

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
ASOCIADAS EN EL EMBARAZO DE MUJERES ENTRE LOS 14 Y LOS 40 AÑOS
DEL ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ**

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

Ana Sofia Bohórquez Otálvaro

Asesora

Mariantonia Lemos Hoyos

Universidad EAFIT

Medellín, 2020

RESUMEN

Objetivo: este estudio buscó estimar los niveles de ansiedad y depresión y las características demográficas asociadas en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá. *Método:* estudio descriptivo – correlacional con 41 mujeres embarazadas del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Las participantes contestaron una encuesta virtual que contenía un instrumento sobre datos sociodemográficos, y los cuestionarios de depresión y ansiedad de Zung. *Resultados:* se encontró que las mujeres embarazadas en el área metropolitana del Valle de Aburrá tienen una prevalencia de ansiedad del 26.8% y de depresión del 56.1%. Las adolescentes embarazadas presentan mayores niveles de depresión que las mujeres embarazadas adultas, esto mismo ocurre con la presencia o no de pareja, la cual también incide en los niveles de depresión. Adicionalmente, la depresión y ansiedad fueron mayores en mujeres con embarazos no deseados y menores en mujeres de estrato alto. *Conclusión:* La salud mental de las mujeres embarazadas se ve afectada por variables sociodemográficas que tienen que ver con su estabilidad financiera y afectiva. Los niveles de depresión y ansiedad requieren que se lleven a cabo seguimientos constantes de la población.

Palabras Claves: depresión, ansiedad, embarazo, embarazo adolescente

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental en el embarazo es importante y por esto es necesario tenerla en cuenta (Molero, Urdaneta, Sanabria, Baabel, Contreras & Azuaje, 2014). La ansiedad es la respuesta anticipada a una amenaza futura (Beck, Emery & Greenberg, 1985), esta interfiere con el funcionamiento psicosocial, suele pasar desapercibida y en el embarazo causa considerable sufrimiento e interfiere negativamente en la relación de la madre con el bebé (Maldonado & Lartigue, 2008). La depresión es una alteración dentro de los trastornos del estado del ánimo cuya principal manifestación es el sentido de ánimo bajo (Goncalvez, Gonzáles y Vázquez, 2008), es una afección frecuente y su diagnóstico temprano en mujeres embarazadas favorece la disminución en las conductas de riesgo, los trastornos del neurodesarrollo fetal y los resultados obstétricos (Martínez & Jácome, 2019). En su investigación, Lee et al (2007) encontraron que el 54% (más de la mitad) de las mujeres tenían ansiedad prenatal y 37.1% (más de un tercio) tenían síntomas depresivos, por lo que concluyeron que la ansiedad prenatal y la depresión son frecuentes y graves problemas durante la gestación.

Estudios existentes demuestran que los niveles elevados de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo contribuyen independientemente de otros factores de riesgo biomédicos al resultado obstétrico, fetal y neonatal adverso (Alder, Fink, Bitzer, Hosli & Holzgreve, 2009), también que la prevalencia de la ansiedad y la depresión prenatal es alta y se asocia a factores de riesgo sociodemográficos y socioeconómicos similares (Faisal-Cury & Menezes, 2007). Las mujeres embarazadas experimentan más ansiedad y depresión en comparación con sus contrapartes emparejadas y la mayoría de ellas no están siendo monitoreadas durante este tiempo (Hamid, Asif & Haider, 2008), también se demostró que el tener pareja inestable incide en un riesgo mayor de presentar ansiedad y depresión estando embarazada (Diaz et al, 2013). En otro

estudio se encontró que el apoyo social percibido, emocional y de confianza está correlacionado significativamente con los niveles de ansiedad, estrés y depresión, también hay diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo social entre mujeres que se encontraban embarazadas por primera vez y aquellas que tuvieron embarazos previos y que el apoyo social de confianza percibido se encuentra relacionado con ansiedad y depresión en una forma negativa. (Rodríguez & Flores, 2018). Con respecto a las adolescentes embarazadas se ha demostrado que hay ansiedad en el 50.5% y depresión en el 67% (Sainz, Chávez, Díaz, Sandoval & Robles, 2014). La depresión posparto es más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes. (Molero, Urdaneta, Sanabria, Baabel, Contreras & Azuaje, 2014), existe una alta prevalencia de depresión posparto (12.9%) en mujeres entre los 13 y 19 años (Rincón & Ramírez, 2014).

