia sobre todo por su ausencia. Existen diversas razones de ausencia tangible del padre: la muerte, la

deserción del hogar, la paternidad ilegítima, la separación o el divorcio doméstico (Rojas, 2005).

Sin embargo, en la actualidad cada vez es más común la colaboración del padre en el embarazo de su compañera. El futuro nacimiento le hará evocar o elaborar recuerdos de su infancia y su relación con los propios progenitores. Muchos futuros padres también sienten ambivalencia hacia el embarazo: ansiedad respecto a su propia madurez (ya que el convertirse en padre significa dejar de ser adolescente) y manifiestan conflictos internos relacionados con el rol del padre. Aun cuando a nivel consciente esté muy feliz con el prospecto de serlo, es común que también haya ansiedad y temor al futuro. (Maldonado Duran & Lecannelier, 2008).

El primer reto para el padre es la noticia de la gestación. Una investigación en Estados Unidos de América, mostró que cuando el padre tenía una actitud favorable hacia el embarazo o incluso lo deseaba, había un impacto saludable en la nueva madre (Sangi Haghpeykar, Mehta, Posner & Poindexter, 2005; citados en Maldonado & Lecannelier, 2008).

En ocasiones, el compañero de la gestante llega a presentar síntomas comunes del embarazo, tales como aumento de peso, náuseas matutinas, cansancio, alteraciones del estado de ánimo, dolores de espalda, insomnio, irritabilidad, aumento de apetito, fatiga e inquietud, esto podría causar sentimientos de empatía, pero aún no hay una certidumbre sobre dicho mecanismo (Maldonado & Lecannelier, 2008).

Se han identificado diferentes estilos de reacciones y comportamientos del padre ante el embarazo, Maldonado y Lecannelier (2008) hacen mención de tres:

1. El observador: está presente, pero no realiza acciones que indiquen su interés, sino espera a ver qué pasa, tiene alto grado de control de sí mismo y de sus emociones. Puede estar contento con la gestación, pero prefiere ser observador y no actor.
2. El hombre reactivo y participante: quiere ser parte del embarazo y estar presente en todos los momentos importantes.

3. La reacción instrumental: el hombre se ve como el compañero que ayuda a que todo salga bien, hace arreglos, ayuda en muchas formas, prefiere entrar en acción y demuestra sus emociones actuándolas. No habla mucho de lo que siente ya que se hace cargo de las situaciones sin expresar sus sentimientos en palabras.

Se ha observado que el padre también atraviesa un periodo de relativa vulnerabilidad y tienen mayores necesidades emocionales y de apoyo que en otros periodos de sus vidas; al igual que la mujer embarazada tiende a sufrir ansiedad y depresión (Maldonado & Lecannelier, 2008).

En el presente capítulo se habla respecto al malestar psicológico y su relación con el embarazo, mencionando la delicada línea que existe entre este proceso transitorio y el riesgo de que la falta de atención en su momento pueda traer consecuencias posteriores en la salud mental de la mujer. Se hace mención de la depresión y su relación con el embarazo, así como la importancia de la dinámica familiar y de pareja ante dicha etapa.

En el siguiente capítulo se hablará de algunas investigaciones donde se utilizaron los mismos instrumentos de medición de este estudio.

Capítulo 4. Investigaciones relacionadas

El objetivo del capítulo es dar a conocer algunas de las investigaciones realizadas sobre los temas que se han revisado durante el presente trabajo y que emplearon la misma instrumentación.

Una de las escalas utilizadas en la investigación es la escala de síntomas “Symptom Rating Test” (SRT realizado por Kellner & Sheffield, 1973), la cual permite explorar brevemente la presencia de rasgos psicopatológicos, no solo en la práctica clínica, sino también algunos síntomas (somáticos, depresivos y de ansiedad) comunes entre la población general. El cuestionario de síntomas fue diseñado originalmente para medir el malestar psicológico, definiendo el malestar como un estado transitorio y cambiante. Según Kellner, creador de la escala, la función del SRT, es análoga a un termómetro clínico, ya que permite detectar los cambios en el estado clínico de un paciente (Kellner & Sheffield, 1973; citados en Mora, Natera & Andrade Palos, 1994).

El SRT se basa en una serie de síntomas de los cuales los autores (Kellner & Sheffield, 1973) identificaron cuatro áreas principales (Inadecuación, Ansiedad, Somatización y Depresión) derivadas de análisis factoriales, llevándose a cabo la validación en poblaciones clínicas (Mora, Natera y Andrade Palos, 1994).

Mora, Natera y Andrade Palos (1994), emplearon la versión de la escala SRT en una muestra integrada por 338 estudiantes mexicanos de una institución pública de enseñanza media superior. Los resultados del estudio revelaron una alta consistencia interna y demuestran la validez de constructo de la Escala de Síntomas (SRT), constituyendo una medición altamente confiable ($\alpha = .93$).

Los resultados indican que la escala de síntomas puede trabajarse por medio de veintisiete reactivos divididos en cuatro subescalas, como inadecuación, somatización, ansiedad y depresión; o bien por medio de una escala bidimensional que agrupa únicamente síntomas físicos y psicológicos. La ventaja de emplear las cuatro subescalas es que permite obtener puntajes independientes por áreas; todas ellas con excepción de la depresión, obtuvieron una confiabilidad mayor a .80 (Mora, Natera & Andrade Palos, 1994).

Tiburcio y Natera (2007) adaptaron la Escala de Síntomas (SRT) al dialecto *ñahñú*, (lengua indígena hablada por la comunidad del municipio del Cordonal en el Estado de Hidalgo), con el interés de encontrar un instrumento que les permitiera evaluar el malestar psicológico frente al consumo del alcohol excesivo en las familias del Valle del Mezquital. Los resultados fueron muy similares a otras investigaciones realizadas en población mexicana por Mora, Natera y Andrade Palos.

El malestar psicológico es definido por Espíndola et al (2006) como una entidad diagnóstica que se caracteriza por su reactividad, rápida evolución, egodistonia y buen pronóstico, dichos autores encontraron que las manifestaciones clínicas del malestar psicológico son fenomenológicamente iguales a las manifestaciones patológicas propias de los trastornos mentales, el contexto y la etiología del conflicto son enteramente distintos.

Dicho lo anterior se encontró que las pacientes gineco-obstétricas suelen presentar manifestaciones clínicas similares a las del malestar psicológico y a una entidad patológica, las cuales pueden confundirse con elementos sintomáticos sin el contexto de la anamnesis, donde las carencias del contexto pueden provocar un diagnóstico mal indicado de alguna categoría nosológica de trastorno mental. Por estas razones es que dichos autores recomiendan que el malestar psicológico debe de ser atendido y evaluado por un profesional de salud mental, ya que su evaluación requiere de estrategias diversas y su atención debe realizarse por medio de técnicas específicas, las cuales deben de favorecer la solución del conflicto con la realidad y funcionar como profilaxis de un conflicto secundario e intrapsíquico (Espíndola et al, 2006).

Morales, Luque y Barroso (2002) realizaron un estudio con mujeres mexicanas atendidas por eventos ginecoobstétricos en el INPer (Instituto Nacional de Perinatología), con la intención de establecer la prevalencia de las alteraciones emocionales y los factores que determinan la posible interacción entre las variables demográficas. Se seleccionó una muestra total de 328 mujeres, de las cuales 225 eran pacientes obstétricas y 103 pacientes ginecológicas. El estudio arrojó los siguientes resultados: del total de 328 pacientes estudiadas, 52.1% resultaron ser posible “caso”, siendo un porcentaje mayor en las pacientes obstétricas (62.2%) con respecto a las pacientes ginecológicas. Por otra parte, la baja escolaridad resultó un buen indicador de mayor malestar psicológico, así como el

número de hijos. En conclusión, las pacientes obstétricas obtuvieron mayor malestar psicológico que las pacientes ginecológicas, también se encontró que los reactivos que más frecuentemente fueron contestados como positivos, fueron: el factor somático y el factor de ansiedad, así como la inadecuación social.

En otro estudio realizado con pacientes del INPer de una muestra de 127 pacientes embarazadas, se pudo observar que los trastornos adaptativos fueron los más frecuentes entre las pacientes, siendo el más común el de ansiedad (23.6%), los cuales se manifestaron en reacción al embarazo y a los cambios físicos y emocionales que este conlleva. En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, los más frecuentes fueron los trastornos depresivos mayores recidivantes leves y moderados (15.1% de manifestaciones sintomáticas previas al embarazo, pero exacerbados por éste). Los trastornos de angustia con y sin agorafobia se presentaron en 5.6% de los pacientes, lo mismo que los problemas conyugales manifestados a raíz del embarazo, o incluso de inicio previo, pero que estaban afectando su estado emocional durante la gestación. Es importante señalar que el 37.8% de la población estudiada era soltera, porcentaje ligeramente mayor que la que estaba casada (36.2 %), y que en el 53.5% de estas mujeres era su primer embarazo, ambos datos podrían reflejar la influencia de estos aspectos para que la mujer embarazada desarrollara malestar psicológico. Respecto a la modalidad de atención psicológica, más de la mitad de las pacientes requerían únicamente de psicoterapia grupal o individual (Gómez, Aldana, Carreño & Sánchez, 2006).

Morales, Pimentel, Sánchez y Henales (2008) realizaron un estudio a 5,500 mujeres. De acuerdo con los resultados arrojados por el Cuestionario General de Salud-30 que se les aplicó, 51% de las mujeres obtuvo suficientes puntos para catalogarlas como *caso clínico* y, de acuerdo con los puntos de corte propuestos, 33.5% se diagnosticaron como *caso leve*, 13.36% como *caso moderado* y 4.1% como *caso grave*.

En otra evaluación realizada a 213 mujeres adolescentes embarazadas, se encontró que 71 (33.3%) tuvieron un puntaje de 8 o más en el Cuestionario General de Salud (CGD), por lo que fueron consideradas como casos con malestar psicológico; mientras que 142 (66.7%) no fueron consideradas como casos. En otras palabras, una de cada tres

adolescentes embarazadas que participaron en el estudio presentó malestar psicológico (Díaz, Rodríguez, Mota, Espíndola, Meza & Zarate, 2006).

En otro escenario, Díaz et al (2006) desarrollaron un estudio donde el objetivo era establecer la relación entre la percepción de las relaciones familiares y el malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Los resultados fueron los siguientes: en 213 adolescentes, todas ellas primigestas, con 17 años de edad o menos, se observó que la percepción de la dinámica familiar, la relación entre los padres y las relaciones afectivas con la madre y el padre, se asociaron directamente con la presencia de malestar psicológico.

Investigar el malestar psicológico y la sintomatología depresiva presentes durante el embarazo, es el tema principal de este estudio, por tal motivo a continuación nos centraremos en conocer un poco más acerca de las investigaciones que se han llevado a cabo con respecto a la presencia de los síntomas depresivos y sobre la Escala de Depresión de Edinburg, la cual fue utilizada en la investigación.

Espíndola et al (2004) buscaron determinar el punto de corte más adecuado para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS, por sus siglas en inglés), el instrumento previamente ha sido traducido, validado y confiabilizado en la población del Instituto Nacional de Perinatología. Dicho cuestionario fue aplicado a 264 mujeres, que cursaban un embarazo entre la semana 13 y 40 de gestación, de las cuales el 36.4% respondió haber planeado el embarazo, mientras que el 63.6% no lo hizo.

En lo referente a los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, se obtuvo una media de 9.9, con una mediana de 10 y una moda de 8. La prevalencia de depresión perinatal para las pacientes de la muestra, tomando en cuenta un punto de corte de 14 en el EPDS y de 44 para la escala de Automedición de la Depresión de Zung, fue del 17.8%, mostrándose casi tres puntos porcentuales por encima de la media de la población abierta para el conglomerado de cuadros depresivos. Por tal motivo se sugiere que la escala EPDS es un instrumento confiable y válido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos mayores y menores en la población del INPer (Espíndola et al, 2004).

En México, la prevalencia de depresión (probable episodio depresivo) en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron a su control prenatal al INPer, fue de alrededor del 17%. Estas muestras fueron evaluadas a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, con un punto de corte de 12 a 13; cuando se utilizó como punto de corte 7 y 8, la prevalencia fue de 29.4% (Lartigue, Maldonado, González & Saucedo, 2008).

Otro estudio realizado por Oquendo, Lartigue, González y Méndez (2008) con 209 mujeres encontró los siguientes resultados: 97 mujeres, que equivalen al 46%, obtuvieron un puntaje igual o mayor a 14 en la prueba, es decir, clasificaron como casos positivos. 54% de las mujeres obtuvieron menos de 14 puntos (un total de 112 mujeres), los cuales se consideran como casos negativos.

En conclusión, en el presente capítulo se hizo una breve revisión de las diversas investigaciones donde se aplicaron aquellos instrumentos utilizados durante el estudio. Se encontró que la Escala de Síntomas fue diseñada principalmente para medir el malestar psicológico, identificando cuatro principales áreas clínicas a medir (inadecuación, somatización, ansiedad y depresión), llevando su validación a cabo en población mexicana, construyendo una medición altamente confiable ($\alpha=.93$). Diversas investigaciones encontraron que la presencia de síntomas depresivos es frecuente durante el embarazo, por tal motivo la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg se validó y estandarizó en población mexicana, dirigida a mujeres que cursan un embarazo, de la cual su principal característica es su fácil, confiable y rápida aplicación.

En el siguiente capítulo se abordará el método aplicado en la investigación.

Capítulo 5. Método

5.1 Justificación

La experiencia del embarazo suele ser difícil desde el momento en que la mujer se entera de su nuevo estado, la mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre, durante este periodo tendrá que hacer una serie de modificaciones en la forma de pensar, sentir y en su estilo de vida, desencadenando procesos emocionales que le ayudarán a prepararse a lo que viene. Diversos estudios han comprobado que casi toda mujer embarazada tendrá un grado de ambivalencia, ansiedad y miedo, aun cuando conscientemente deseen al futuro bebé. (Maldonado, Saucedo & Lartigue, 2008). De ahí que el embarazo se constituye, por sí mismo, en un elemento estresante, cuyo proceso de adaptación suele ser difícil (Fernández & Sánchez, 2005).

Como ya se ha mencionado, el embarazo es una etapa llena de cambios emocionales, por tal motivo el objetivo del presente estudio es conocer la influencia de haber planeado y de no haber planeado el embarazo y su relación con el malestar psicológico y sintomatología depresiva.

5.2 Planteamiento del problema

¿Existe correlación o diferencias significativas en el malestar psicológico y la sintomatología depresiva entre mujeres que planearon su embarazo y mujeres que no lo planearon?

5.3 Objetivos

Objetivo general: Determinar si la variable de haber planeado o no haber planeado el embarazo se relaciona con el malestar psicológico y la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas.

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar si existen diferencias en el malestar psicológico entre mujeres que planearon su embarazo y mujeres que no planearon su embarazo

- ✓ Determinar si existen diferencias en sintomatología depresiva entre mujeres que planearon su embarazo y mujeres que no planearon su embarazo.
- ✓ Determinar si existe correlación entre el malestar psicológico y la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas
- ✓ Identificar si existe relación en el malestar psicológico con las variables demográficas (número de hijos, número de embarazo, estado civil, antecedentes de aborto y escolaridad).
- ✓ Identificar si existe relación entre la sintomatología depresiva y las variables demográficas (número de hijos, número de embarazo, estado civil, antecedentes de aborto y escolaridad).

5.4 Hipótesis

Hi1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de malestar psicológico y sintomatología depresiva en mujeres que planearon y no planearon su embarazo.

Ho1: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de malestar psicológico y sintomatología depresiva en mujeres que planearon y no planearon su embarazo.

Hi2: Existe correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de malestar psicológico y sintomatología depresiva en mujeres embarazadas.

Ho2: No existe correlación estadísticamente significativa en las puntuaciones del malestar psicológico y sintomatología depresiva en mujeres embarazadas.

5.5 Variables

Variable independiente: Embarazo planeado/no planeado

Variables dependientes: Malestar psicológico — Sintomatología Depresiva

5.5.1 Definición conceptual de las variables

Variable independiente: Embarazo planeado/no planeado

Embarazo planeado: Deseo consciente de tener un bebé, donde las mujeres deciden no utilizar métodos anticonceptivos por un periodo prolongado de tiempo, con el objetivo consciente de lograr la fecundación (Winkler, Pérez & López, 2005)

Embarazo no planeado: Es el resultado de la falta de planificación familiar, que tiene lugar fuera del tiempo deseado, la mujer no tenía en sus planes embarazarse pero acepta el embarazo y acepta tener al bebé (González, 2002; Orozco et al, 2011).

Gallo (2013; citado en Rojas 2015) define a los embarazos no planeados como aquellos que no estaban concebidos para el momento en que suceden y/o que no son deseados en el momento de la concepción.

Variables dependientes: Malestar psicológico — Sintomatología Depresiva

Malestar psicológico: Estado transitorio y cambiante (Keller & Sheffield, 1973). Conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en las manifestaciones psicopatológicas propias de los trastornos mentales, debido a que no reúne los criterios propuestos (Morales, Luque & Barroso, 2002).

Sintomatología depresiva: Entre un 10% y 20% de las mujeres embarazadas, presentan síntomas depresivos, tales como: pérdida de interés, incapacidad de realizar actividades académicas o laborales, disminución de apetito, alteración del sueño, cambios psicomotores, falta de energía, cansancio, fatiga, sentimiento de culpa, falta de concentración y problemas para tomar decisiones. Cuando estos síntomas llegan a ser prolongados y agudos, pueden llegar a tener pensamientos suicidas. Dichos síntomas puede afectar las relaciones sociales, llevando a la mujer a tener conductas y sentimientos negativos, como indiferencia, molestia y aislamiento (Chávez et al, 2008).

5.5.2 Definición operacional de las variables

Embarazo planeado – Embarazo no planeado: Para esta variable se utilizó la ficha de identificación que se realizó por la investigadora.

Malestar psicológico: Escala de Síntomas “Symptom Rating Test” (SRT), diseñada por Keller y Sheffield (1993) y estandarizada a población mexicana por Mora, Natera y Andrea Palos (1994).

Sintomatología Depresiva: Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), validada en el Instituto Nacional de Perinatología y adaptada a la población mexicana por Ortega et al (2001).

5.6 Población

Estuvo conformada por mujeres embarazadas. Se trató que la muestra fuera lo más representativa posible, captándose un total de 111 mujeres embarazadas, sin importar la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, semanas de gestación, abortos previos o estado civil.

5.7 Muestra

La muestra estuvo conformada por 54 mujeres que planearon su embarazo y 57 mujeres que no planearon su embarazo, dando un total de 111 mujeres embarazadas.

5.7.1 Criterios de inclusión y exclusión

a) *Criterios de inclusión:* Mujeres cursando un embarazo sin importar edad, escolaridad, nivel socioeconómico, semanas de gestación, abortos previos, número de hijos o estado civil

b) *Criterios de exclusión:* Mujeres no embarazadas.

5.7.2 Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico, donde la selección de sujetos depende del criterio del investigador.

5.8 Diseño de investigación

La investigación fue *no experimental* (ya que no hubo manipulación de las variables) y *transeccional* (la recolección de datos se llevó se realizó en un momento dado “embarazo”).

5.9 Tipo de estudio

El presente estudio es un *estudio comparativo y correlacional*, ya que el objetivo fue determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva y el malestar psicológico en mujeres que planearon y no planearon su embarazo, así como medir el grado de relación que existe entre las variables.

5.10 Instrumentos

En el presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

Escala de síntomas “Sympton Rating Test” (SRT): la cual está integrada en su versión corta por 30 reactivos y fue diseñada específicamente para medir el malestar psicológico, permitiendo explorar brevemente la presencia de algunos síntomas comunes entre la población en general. La escala de síntomas se basa en una serie de síntomas descritos por un grupo de pacientes neuróticos, por medio de los cuales sus autores (Kellner & Sheffield, 1973) identificaron cuatro áreas principales de la escala: Inadecuación, Ansiedad, Somatización y Depresión, llevando a cabo la validación en poblaciones clínicas.

Mora, Natera y Andrade-Palos (1994) validaron la escala SRT en estudiantes mexicanos de enseñanza media superior, donde se hicieron las rutinas de discriminación de reactivos y un análisis factorial a fin de probar la validez conceptual del instrumento, los resultados de este estudio revelan una alta consistencia interna y demuestran la validez del constructo de la Escala de Síntomas ($\alpha = .93$). Quedando integrada la escala por 27 reactivos que incluye tres opciones de respuesta “Nunca (0)”, “Algunas veces (1)” y “A menudo” (2), divididos en cuatro subescalas. La escala se puede interpretar sumando las puntuaciones de cada factor para obtener un puntaje total de cada uno, entendiéndose que a mayor puntaje mayor sintomatología. A continuación se describen los reactivos correspondientes a cada factor:

- Inadecuación: Este factor agrupo siete reactivos, los cuales son: 12 (sentimientos de culpa), 13 (preocupaciones), 15 (sentimientos de que la gente me considere menos), 17 (dificultades para pensar claramente), 18 (sentimientos de poca valía), 19 (sentimientos de tensión) y 20 (sentimientos de ser inferior a otras personas).

- Somatización: Está integrado por siete reactivos: 1 (mareado o débil), 2 (cansado o sin energía), 4 (poco apetito), 14 (dolores musculares), 21 (sensación de adormecimiento en el cuerpo), 27 (sensación de debilidad en el cuerpo) y 29 (dificultad para conciliar el sueño o tener pesadillas).

- Ansiedad: Está integrado por nueve reactivos, los reactivos son los siguientes: 3 (nerviosa), 4 (sensación de presión en la cabeza), 5 (temores o miedos), 8 (sentimientos de que no hay esperanza), 9 (inquieto o asustadizo), 16 (temblores), 24 (pérdida de interés), 25 (descontento o deprimido) y 26 (ataques de pánico).

- Depresión: Se integró únicamente por cuatro reactivos, los cuales son: 7 (palpitaciones rápidas), 11 (dolores en el pecho o dificultad para respirar), 22 (irritabilidad) y 30 (me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez). Esta subescala fue la más indefinida de las cuatro ya que tuvo una confiabilidad de .71 refiriéndose básicamente a síntomas físicos asociados con la depresión.

La ventaja de emplear las cuatro subescalas es que permite obtener puntajes independientes por áreas. Todas ellas, con excepción de la depresión, obtuvieron una confiabilidad mayor a .80

Asimismo, Mora, Natera y Andrade-Palos (1994) realizaron un análisis factorial, con rotación Varimax, ajustando la escala a dos factores: Síntomas físicos y Síntomas psicológicos, obteniendo un confiabilidad de 0.91 para la subescala de síntomas psicológicos y de 0.87 para la subescala de síntomas físicos.

- Síntomas psicológicos, el cual se integró por diecisiete reactivos, los cuales son: 18 (poca valía), 20 (inferioridad), 17 (dificultad para pensar), 19 (tensión), 15 (me considero menos), 12 (sentimiento de culpa), 8 (no hay esperanza), 13 (preocupaciones), 25 (deprimido), 24 (perdida de interés), 23 (pensamientos fijos), 28 (sin concentración), 9 (inquieto), 5 (temores), 10 (poca memoria), 3 (nervios) y 26 (ataques de pánico).

- Síntomas físicos el cual se integra por trece reactivos, los cuales son los siguientes: 22 (irritabilidad), 27 (debilidad en el cuerpo), 11 (dolores en el pecho), 6 (poco apetito), 21 (adormecimiento en el cuerpo), 1 (mareado), 2 (cansado), 3 (nervioso), 29 (dificultades para dormir), 14 (dolores musculares), 30 (despertar temprano, 4 (presión en la cabeza) y 16 (temblores).

Los reactivos están planteados en un lenguaje cotidiano, lo cual facilita su aplicación, incluso en poblaciones marginales de escasos recursos verbales. Asimismo, es de potencial utilidad para su aplicación en población comunitaria y particularmente en población juvenil. Es importante aclarar que al aplicarse en la población comunitaria la escala funciona como un instrumento de tamizaje, no de referencia. La Escala de Síntomas permite explorar brevemente la presencia de rasgos psicopatológicos, no solo en práctica clínica, sino también incluye algunos síntomas comunes entre la población general (Mora, Natera & Andrade-Palos, 1994).

Es importante mencionar que no existen parámetros para interpretar la Escala de Síntomas “Sympton Rating Test” (SRT), en este caso se realizó la suma de las puntuaciones de cada factor para obtener el puntaje total, donde a mayor puntaje correspondía mayor sintomatología.

Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS por sus siglas en inglés): Fue diseñada y validada por Cox, Holden y Sagovsky (1987, citado en Ortega, Lartigue & Figueroa, 2001), para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal y en la etapa prenatal, explorando los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor. Esta prueba es de autoreporte y está comprendida por 10 ítems, en la que se le pide a las mujeres que respondan cómo se han sentido en siete días

previos. Cada pregunta o reactivo se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración, y tan solo se requiere de cinco minutos para ser respondida.

La pauta para la evaluación es la suma total de todos los puntos, una puntuación de mayor a 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja mayor a cero en la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente (Cox, Holden & Sagovsky, 1987).

Cabe destacar que en el presente estudio se utilizó la versión validada en población mexicana por el Instituto de Perinatología (INper), escala utilizada en la gestación y el postparto. Los resultados de diversas investigaciones sugieren que la Escala EPDS, es un instrumento confiable y valido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos mayores y menores en la población de mujeres embarazadas (Espíndola et al, 2004, Ortega, Lartigue & Figueroa, 2001)

5.11 Escenario

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en Centros de Salud Comunitarios de la Ciudad de México, mientras que las mujeres embarazadas esperaban su turno para consulta o se encontraban en espera de la plática mensual impartida por el mismo Centro de Salud.

5.12 Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron a 111 mujeres embarazadas a quienes se les solicitó su colaboración voluntaria, la recolección de la información se llevó a cabo en tres Centros de Salud Comunitario (Chinampac de Juárez, Buenavista y San Pablo Oztotepec),

La aplicación se llevó a cabo a las mujeres embarazadas que se encontraban en la sala de espera y a las mujeres que se reúne una vez al mes para la asistencia de las pláticas informativas, las cuales son impartidas por médicos, psicólogos y trabajadoras sociales de los Centros de Salud. A cada una de las mujeres se les invitó a participar en la investigación, se les informó que sus datos eran totalmente confidenciales y meramente con fines estadísticos, ya que no proporcionaban datos personales como nombre, teléfono o

dirección. Se dio la opción de no participar si no querían o si se sentían incómodas, la aplicación de los cuestionarios nunca fue mayor a 20 minutos.

La recolección de datos se llevó a cabo en un periodo aproximado de 15 semanas, realizando la captura cada semana en una base de datos en Excel, información que posteriormente se vació en el paquete SSPS 20 (Statistical Package for the Social Sciences), con el que se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial. .

5.13 Análisis estadístico

Se llevó a cabo el análisis descriptivo de los datos para conocer la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y la desviación estándar, las cuales permitieron conocer las características y particularidades de las variables.

El análisis inferencial se efectuó mediante la aplicación de la prueba *t* de Student de muestras independientes, así como la correlación de Pearson, lo cual nos permitió conocer si existían diferencias sintomatológicas entre las dos variables estudiados (mujeres que planearon su embarazo y mujeres que no planearon su embarazo) y si habían relaciones entre las variables.

En el siguiente capítulo se analizan los resultados obtenidos al término de la aplicación del instrumento.

Capítulo 6. Análisis de resultados

6.1 Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 111 mujeres embarazadas con un rango de edad de 14 a 44 años, donde la media de edad fue de 23.92 años, una mediana de 21, una moda de 19 y una desviación estándar de 7.55. El mínimo de semanas de gestación que cursaban fue de 8 y su máximo fue de 42 semanas de gestación, con una media de 28.87 semanas, una mediana de 31 semanas, una moda de 32 y una desviación de 8.43 (ver Tabla 1).

En la Tabla 1 se observa también que de las mujeres encuestadas se encontró un máximo de tres hijos y un mínimo de cero hijos. El máximo de embarazos cursados fue de cinco y el mínimo de embarazos cursados fue de uno (embarazo actual).

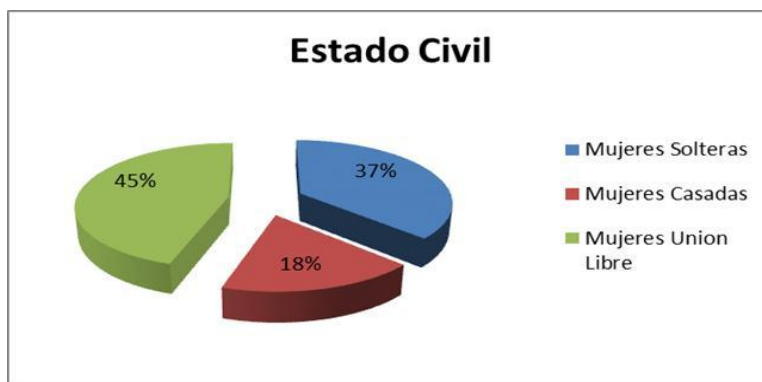
Tabla 1. Estadísticos sobre características del embarazo.

		Estadísticos			
		Edad	Gestación	Número embarazo	Número hijos
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		23.92	28.87	1.64	.52
Mediana		21.00	31.00	1.00	.00
Moda		19	32	1	0
Desv. típ.		7.550	8.430	.989	.819
Varianza		57.002	71.057	.978	.670
Rango		30	34	4	3
Mínimo		14	8	1	0
Máximo		44	42	5	3
Suma		2655	3205	182	58

Se encontró que el porcentaje de las mujeres con antecedente de aborto fue de 23% (25 mujeres) y de las mujeres sin haber sufrido un aborto fue de 77% (86 mujeres).

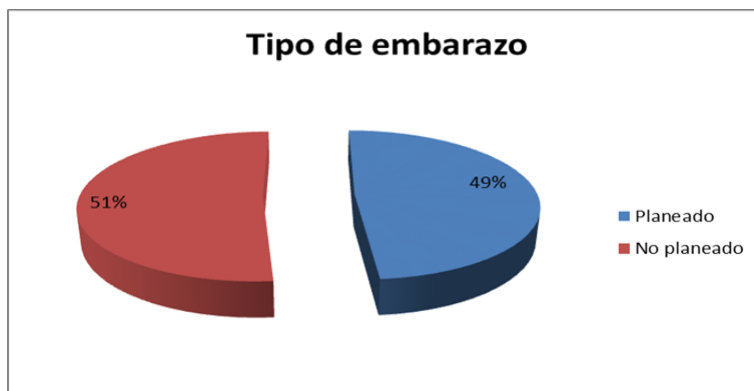
En la Figura 1 se observa que el estado civil de las mujeres embarazadas que se encuentra con mayor frecuencia es la unión libre con un 45%, seguido de las mujeres solteras con 37% y el 18% restante que fueron mujeres casadas.

Figura 1. Distribución del Estado Civil.



Respecto al tipo de embarazo se encontró que 54 (49 %) de ellas planearon su embarazo, mientras que 57 (51%) no habían planeado su embarazo (Figura 2).

Figura 2. Distribución de embarazo planeado y embarazo no planeado.



6.2 Estadística Descriptiva

A continuación se presenta la estadística descriptiva de las variables trabajadas. En la Tabla 2 se muestra el análisis de la muestra, tomando en cuenta la variable de embarazo planeado y la variable del embarazo no planeado.

Se encontró que la media de edad en el embarazo no planeado es de 23.77 años, a diferencia de las mujeres que planearon su embarazo donde la edad se encuentra ligeramente arriba con un media de 24.07 años. Respecto a la moda se encontró que en los embarazos no planeados fue de 15 años a diferencia de los embarazos planeados con una moda de 19 años.

Tabla 2. Estadísticos sobre edad en embarazo no planeado y embarazo planeado.

		Edad No	Edad Sí
N	Válidos	57	54
	Perdidos	0	3
Media		23.77	24.07
Mediana		20.00	21.50
Moda		15 ^a	19
Desv. típ.		8.033	7.076
Varianza		64.536	50.070
Rango		26	29
Mínimo		14	15
Máximo		40	44
Suma		1355	1300
Percentiles	25	17.00	19.00
	50	20.00	21.50
	75	29.00	29.25

Respecto a la variable de Malestar psicológico, cuyo puntaje fue obtenido mediante la Escala de Síntomas (SRT), en la muestra total se encontró una media de 14.59, una mediana de 14, una moda de 15, una desviación estándar de 7.004, una puntuación mínima de 3 y una puntuación máxima de 33 (Ver Tabla 3).

En cuanto a la variable de Depresión, para el cual se utilizó la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en la muestra total se detectó una media de 10.41, una mediana de 11, una desviación estándar de 4.41, un puntaje mínimo de 3 y un puntaje máximo de 24 (Ver Tabla3).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la Escala de Síntomas y Escala de Depresión Perinatal Edinburgo (EPDS).

		Estadísticos							
		Somatización	Ansiedad	Depresión	Inadecuación	F	P	Síntomas	EPDS
N	Válidos	111	111	111	111	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		4.59	4.50	2.60	2.91	8.20	7.94	14.59	10.41
Mediana		4.00	4.00	2.00	2.00	8.00	7.00	14.00	11.00
Moda		4	6	2 ^a	2	8	6	15	12
Desv. típ.		2.357	2.822	1.608	2.234	3.938	5.289	7.004	4.412
Varianza		5.554	7.961	2.587	4.992	15.506	27.969	49.061	19.463
Rango		12	14	7	10	21	22	30	22
Mínimo		0	0	0	0	0	0	3	3
Máximo		12	14	7	10	21	22	33	25
Suma		509	499	289	323	910	881	1620	1156
Percentiles	25	3.00	2.00	1.00	1.00	5.00	4.00	9.00	7.00
	50	4.00	4.00	2.00	2.00	8.00	7.00	14.00	11.00
	75	6.00	6.00	3.00	4.00	11.00	11.00	18.00	14.00

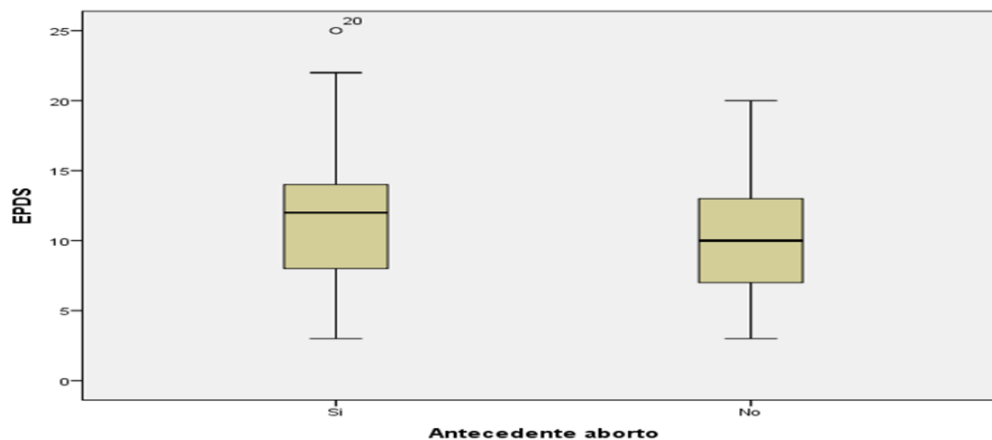
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Se encontraron factores psicosociales que influyeron en los puntajes de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), tales como los antecedentes de aborto, donde la media de aquellas mujeres que no habían sufrido un aborto fue de 10.07, a diferencia de la media de las mujeres que habían presentado un aborto, la cual fue de 11.60 (Ver Tabla 4 y Figura 3).

Tabla 4. Variable de Antecedentes de aborto en la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh.

				Descriptivos		
		Antecedente aborto		Estadístico	Error típ.	
EPDS	Si	Media		11.60	.992	
		Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	9.55	
				Límite superior	13.65	
		Media recortada al 5%			11.37	
		Mediana			12.00	
		Varianza			24.583	
		Desv. típ.			4.958	
		Mínimo			3	
		Máximo			25	
		Rango			22	
	Amplitud intercuartil			6		
	Asimetría			.733	.464	
	Curtosis			1.668	.902	
	No	Media		10.07	.454	
		Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	9.17	
				Límite superior	10.97	
		Media recortada al 5%			10.04	
		Mediana			10.00	
		Varianza			17.713	
		Desv. típ.			4.209	
Mínimo			3			
Máximo			20			
Rango			17			
Amplitud intercuartil			6			
Asimetría			.061	.260		
Curtosis			-.922	.514		

Figura 3. Gráfica de caja y bigotes de la variable Antecedente de aborto en la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh.

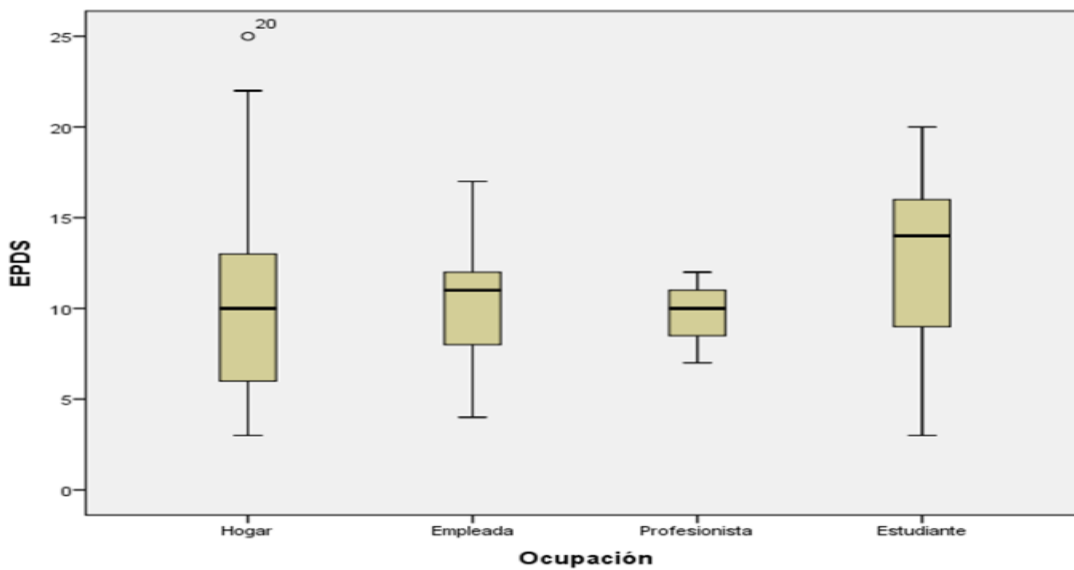


En la figura 4 se puede observar el puntaje en sintomatología depresiva según la ocupación, donde el puntaje mayor de la media fue en mujeres estudiantes con 12.40, aquellas mujeres dedicadas al hogar tuvieron una media de 10.7, mujeres empleadas con una media de 10.48 y profesionistas con una media de 9.67 (Ver Tabla 5 y Figura 4).

Tabla 5. Variable ocupación en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.

Ocupación		Descriptivos		Estadístico	Error tip.
EPDS	Hogar	Media		10.17	.526
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	9.12	
			Límite superior	11.22	
		Media recortada al 5%		10.00	
		Mediana		10.00	
		Varianza		21.300	
		Desv. tip.		4.615	
		Mínimo		3	
		Máximo		25	
		Rango		22	
		Amplitud intercuartil		8	
		Asimetría		-.432	.274
		Curtosis		.280	.541
		Empleada	Empleada	Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			8.92	
	Límite superior			12.03	
Media recortada al 5%				10.47	
Mediana				11.00	
Varianza				11.662	
Desv. tip.				3.415	
Mínimo				4	
Máximo				17	
Rango				13	
Amplitud intercuartil				4	
Asimetría				.006	.501
Curtosis				-.376	.972
Profesionista	Profesionista			Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3.42	
			Límite superior	15.92	
		Media recortada al 5%		.	
		Mediana		10.00	
		Varianza		6.333	
		Desv. tip.		2.517	
		Mínimo		7	
		Máximo		12	
		Rango		5	
		Amplitud intercuartil		.	
		Asimetría		-.586	1.225
		Curtosis		.	
		Estudiante	Estudiante	Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			8.78	
	Límite superior			16.02	
Media recortada al 5%				12.50	
Mediana				14.00	
Varianza				25.600	
Desv. tip.				5.060	
Mínimo				3	
Máximo				20	
Rango				17	
Amplitud intercuartil				8	
Asimetría				-.518	.687
Curtosis				-1.58	1.334

Figura 4. Gráfica de caja y bigotes de la variable Ocupación en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.

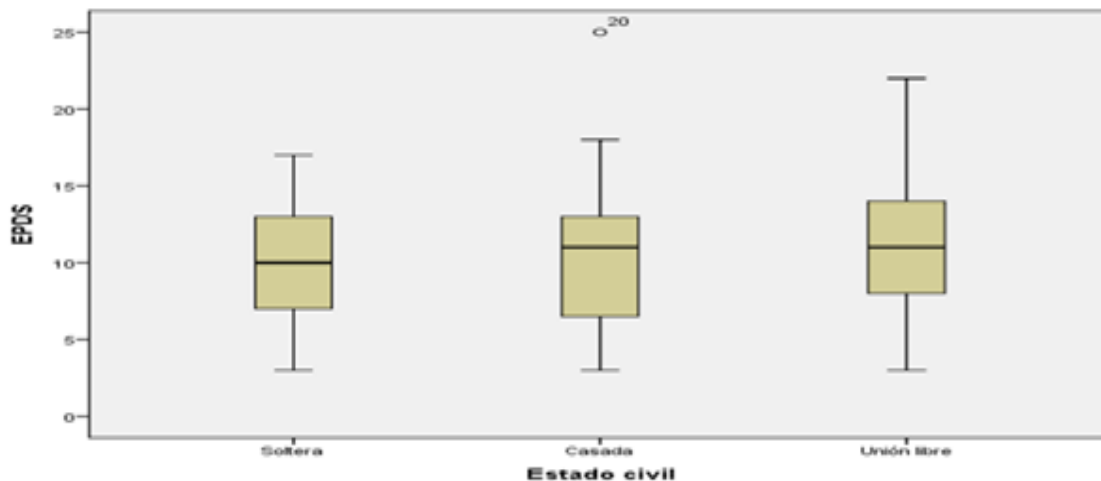


En la Tabla 6 y Figura 5 se observa el puntaje en la escala de Sintomatología depresiva según su estado civil, donde la media de las mujeres casadas es de 10.70, de la mujer en unión libre es de 10.78, a comparación de la soltera con una media de 9.83.

Tabla 6. Variable del estado civil en la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh.

Descriptivos				Estadístico	Error tip.	
EPDS	Soltera	Media		9.83	.637	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8.54		
			Límite superior	11.12		
		Media recortada al 5%		9.84		
		Mediana		10.00		
		Varianza		16.645		
		Desv. tip.		4.080		
		Mínimo		3		
		Máximo		17		
		Rango		14		
		Amplitud intercuartil		7		
		Asimetría		-.138	.369	
		Curtosis		-1.074	.724	
		Casada	Media		10.70	1.166
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8.26	
				Límite superior	13.14	
			Media recortada al 5%		10.33	
Mediana			11.00			
Varianza			27.168			
Desv. tip.			5.212			
Mínimo			3			
Máximo			25			
Rango			22			
Amplitud intercuartil			7			
Asimetría			.896	.512		
Curtosis			1.699	.992		
Unión libre	Media			10.78	.618	
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	9.54		
			Límite superior	12.02		
	Media recortada al 5%			10.69		
	Mediana		11.00			
	Varianza		19.114			
	Desv. tip.		4.372			
	Mínimo		3			
	Máximo		22			
	Rango		19			
	Amplitud intercuartil		6			
	Asimetría		.208	.337		
	Curtosis		-.312	.662		

Figura 5. Gráfica de caja y bigotes de la variable del estado civil en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.



La comparación de las medias obtenidas en la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión perinatal de Edinburgo (EPDS), se llevó a cabo realizando un contraste entre aquellas mujeres embarazadas que planearon su embarazo con aquellas mujeres que no planearon su embarazo.

En la Escala de Síntomas (SRT), la media de aquellas mujeres que no planearon su embarazo fue de 15.14, a diferencia de las que si lo habían planeado, ya que la media fue de 14.02. En la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), la media entre las mujeres que no planearon su embarazo fue de 9.98, a diferencia de las mujeres que si planearon su embarazo, ya que su media fue de 10.87 (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Variable de la Escala de Síntomas y Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo en mujeres que planearon y no planearon su embarazo.

		Estadísticos			
		Síntomas No	Síntomas Sí	EPDS No	EPDS Sí
N	Válidos	57	54	57	54
	Perdidos	0	3	0	3
Media		15.14	14.02	9.98	10.87
Mediana		14.00	14.00	10.00	11.50
Moda		15	8	8	12
Desv. típ.		7.675	6.239	4.324	4.498
Varianza		58.909	38.924	18.696	20.228
Rango		30	28	19	22
Mínimo		3	3	3	3
Máximo		33	31	22	25
Suma		863	757	569	587
Percentiles	25	10.00	8.00	7.00	7.75
	50	14.00	14.00	10.00	11.50
	75	20.00	18.25	13.50	14.00

En la Escala de Depresión de Edinburgh (EPDS), existe un reactivo considerado como crítico (reactivo número 10: “He pensado en hacerme daño”) el cual al ser puntuado con un mínimo de uno sugiere atención sin importar que el puntaje general no se encuentre en el rango para ser considerado como un caso de atención. Las mujeres que contestaron con puntaje mayor a cero a esta pregunta fueron en total 13, en la Tabla 8 se observa la media de edades de aquellas mujeres a considerar en el reactivo, la media para las mujeres que planearon el embarazo fue de 20.33 años, a diferencia de las que no planearon su embarazo donde la media fue de 19.10.

Tabla 8. Estadísticos de edades en puntaje crítico de la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EPDS).

		Estadísticos	
		Edad Planeado	Edad No Planeado
N	Válido	3	10
	Perdidos	12	5
Media		20.33	19.10
Mediana		21.00	18.00
Moda		21	15 ^a
Desviación estándar		1.155	4.408
Varianza		1.333	19.433
Rango		2	12
Mínimo		19	15
Máximo		21	27
Suma		61	191

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Al realizar la comparación de las medias obtenidas entre la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión perinatal de Edinburgh (EPDS) de aquellas mujeres que contestaron el reactivo con puntaje crítico, se encontraron diferencias entre las medias, donde la SRT de las mujeres que planearon su embarazo fue de 20.67 a diferencia de las que no lo planearon con una media de 19.80. En la EPDS se encontró una media de 14.33 para las mujeres que planearon su embarazo y para las que no lo planearon la media fue de 13.20 (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Estadísticos de puntaje crítico en la Escala de Síntomas (SRT) y Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EPDS).

		Estadísticos			
		Síntomas Planeado	Síntomas No Planeado	Depresión Planeado	Depresión No Planeado
N	Válido	3	10	3	10
	Perdidos	12	5	12	5
Media		20.67	19.80	14.33	13.20
Mediana		21.00	21.00	14.00	14.00
Moda		19 ^a	17 ^a	12 ^a	14
Desviación estándar		1.528	8.217	2.517	4.131
Varianza		2.333	67.511	6.333	17.067
Rango		3	26	5	14
Mínimo		19	6	12	8
Máximo		22	32	17	22
Suma		62	198	43	132

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

6.3 Estadística Inferencial

6.3.1 Correlación entre las variables

Con el propósito de conocer el nivel de relación entre las variables, se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

Primero se relacionó el Malestar psicológico y la Sintomatología depresiva en la totalidad de la muestra, encontrando una correlación de baja intensidad, pero significativa, de .394 y una significancia de .000 (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Correlación de Pearson entre Malestar psicológico y Sintomatología Depresiva.

		Correlaciones	
		Malestar	EPDS
Malestar	Correlación de Pearson	1	.394 ^{**}
	Sig. (bilateral)		.000
	N	111	111
EPDS	Correlación de Pearson	.394 ^{**}	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	111	111

^{**}. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a los puntajes de la muestra total se encontró que los síntomas depresivos y el número de hijos se correlacionan significativamente, con un puntaje de .322. En la correlación de número de hijos y los síntomas depresivos se detectó un puntaje menor pero significativo de 1.99, dicho lo anterior se puede decir que a mayor número de embarazos y mayor número de hijos existe mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos durante el embarazo (Ver Tablas 11 y 12).

Tabla 11. Correlación de Pearson entre Sintomatología Depresiva y número de embarazo.

Correlaciones			
		EPDS	Número embarazo
EPDS	Correlación de Pearson	1	.322**
	Sig. (bilateral)		.001
	N	111	111
Número embarazo	Correlación de Pearson	.322**	1
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	111	111

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 12. Correlación de Pearson entre Sintomatología Depresiva y número de hijos.

Correlaciones			
		EPDS	Número hijos
EPDS	Correlación de Pearson	1	.199*
	Sig. (bilateral)		.036
	N	111	111
Número hijos	Correlación de Pearson	.199*	1
	Sig. (bilateral)	.036	
	N	111	111

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se ha mencionado, la Escala de Síntomas está conformada por las subescalas; Somatización, Ansiedad, Inadecuación, Depresión, Malestar Psicológico y Malestar Físico. En la Tabla 13, se observan las correlaciones de dichas subescalas con el puntaje de la Escala de Sintomatología Depresiva, donde los resultados arrojados son los siguientes:

Se observa una correlación significativa entre la sintomatología depresiva y la subescala de ansiedad, con un puntaje de .424 y una significancia de .000.

En cuanto a sintomatología depresiva y malestar físico se detectó una correlación de menor intensidad pero significativa de .190 y una significancia de .045.

Al correlacionar la subescala de malestar psicológico y síntomas depresivos se encontró un puntaje de .409 y una significancia de .000.

Tabla 13. Correlación de Pearson entre Subescalas del Malestar psicológico y Sintomatología Depresiva en la muestra en general.

		Correlaciones						
		EPDS	Somatización	Ansiedad	Inadecuación	Depresión	Físico	Psíquico
EPDS	Correlación de Pearson	1	.115	.424**	.175	.453**	.190	.409**
	Sig. (bilateral)		.227	.000	.067	.000	.045	.000
	N	111	111	111	111	111	111	111
Somatización	Correlación de Pearson	.115	1	.422**	.532**	.238	.909**	.414**
	Sig. (bilateral)	.227		.000	.000	.012	.000	.000
	N	111	111	111	111	111	111	111
Ansiedad	Correlación de Pearson	.424**	.422**	1	.474**	.702**	.576**	.898**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	111	111	111	111	111	111	111
Inadecuación	Correlación de Pearson	.175	.532**	.474**	1	.369**	.743**	.460**
	Sig. (bilateral)	.067	.000	.000		.000	.000	.000
	N	111	111	111	111	111	111	111
Depresión	Correlación de Pearson	.453**	.238	.702**	.369**	1	.340**	.859**
	Sig. (bilateral)	.000	.012	.000	.000		.000	.000
	N	111	111	111	111	111	111	111
Físico	Correlación de Pearson	.190	.909**	.576**	.743**	.340**	1	.518**
	Sig. (bilateral)	.045	.000	.000	.000	.000		.000
	N	111	111	111	111	111	111	111
Psíquico	Correlación de Pearson	.409**	.414**	.898**	.460**	.859**	.518**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	111	111	111	111	111	111	111

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Finalmente, los resultados fueron separados por variable, es decir, embarazo planeado y embarazo no planeado, obteniendo los siguientes resultados:

Al relacionar el puntaje general de Malestar Psicológico y Sintomatología Depresiva de aquellas mujeres que planearon su embarazo, se encontró una correlación significativa entre dichas variables con un puntaje de .551 y una significancia de .000 (Ver Tabla 14), a diferencia del embarazo no planeado donde el puntaje fue menor, pero significativo, de .294 y significancia de .000. (Ver tabla 15).

Tabla 14. Correlación de Pearson entre Malestar psicológico y Sintomatología Depresiva en mujeres que si planearon su embarazo.

Correlaciones

		Síntomas Sí	EPDS Sí
Síntomas Sí	Correlación de Pearson	1	.551**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	54	54
EPDS Sí	Correlación de Pearson	.551**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	54	54

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 15. Correlación de Pearson entre Malestar psicológico y Sintomatología Depresiva en mujeres que no planearon su embarazo.

Correlaciones

		D1 No	D2 No	D3 No	D4 No	F No	P No	Síntomas No	EPDS No
Síntomas No	Correlación de Pearson	.737**	.860**	.739**	.758**	.828**	.866**	1	.294*
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.026
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
EPDS No	Correlación de Pearson	.037	.306*	.196	.383**	.106	.294*	.294*	1
	Sig. (bilateral)	.782	.021	.143	.003	.433	.026	.026	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Al realizar el análisis separando nuestras variables (embarazo planeado y no planeado) se encontraron las siguientes diferencias entre el puntaje de síntomas depresivos y las subescalas.

En el embarazo planeado se encontró correlación entre la sintomatología depresiva y la subescala de ansiedad con un puntaje de .577 y una significancia de .000, al igual que con la subescala de malestar físico con una correlación de .329 y significancia de .015, y con el malestar psicológico con un puntaje de .551 y significancia de .000 (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Correlación de Pearson entre Subescalas del Malestar psicológico y Sintomatología Depresiva en mujeres que SI planearon su embarazo.

		Correlaciones							
		D1 Sí	D2 Sí	D3 Sí	D4 Sí	F Sí	P Sí	Síntomas Sí	EPDS Sí
D1 Sí somatizaci	Correlación de Pearson	1	.421**	.407**	.209	.858**	.406**	.646**	.252
	Sig. (bilateral)		.002	.002	.129	.000	.002	.000	.066
	N	54	54	54	54	54	54	54	54
D2 Sí ansiedad	Correlación de Pearson	.421**	1	.517**	.707**	.635**	.871**	.908**	.577**
	Sig. (bilateral)	.002		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	54	54	54	54	54	54	54	54
D3 Sí inadecuaci	Correlación de Pearson	.407**	.517**	1	.341*	.668**	.481**	.686**	.156
	Sig. (bilateral)	.002	.000		.012	.000	.000	.000	.259
	N	54	54	54	54	54	54	54	54
D4 Sí depresion	Correlación de Pearson	.209	.707**	.341*	1	.362**	.895**	.780**	.577**
	Sig. (bilateral)	.129	.000	.012		.007	.000	.000	.000
	N	54	54	54	54	54	54	54	54
F Sí Malestar físico	Correlación de Pearson	.858**	.635**	.668**	.362**	1	.545**	.804**	.329
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.007		.000	.000	.015
	N	54	54	54	54	54	54	54	54
P Sí Malestar psic	Correlación de Pearson	.406**	.871**	.481**	.895**	.545**	1	.904**	.592**
	Sig. (bilateral)	.002	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	54	54	54	54	54	54	54	54
Síntomas Sí	Correlación de Pearson	.646**	.908**	.686**	.780**	.804**	.904**	1	.551**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	54	54	54	54	54	54	54	54
EPDS Sí	Correlación de Pearson	.252	.577**	.156	.577**	.329	.592**	.551**	1
	Sig. (bilateral)	.066	.000	.259	.000	.015	.000	.000	
	N	54	54	54	54	54	54	54	54

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

En cuanto al embarazo no planeado al comparar los puntajes de síntomas depresivos y las subescalas, se encontraron las siguientes correlaciones:

Con la subescala de ansiedad hubo correlación de .306 y una significancia de .021. Los síntomas depresivos y la subescala del malestar psicológico tuvieron una correlación de .294 y significancia de .026 (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Correlación de Pearson entre Subescalas del Malestar psicológico y Sintomatología Depresiva en mujeres que NO planearon su embarazo.

		Correlaciones							
		D1 No	D2 No	D3 No	D4 No	F No	P No	Sintomas No	EPDS No
D1 No	Correlación de Pearson	1	.425**	.600**	.250	.934**	.417**	.737**	.037
	Sig. (bilateral)		.001	.000	.061	.000	.001	.000	.782
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
D2 No	Correlación de Pearson	.425**	1	.446**	.704**	.545**	.925**	.860**	.306
	Sig. (bilateral)	.001		.001	.000	.000	.000	.000	.021
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
D3 No	Correlación de Pearson	.600**	.446**	1	.392**	.785**	.450**	.739**	.196
	Sig. (bilateral)	.000	.001		.003	.000	.000	.000	.143
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
D4 No	Correlación de Pearson	.250	.704**	.392**	1	.329	.828**	.758**	.383**
	Sig. (bilateral)	.061	.000	.003		.012	.000	.000	.003
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
F No	Correlación de Pearson	.934**	.545**	.785**	.329	1	.507**	.828**	.106
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.012		.000	.000	.433
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
P No	Correlación de Pearson	.417**	.925**	.450**	.828**	.507**	1	.866**	.294
	Sig. (bilateral)	.001	.000	.000	.000	.000		.000	.026
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Sintomas No	Correlación de Pearson	.737**	.860**	.739**	.758**	.828**	.866**	1	.294
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.026
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
EPDS No	Correlación de Pearson	.037	.306	.196	.383**	.106	.294	.294	1
	Sig. (bilateral)	.782	.021	.143	.003	.433	.026	.026	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57

6.3.2 Comparación de medias muestrales

Con el objetivo de saber si hubo diferencias significativas entre las medias de las variables de la muestra de malestar psicológico y sintomatología depresiva, se realizó una comparación por medio de la prueba *t* de Student de muestras independientes, obteniendo el siguiente resultado.

El análisis del puntaje del malestar psicológico arrojó una *t* calculada de .842 y un nivel de significancia de .401, por lo cual se puede concluir que no existen diferencias significativa entre las medias de las mujeres embarazadas que planearon o no su embarazo (Ver Tabla 18 y 19).

Tabla 18. Comparación de medias muestrales del malestar psicológico.

Estadísticos de grupo					
	combi	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Malestar	1	57	15.14	7.675	1.017
	2	54	14.02	6.239	.849

Tabla 19. Prueba de muestras independientes de malestar psicológico.

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior		Superior
Malestar	Se han asumido varianzas iguales	1.360	.246	.842	109	.401	1.122	1.332	-1.518	3.762
	No se han asumido varianzas iguales			.847	106.578	.399	1.122	1.325	-1.504	3.748

El análisis de sintomatología depresiva nos da como resultado que no existe diferencia significativa entre las medias de las mujeres embarazadas que planearon o no su embarazo, ya que se obtuvo una t de -1.060 y una significancia de .857. (Ver Tabla 20 y 21).

Tabla 20. Comparación de medias muestrales de síntomas depresivos.

Estadísticos de grupo					
	combi	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EPDS	1	57	9.98	4.324	.573
	2	54	10.87	4.498	.612

Tabla 21. Prueba de muestras independientes síntomas depresivos.

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior		Superior
EPDS	Se han asumido varianzas iguales	.032	.857	-1.060	109	.291	-.888	.837	-2.547	.772
	No se han asumido varianzas iguales			-1.059	108.048	.292	-.888	.838	-2.549	.774

Al realizar la comparación de las medias muestrales entre las subescalas presentes en la Escala de Síntomas, se observó que la t calculada con mayor puntaje fue de 1.464 y una significancia bilateral de 1.46 correspondiente a la depresión, por lo cual se puede concluir que no se encontraron diferencias significativas entre las subescalas y las medias del grupo de aquellas mujeres embarazadas que no planearon su embarazo y de aquellas mujeres que si habían planeado su embarazo (Ver tabla 22 y 23).

Tabla 22. Comparación de medias muestrales de las subescalas de la Escala de Síntomas.

Estadísticas de grupo					
	Planeación	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Somatización	1	57	4.72	2.730	.362
	2	54	4.44	1.900	.259
Ansiedad	1	57	4.58	3.017	.400
	2	54	4.41	2.624	.357
Inadecuación	1	57	2.63	1.779	.236
	2	54	2.57	1.422	.194
Depresión	1	57	3.21	2.313	.306
	2	54	2.59	2.124	.289
Malestar físico	1	57	8.32	4.532	.600
	2	54	8.07	3.232	.440
Malestar psicológico	1	57	8.61	5.647	.748
	2	54	7.22	4.832	.658
Síntomas	1	57	15.14	7.675	1.017
	2	54	14.02	6.239	.849
EPDS	1	57	9.98	4.324	.573
	2	54	10.87	4.498	.612

Tabla 23. Prueba de muestras independientes de las Subescalas de la Escala de Síntomas.

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Somatización	Se asumen varianzas iguales	5,058	.027	.612	109	.542	.275	.449	-.615	1.164
	No se asumen varianzas iguales			.618	100,213	.538	.275	.445	-.607	1.157
Ansiedad	Se asumen varianzas iguales	408	.524	.319	109	.750	.172	.538	-.895	1.238
	No se asumen varianzas iguales			.320	108,226	.750	.172	.536	-.891	1.234
Inadecuación	Se asumen varianzas iguales	1,276	.261	.187	109	.852	.058	.307	-.551	.666
	No se asumen varianzas iguales			.189	106,045	.851	.058	.305	-.547	.662
Depresión	Se asumen varianzas iguales	.235	.629	1.464	109	.146	.618	.422	-.219	1.455
	No se asumen varianzas iguales			1.467	108,898	.145	.618	.421	-.217	1.453
Malestar físico	Se asumen varianzas iguales	6,426	.013	.322	109	.748	.242	.751	-1.246	1.730
	No se asumen varianzas iguales			.325	101,391	.746	.242	.744	-1.235	1.718
Malestra psicológico	Se asumen varianzas iguales	1,095	.298	1.392	109	.167	1.392	1.000	-.590	3.374
	No se asumen varianzas iguales			1.398	107,908	.165	1.392	.996	-.582	3.366
Síntomas	Se asumen varianzas iguales	1,360	.246	.842	109	.401	1.122	1.332	-1.518	3.762
	No se asumen varianzas iguales			.847	106,578	.399	1.122	1.325	-1.504	3.748
EPDS	Se asumen varianzas iguales	.032	.857	-1.060	109	.291	-.888	.837	-2.547	.772
	No se asumen varianzas iguales			-1.059	108,048	.292	-.888	.838	-2.549	.774

Capítulo 7. Discusión

En el presente capítulo se llevará a cabo la discusión de los resultados obtenidos en el estudio realizado.

Estimaciones de la CONAPO (2015) muestran que la tasa más alta de fecundidad en nuestro país oscila entre los 20 y 24 años, dato semejante a la edad de la muestra utilizada en el estudio, donde la media de las mujeres embarazadas que participaron en el estudio se encontraban en los 23.92 años de edad.

Se sabe que el embarazo provoca una serie de trastornos psicológicos y manifestaciones emocionales, los cuales suelen intensificarse durante dicha etapa, provocando alteraciones psicológicas y transitorias en la mujer (Gómez López, 2007).

Durante la investigación se realizó la correlación entre las variables, con el fin de conocer la relación que existía entre ellas, y la forma en que influye una sobre la otra. Uno de los resultados significativos encontrados fue entre la variable del malestar psicológico y la sintomatología depresiva (con un puntaje de .394 y una significancia de .000), es decir, que a mayor malestar psicológico existe mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva. Con estos datos se corrobora lo dicho por autores antes mencionados, como Espíndola et al (2006), quienes encontraron entre las manifestaciones más comunes presentes durante el embarazo a los síntomas depresivos: pérdida de interés, llanto fácil, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad, así como malestar psicológico, síntomas ansiosos, sensación de opresión torácica, inquietud, miedo, desesperación, pérdida de control, inconformidad y agitación.

Otro factor importante encontrado fue la relación que tienen las mujeres embarazadas con el número de hijos, es decir que a mayor cantidad de hijos existe mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos durante el embarazo (Lara, 2006; Lartigue et al, 2008) dato que se confirma con los resultados que se obtuvieron en el presente estudio, debido a que se encontró correlación entre las mujeres que cursaban su embarazo y tenían más hijos a su cuidado.

En cuanto a las mujeres que habían sufrido algún aborto, se encontró un puntaje mayor en la escala de depresión con un media de 11.60, a diferencia de aquellas mujeres que cursaban su embarazo sin haber sufrido algún aborto con una media de 10.07. Pimentel (2013) menciona que el hecho de haber tenido un aborto u óbitos contribuye significativamente al malestar psicológico de la mujer, con reacciones particularmente de ansiedad y depresión.

Autores como Morales, Luque Luque y Barroso Aguirre (2002), quienes realizaron un estudio en una muestra de mujeres mexicanas que cursaban un embarazo, encontraron que el mayor número de reactivos que contestaron positivamente las mujeres embarazadas fueron las preguntas que arrojaban el factor somático y el de ansiedad, así como los reactivos de inadecuación social. Dicho lo anterior, en la presente investigación se detectó mayor puntaje en las subescalas de ansiedad, somatización e inadecuación, las cuales fueron puntajes significativos.

En otro estudio, realizado por Gómez, Aldana, Carreño y Sánchez (2006), se detectó que entre los trastornos adaptativos más frecuentes durante el embarazo se encuentran ansiedad, trastornos depresivos y las manifestaciones sintomáticas. Estos son datos similares a los obtenidos en la muestra estudiada en este trabajo, debido a que encontró correlación significativa entre las subescalas de ansiedad y sintomatología depresiva (.424 y significancia de .000) y malestar físico con sintomatología depresiva (.190, significancia de .000).

Al separar a las mujeres que planearon su embarazo de aquellas que no lo planearon, se detectó que la edad promedio de los embarazos planeados fue de 24.07, a diferencia de los embarazos no planeados con una media de 23.77, dato que concuerda con investigaciones realizadas por Langer (2003), donde refiere que los embarazos no planeados ocurren con mayor frecuencia en mujeres menores a 24 años.

Durante la investigación se detectó que existe correlación significativa entre el malestar psicológico y la sintomatología depresiva en mujeres que habían planeado su embarazo y que no lo habían planeado.

Aquellas mujeres que no habían planeado su embarazo obtuvieron una correlación de .294 entre el malestar psicológico y los síntomas depresivos. Autores, como Fernández y Sánchez (2005), detectaron que un embarazo no planeado es un factor predeterminante para el aumento del nivel de estrés en la mujer embarazada, provocando síntomas de malestar psicológico (físicos y somáticos) durante la gestación, una mala adaptación al papel materno y escasa o nula vinculación con el recién nacido.

Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión Perinatal en aquellas mujeres que no habían planeado su embarazo fue de 9.98, dato que concuerda con las investigaciones realizadas por Espíndola (2004), donde al aplicar la misma escala a un grupo de mujeres mexicanas embarazadas que no habían planeado su embarazo la media reportada fue de 9.9.

Otros estudios han encontrado que algunas mujeres embarazadas presentan síntomas depresivos, tales como: pérdida de interés, incapacidad de realizar actividades, disminución de apetito, alteración del sueño, falta de energía, cansancio y fatiga. Cuando estos síntomas llegan a ser prolongados y agudos, pueden llegar a tener pensamientos suicidas. (Chávez et al, 2008).

En cuanto a los resultados de la Escala de Depresión Perinatal existe una pregunta (pregunta número diez), la cual es considerada como crítica, ya que al contestar positivamente el reactivo sin importar el puntaje general se debe de poner atención, debido a que arroja la posibilidad de que la mujer embarazada quiera hacerse daño. Dicho lo anterior, en el total de la muestra se encontró que 13 mujeres contestaron el reactivo con un puntaje mayor a cero, de las cuales 3 de ellas fueron mujeres que habían planeado su embarazo y 10 fueron mujeres no habían planeado su embarazo. Al realizar la comparación de las medias muestrales se detectó un puntaje de 16.66 en aquellas mujeres que no habían planeado su embarazo, a diferencia de las que lo habían planeado donde el puntaje fue menor, con una media de 12.50.

Dicho lo anterior y de acuerdo con autores como Morales y Juárez (2006), la única variable significativa que influye en incrementar la sintomatología depresiva es la falta de planeación del embarazo.

Con esto podemos concluir el presente capítulo donde el principal objetivo fue la discusión de los resultados obtenidos durante la investigación, así como las principales correlaciones entre las variables estudiadas.

En el siguiente capítulo se hablará de las conclusiones llegando al final de la presente investigación.

Capítulo 8. Conclusiones

Con base a los resultados obtenidos de esta investigación se establecen las siguientes conclusiones:

Dando respuesta a nuestra pregunta de investigación, la cual se quiere conocer si existe correlación o diferencias significativas en el malestar psicológico y en sintomatología depresiva entre mujeres que planearon su embarazo y en mujeres que no planearon su embarazo. Para esto se tomaron en cuenta los resultados que se obtuvieron mediante la aplicación de la Escala de Síntomas “*Sympton Rating Test*” (SRT) y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS). Se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del malestar psicológico y sintomatología depresiva en aquellas mujeres que planearon su embarazo y las que no habían planeado su embarazo. Sin embargo si se encontraron correlaciones significativas entre las variables del estudio.

En cuanto algunos datos encontrados, es importante mencionar que las mujeres que planearon su embarazo y las mujeres que no planearon su embarazo, se detectaron diferencia en la edad, el promedio de aquellas mujeres que no planearon su embarazo fue de 23.77 años, a diferencia de aquellas mujeres que si habían planeado su embarazo la cual la media encontrada fue de 24.07 años de edad.

En relación a la variable de aborto, se detectaron puntajes mayores en la sintomatología depresiva en aquellas mujeres que habían sufrido algún aborto en el transcurso de su vida, a diferencia de aquellas que nunca habían tenido antecedente de haber tenido un aborto. De la misma manera, el número de hijos es una variable mediante

la cual la mujer embarazada tiende a contar con una mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos en el transcurso de su embarazo.

Se pudo observar que el puntaje de depresión fue mayor en aquellas mujeres embarazadas que se encontraban estudiando (12.40), seguido de aquellas que se dedicaban al hogar (10.17), aquellas mujeres que tenían una profesión tuvieron puntajes más bajos (9.67) a diferencia de las ocupaciones anteriores. En cuanto al estado civil se encontró un puntaje mayor en sintomatología depresiva en aquellas mujeres que estaban en unión libre (10.78), puntaje muy parecido a las que se encontraban casadas (10.70) a diferencia de las mujeres solteras con un puntaje menor (9.83).

Dicho lo anterior se puede concluir que existe una tendencia mayor de presentar síntomas depresivos en mujeres de menor edad que se encuentren estudiando, estén casadas o en unión libre, tengan más hijos y cuenten con antecedentes de aborto.

En cuanto a los puntajes del malestar psicológico, estos fueron mayores en las mujeres que no habían planeado su embarazo (15.14), a diferencia de las que si lo habían planeado (14.02). En cuanto a la sintomatología depresiva los puntajes mayores se encontraban en las mujeres que planearon su embarazo (10.87), a diferencia de las mujeres que no lo habían planeado (9.98).

Como ya se mencionó se encontraron correlaciones significativas en el estudio, de las cuales al correlacionar el puntaje total entre el malestar psicológico y síntomas depresivos, se encontró una correlación significativa de baja intensidad entre dichas variables (.394 y significancia de .000), donde se puede concluir que a mayor malestar psicológico existe mayor síntoma depresivo en las mujeres embarazadas.

En cuanto al malestar psicológico y sintomatología depresiva en aquellas mujeres que si habían planeado su embarazo, su relación fue significativa y de mediana intensidad (.551). En cuanto a las mujeres que no habían planeado su embarazo, la correlación fue menor (.294) pero significativa. Con esto se puede concluir que existe mayor relación entre malestar psicológico y sintomatología depresiva en mujeres que si planearon su embarazo.

En cuanto a la correlación del total de la muestra entre la sintomatología depresiva y las subescalas presentes en el cuestionario del malestar psicológico, se encontró relación significativa con ansiedad (.424), malestar físico (.190) y malestar psicológico (.409).

En las mujeres que no planearon su embarazo, la sintomatología depresiva se correlacionó con la subescala de ansiedad (.306) y malestar psicológico (.294), a diferencia de aquellas mujeres que si habían planeado su embarazo, donde las correlaciones se dieron con ansiedad (.577), malestar físico (.329) y malestar psicológico (.551).

Dicho lo anterior, se observa que las mujeres que no planearon su embarazo el puntaje fue menor entre sintomatología depresiva y ansiedad, a diferencia de las mujeres que si planearon su embarazo, es decir en ellas se encontró mayor relación en síntomas depresivos con ansiedad, malestar psicológico y malestar físico.

En la pregunta crítica de la Escala de Depresión de Edinburgh (EPDS), se encontró que 13 mujeres contestaron positivamente a dicha pregunta, es importante recordar que esta pregunta nos arroja un indicador de alerta, ya que al ser contestada con un puntaje mayor a cero la mujer embarazada tiene o ha tenido pensamientos de hacerse daño.

De las 13 mujeres que contestaron dicha pregunta, se encontró que 10 de ellas no habían planeado su embarazo, con una edad promedio de 19.10 años de edad, y las 3

mujeres que si habían planeado su embarazo tenían una edad promedio era de 20.33 años. En cuanto a la media obtenida en la escala de Síntomas se encontró mayor puntuación en aquellas mujeres que planearon su embarazo (20.67) a diferencia de las mujeres que no habían planeado su embarazo (19.80). En la Escala de Depresión Perinatal la media fue mayor en mujeres que si habían planearon su embarazo (14.33) a diferencia de las que no habían lo habían planeado (13.20).

Dicho lo anterior y de acuerdo a los puntajes observados en las mujeres que contestaron la pregunta diez de la Escala de Depresión, se encontró que existe mayor probabilidad de que las mujeres que planearon su embarazo presenten síntomas depresivos, malestar psicológico y con ello la presencia de ideas de hacerse daño.

Por todo lo anterior, se concluye que, a pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres embarazadas que planearon su embarazo y aquellas mujeres que no planearon su embarazo, si se encontraron correlaciones significativas entre las variables del estudio, como la correlación entre el malestar psicológico y sintomatología depresiva. Es decir, se encontró que a mayor síntoma depresivo mayor malestar psicológico presenta una mujer embarazada.

Para finalizar, es importante puntualizar que en nuestro país existen pocas investigaciones en relación al embarazo y que hacen falta instrumentos estandarizados para esta etapa de la vida, este punto fue una de las limitantes encontradas ya que en México existen muy pocas investigaciones dirigidas a dicha población. El Instituto Nacional de Perinatología es de las pocas instituciones dedicadas a la investigación y con ello a la estandarización de instrumentos que faciliten detectar afectaciones presentes en el

embarazo. La escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), es una de las pocas escalas dirigida y estandarizada en mujeres mexicanas que cursan un embarazo, además de ser de rápida y fácil aplicación.

Como recomendación en futuras investigaciones, se considera necesario llevar a cabo la estandarización de la Escala de Síntomas (SRT) en mujeres mexicanas, debido a su gran utilidad, ya que dicha escala arroja puntaje general de malestar psicológico, así como puntaje dividido en sub escalas.

A pesar de que las estadísticas muestran un descenso de la presencia de los embarazos no planeados y un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos, es importante mencionar que el número sigue siendo alarmante. La falta de educación sexual y planificación familiar son factores a los cuales el personal de salud deberá de poner mayor atención, sobre todo en poblaciones marginales, zonas rurales e indígenas, así como en adolescentes y mujeres de bajos niveles educativos, ya que dichos factores, según la literatura, suelen ser los principales precipitantes de los embarazos no planeados (Orozco et al, 2011, Laza, 2008 y Langer, 2002).

Finalmente, con el presente trabajo se busca la sensibilización y conocimiento de todos aquellos cambios sufridos durante la etapa del embarazo, independientemente de que éste sea planeado o no planeado, ya que los cambios emocionales presentes durante esta etapa pueden traer severas complicaciones a nivel psicológico para la mujer, su familia y el futuro bebé. Es importante resaltar el sinnúmero de cambios presentes durante el embarazo, los cuales suelen ser clasificados como “normales”, sin embargo estos cambios son difíciles de procesar para la mujer embarazada, llegando a provocar una serie de malestares

psicológicos, los cuales si no son detectados a tiempo pueden llegar a afectar la salud de la madre y el desarrollo del embarazo, por tal motivo es que se hace la recomendación de utilizar las escalas de tamizaje para la detección oportuna de futuros problemas emocionales que pudieran llegar a presentarse durante el embarazo y lo más importante, que estas emociones transitorias puedan tratarse por profesionales y canalizarse correctamente.

REFERENCIAS

- Allen-Leigh, D., Villalobos-Hernández, A., Dem, A., Hernández-Serrato, M. I., Suarez, L., De la Vara, M., Castro, F., Schiavon-Ermani, M.D. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas mexicanas. *Salud Pública de México*, 55 (2), 235-240.
- André, S. (2002). *¿Qué quiere una mujer?* Buenos Aires Argentina: Siglo XXI.
- Armengol, R., Chamorro, A. & García-Dié, M.T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23 (1), 25-32.
- Asunción, M. & García, T. (2009). *Despertando tu amor para recibir a tu bebé*. México: Pax.
- Baeza, B., Poo, A.M, Vásquez, O. Muñoz, S., Vallejo, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2).
- Barrios, E., Corona, A. A., & Romo, P.E., (2013). Resultados perinatales del embarazo no deseado. *Revista Médica*, 4 (4), 227-232.
- Berni, R., Mendoza, S. & Acosta, C. (2012). Situación actual entre la vida sexual y reproductiva de las adolescentes. *Consultorio infanto-juvenil. Pediatría*, 39 (3), 183-189.
- Burin, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bydlowsky, M. (2007). *La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.
- Cabero, D., Saldivar, E. & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Buenos Aires, México: Medica Panamericana.

- Candía, B. (2001). *El embarazo no planeado y su relación con el estrés en la crianza*. Tesis Licenciatura psicología, UNAM.
- Carballo, S. (2002). *Educación de la expresión de la sexualidad humana*. Educación 26 (1). 29-46.
- Chacón, R., García, W. & Flórez, L. (2000). *Estudio descriptivo asociado al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá*. Publicaciones de la Universidad Nacional de Colombia.
- Chávez M, Hernández A, Arce E, Bolaños I, González I, & Lartigue, T. (2008). Experiencia grupal de embarazadas y en etapa postparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 270-278.
- Consejo Nacional de Población. (2015). *Situación de la Salud Sexual Reproductiva Entidades Federativas* Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236807/09_Ciudad-Mexico_web.pdf.
- Craig, G. J. (2009). *Desarrollo psicológico* (9a. ed.). México: Prentice Hall.
- Da Silva, G.B., Poveda, J., & Mora, C.J. (2013). Prevalencia de malestar psicológico y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de nutrición y dietética de la universidad de los andes. *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 22 (2), 88-94.
- Della, M. & Landoni, A. (2003). Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardán*, 22 (1), 1-10.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.
- Deutsch, H. (1945). *The Psychology of Women*. Nueva York: Grune-Stratton.
- Deutsch, H. (1952). *La psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada.

- Díaz, C., Cravioto, M., Villalobos, A., Deeb, N., García, L. & García, S. (2012). El programa de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Revista Panamericana*, 32 (6), 399-404.
- Díaz, E.C., Rodríguez, M.L., Mota, C., Espíndola, J.G., Meza, P. & Zarate, T.A. (2006). Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20, 80-90.
- Díaz, F. E. C. (2014). *Madurez y recursos psicológicos asociados con el malestar psicológico en adolescentes embarazadas*. México: UNAM. Tesis doctorado.
- Díaz, V. (2008). *El embarazo en las adolescentes en México*. Gaceta médica de México, 139 (1), 23- 28.
- Doubova, V., Pámanes González, V., Billings, D. L. & Torres Arreola, L. P. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista Salud Pública*, 41 (4), 582-590.
- Dox, I., Melloni, D., Eisner, G. & Melloni, J. (2006). *Diccionario médico*. Madrid España: Marbán
- Duarte, M. (1997) *Embarazo adolescente y sus implicaciones emocionales: un estudio comparativo entre adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja*. México: UNAM. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología.
- Espíndola, J. G.; Morales. F.; Mota, C.; Díaz, E.; Meza, P. & Rodríguez, L. (2004) Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatología y Reproducción Humana*; 18: 179-186.
- Espíndola, J.G., Morales, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J. & Ibarra, A.C. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 112-122.
- Estupiñán, M. R. & Rodríguez, L (2009). Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Revista de Salud Pública*, 11 (6), 988-998.

- Fernández, L.M. & Cabaco, A.S. (2007). La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1 (1). Recuperado: <http://www.aprendemos.net/RPPSM/PDF/v1n1o1.pdf>.
- Fernández, L.M. & Cabaco, A. S (2004) Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y el niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- Fernández, L.M. & Cabaco, A. S. (2005). Embarazo: influencia de factores personales. *Familia*, 31, 51-71.
- Fernández, L. M., & Sánchez, A., (2005). Embarazo: Influencia de factores personales. Universidad Pontificia de Salamanca. *Familia* 31, 52-71.
- Fernández, S.B., Gutiérrez, G. & Viguri, R. (2012). La mortalidad materna y el aborto en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil Mexicano*, 69 (1), 77-80.
- Flores, E. & Amuchástegui, A. (2012). Interrupción legal del embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal. *Género y Salud en Cifras*, 10 (1), 1-30.
- Gómez López, M. E. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 111-121.
- Gómez, M. A., Aldana, E., Carreño, J., & Sánchez, C. (2006). Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14 (2), 28-35.
- González, J. (2002). *Necesidad insatisfecha en anticoncepción en mujeres embarazadas*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Tesis de Maestría en Ciencias de enfermería.
- Gorguet, I. C. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Herrera, L.M., & Rivas, M.S. (2011). Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Ciencia y Enfermería*, 17 (2), 55-64.

- Juárez, F., Singh, S., Maddow, I. & Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Kellner, R., & Seffield, B. F. (1973). A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3, 88-100.
- Langer, M. (1988). *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (3), 192-204.
- Langer, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (1), 3-7.
- Lara, M.A. & Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*, 35 (1), 57-62.
- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., F. & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental* 29 (4), 55-62.
- Lartigue, T., Maldonado, J. M., González, I. & Saucedo, J. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y reproducción humana*, 22, 111-131.
- Laza, C. (2008). Cultura y planificación: un debate aún en construcción. *Revista Teoría y Praxis Investigativa*, 3 (2).
- Leal, C. (2000). *Trastornos depresivos en la mujer*. Barcelona: Masson.
- Lemoine-Luccioni, E. (2001). *La partición de las mujeres*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lester, E. & Notman, M. (1986). Pregnancy, developmental crisis and object relations: psychoanalytic considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 67, 357-366.
- Lugones, M. & Quintanilla, T. Y., (1997). El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 13 (5).

- Maldonado, J. M. & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 100-110.
- Maldonado, J. M., Sucedá, M. & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología Reproducción Humana*, 22, 4-14.
- Maldonado, M. & Feintuch, M. (2001). Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. *Perinatología Reproducción Humana*; 15 (1): 31-41.
- Maldonado, M. & Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 145-154.
- Marín, D., Bullones, M.A., Carmona, F.J., Carretero, M.I., Moreno, M.A. & Peña, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Revista Nure de Investigación*, 37. Recuperado: http://www.fuden.eu/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf.
- Martín, M. J. & Crespo, M.D. (2002). *Trastornos depresivos en la mujer. Embarazo y parto, aborto, infertilidad y nuevas técnicas*. Barcelona: Masson.
- Martínez, P. & Romano, K. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), 261-274.
- Mendoza, D., Hernández, M.F. & Valencia, J.A. (2011). *Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana*. Recuperado: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Perfil_de_la_salud_reproductiva_de_la_Republica_Mexicana.
- Mora, J., Natera, G. & Andrade Palos, P. (1994). Escala de Síntomas “Symptom Rating Test” (SRT) en estudiantes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, 17 (3), 15-23.
- Mora, R.E.J. (2004). *Una aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad urbana marginal*. México: UNAM. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología.

- Morales .F., Pimentel, D. & Bustos, H. (2008). Percepción del ciclo menstrual y malestar psicológico en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista de Investigación Clínica*, 60 (6), 478-485.
- Morales, C.F., Luque, C.M. & Barroso, A.J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos gineco-obstétricos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16, 157-162.
- Morales, C.F., Pimentel N.D., Sánchez, D.C. & Henales A.C. (2008). Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76 (6), 313-318.
- Morales, E., Solanelles M.A., Mora, S. A., Miranda, O. (2013). Embarazo no deseado en alumnas universitarias. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42 (2), 152-163
- Noruega, E. Cortes, X., & Gil, L. (2011). El embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. *Grupo médico por el derecho a decidir*. Colombia, Doctors for Choice.
- Olkin, S. (1993). *Embarazo en forma: Guía para un embarazo y un parto más fácil, a través del ejercicio y la relajación*. Barcelona: Medice.
- Olza, I. (2000). *Psicología del embarazo*. Recuperado: <http://www.iboneolza.com/psiquiatraperinatal.htm>.
- Oquendo, M., Lartigue, T., González, I. & Méndez, S., (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión de Edinburgo como prueba de tamizaje para detectar depresión perinatal. *Perinatología y Reproducción humana* 22, 195-202.
- Orozco, M. A., Mendoza, M.T. Ramos, R.I., López, A. & Ruelas, G. (2011). Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. *Revista Especializada Médico-Quirúrgicas*, 14 (4), 240-247.
- Ortega, L., Lartigue, T. & Figueroa, M.E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS). *Perinatología y Reproducción Humana*, 15, 11-20.

- Papalia, D. E., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Parra, J., Domínguez, J., Rosales, M., Perez, R. & Carrasco, M. (2013). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Salud Colectiva*. 9 (3), 391-400.
- Pimentel, D., Morales, F., Sánchez, C. & Meza, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27 (2), 98-105.
- Pinto, M.C., Aguilar, O.M., & Gómez, J.D. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 749-759.
- Rice, F.P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital* (2da ed.). México: Prentice Hall.
- Rico, B. (2005). Dimensiones y características de la violencia intrafamiliar: Resultados de una encuesta nacional, *Family Care International and Population Council*, 201-210.
- Rivas, M., Nuevo, R. & Ayuso, J. L. (2011). Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4 (3); 144-149.
- Rivas, M. & Amuchastegui, A. (1998). *Voces e historias sobre el aborto*. México: The Population Council.
- Rojas, E. M. (2015). *Efectos del servicio "Tu embarazo responsable" en el autocuidado y actitud hacia el embarazo en una muestra de mujeres embarazadas*. México. Tesis de Licenciatura.
- Rojas, M. L. (2005). *La pareja rota: familia, crisis y superación*. Madrid: Espasa Calpe.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Sarquis, C. (1995). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción: Salud Reproductiva*. México: Secretaría de Salud
- Tiburcio, M. & Natera, G. (2007). Adaptación al contexto Nahnú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), La Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental*, 30 (3), 48-58.
- Valderrama, G. A. (1988) *Perfil psicológico de pacientes del INPer con un embarazo*. México: UNAM. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología.
- Valdés, J.L., González, N.I., Arce, J., González, S., Morelato, G. & Ison, M.S. (2008). La elección de pareja real e ideal en dos culturas: México y Argentina, un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (2), 261- 277.
- Valdés, M. (2002). *El problema del aborto: tres enfoques*. México: Fondo de Cultura económica. ITAM.
- Vallejo, J. & Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Vives, J. & Lartigue, T. (1994). *Apego y vínculo materno-infantil*. México: Asociación Psicoanalítica Jalisciense. Universidad de Guadalajara.
- Walti, C. (2005). *Inicio de la vida sexual y reproductiva*. Papeles de población, 11 (45), 143-176
- Zarco, I. S. (1990). *Estudio comparativo de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas primíparas, múltiparas y no embarazadas*. México: Universidad Continental. Tesis de Licenciatura.

Anexo 1

Ficha de identificación

Instrucciones:

A continuación encontrará algunas preguntas que hacen referencia a su manera de sentir y de actuar. Después de cada pregunta hay un espacio en el que voluntariamente deberá contestar cada una de las preguntas y la frecuencia con la que ha experimentado cada uno de los síntomas durante los últimos tres meses.

Recuerde que no hay respuestas “buenas” ni “malas”, trabaje rápidamente y no olvide contestar todas las preguntas.

El objetivo de estudio es conocer el malestar psicológico presente en la etapa perinatal.

“GRACIAS POR TU APOYO”

DATOS GENERALES

Edad: _____

Semanas de gestación: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Número de embarazo: _____

Número de hijos: _____

Estado civil: Soltera

Casada

Unión Libre

¿Tu embarazo fue planeado?

SI

NO

Antecedente de aborto: SI

NO

Durante el embarazo has llegado a presentar amenaza de aborto, algún tipo de problema o enfermedad:

SI Especifique _____

NO

Atención Psicológica:

SI

NO

Escala de Síntomas “*Sympton Rating Test*”(SRT)

Lee cuidadosamente estas preguntas y marca con una **X** la respuesta que usted escoja.

	Durante los últimos tres meses se ha sentido...	Nunca	Algunas veces	Muy seguido
1	Mareada o débil			
2	Cansada o sin energía			
3	Nerviosa			
4	Sensación de presión o tensión en la cabeza			
5	Con temores o miedos			
6	Con poco apetito			
7	Palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente			
8	Sentimientos de que no hay esperanza			
9	Inquieta o asustadiza			
10	Le ha costado acordarse de las cosas*			
11	Dolores en el pecho, dificultad para respirar o sensación de no tener suficiente aire			
12	Sentimientos de culpa			
13	Preocupada			
14	Dolores musculares o reumatismo			
15	Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mi			
16	Temblores y sacudimientos en el cuerpo			
17	Dificultades para pensar claramente o para tomar decisiones			
18	Sentimientos de poca valía o fracaso			
19	Sentimientos de tensión			
20	Sentimientos de ser inferior a otras personas			
21	Sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo			
22	Irritable o se enoja de todo			
23	Con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza *			
24	Perdida de interés en casi todas las cosas			
25	Descontenta o deprimida			
26	Mucho miedo y ganas de salir corriendo			
27	Sensaciones de debilidad en algunas partes del cuerpo			
28	Sin capacidad de concentración *			
29	Dificultad para conciliar el sueño o tener pesadillas			
30	Me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez			

Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EPDS)

Instrucciones: Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 DIAS, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He podido reírme y ver el lado chistoso de las cosas:
 - Tanto como siempre lo he hecho
 - No tanto en comparación a como siempre lo he hecho
 - Definitivamente no tanto ahora
 - De ninguna manera
2. He anticipado las cosas con gusto:
 - Tanto como siempre lo he hecho
 - Algo menos de como siempre lo he hecho
 - Definitivamente menos de como siempre lo he hecho
 - Casi nada
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:
 - Sí, casi todo el tiempo
 - Sí, a veces
 - No, muy a menudo
 - No, nunca
4. Me he sentido angustiada y preocupada sin ninguna razón:
 - No, definitivamente
 - Casi no
 - Sí, algunas veces
 - Sí, muchas veces
5. Me he sentido asustada o con bastante miedo sin ninguna razón:
 - Sí, bastante
 - Sí, algunas veces
 - No, no mucho
 - No, nunca
6. Las cosas me han rebasado (están fuera de mi control):
 - Sí, la mayor parte de las veces no las he sobrellevado tan bien como siempre
 - Sí, algunas veces no las he sobrellevado tan bien como siempre
 - No, la mayor parte del tiempo las he sobrellevado bastante bien
 - No, las he sobrellevado tan bien como siempre
7. He estado tan infeliz que he tenido problemas al dormir:
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No muy a menudo
 - No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciada:
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No muy a menudo
 - No, nunca
9. Me he sentido tan triste que he llorado:
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante seguido
 - Sólo ocasionalmente
 - No, nunca
10. He pensado en hacerme daño:
 - Sí, muy a menudo
 - Algunas veces
 - Casi nunca
 - Nunca