Los estudios anteriores han evidenciado la importancia que tiene la depresión y la ansiedad en las poblaciones de mujeres embarazadas; no obstante, no se encontró un estudio reciente que mostrara las tasas de depresión y ansiedad en el área metropolitana del Valle de Aburrá. Teniendo en cuenta los datos y conceptos mencionados anteriormente, la pregunta de investigación sería: *¿Cuáles son los niveles y las características demográficas asociadas a la ansiedad y depresión en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá?*

JUSTIFICACIÓN

Se ha demostrado que la ansiedad y la depresión son trastornos mentales frecuentes en una mujer que se encuentra en estado de embarazo (Faisal-Cury & Menezes, 2007), y que esto tiene

implicaciones negativas (Alder, Fink, Bitzer, Hosli & Holzgreve, 2009) por lo que es pertinente tener en cuenta la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada (Diaz et al, 2013).

El estudio de este problema de investigación se justifica debido a la escasez de otros estudios que identifiquen los niveles de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas entre los 14 y 40 años específicamente en el área metropolitana del Valle de Aburrá. Es importante que dichos niveles se reconozcan con el fin de identificar e informar acerca de los diagnósticos, reducir el malestar y contribuir a la evolución o desarrollo favorable y satisfactorio del embarazo (Diaz et al, 2013).

OBJETIVOS

Objetivo general

Estimar los niveles de ansiedad y depresión y las características demográficas asociadas en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá.

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá.
- Evaluar si hay diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre mujeres adolescentes y adultas embarazadas del área metropolitana del Valle de Aburrá.
- Evaluar las características demográficas que se asocian con los niveles de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá.

MARCO CONCEPTUAL

Embarazo

Definición

La Real Academia Española (2019) define *embarazo* de la siguiente forma:

1. f. Estado en que se halla la mujer gestante.

La definición médica del embarazo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Atrash, Friede & Hogue, 1987).

Ansiedad

Definición

La Real Academia Española (2019) define *ansiedad* de la siguiente forma:

1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

2. f. Med. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Varios autores han relacionado la ansiedad con sucesos que son futuros, tal y como lo plantea el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (2013), en el cual se afirma que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es una

percepción del individuo a nivel incorrecto estando basada en falsas premisas (Beck, Emery & Greenberg, 1985). También Zung (1971) afirma que la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar sucesos futuros.

Johnson y Melamed (1979) hacen referencia a que la ansiedad se diferencia del miedo, en cuanto a que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, es menos focalizada, y ocurre sin alguna causa aparente.

Como se ha nombrado antes, el aspecto que más ha llamado la atención del término de ansiedad es ese carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995).

Tobal (1996) afirma que esta tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia.

Por otro lado, Goncalvez, Gonzáles y Vázquez (2008) la proponen como:

“La ansiedad es un sentimiento vago y desagradable de temor que se acompaña de diversas sensaciones corporales. Es una emoción compleja, con respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas, enmarcadas en un estado de hiperactivación y alerta. Es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno” (p.16-60).

De acuerdo con Freud (1926), la angustia surge a raíz de un conflicto mental, esta sería entonces una transformación tóxica de la energía, donde un ello que necesita determinadas cosas y tiene ciertas pulsiones que no puede alcanzar ni satisfacer.

Síntomas

Beck, Emery y Greenberg (1985) proponen que la ansiedad tiene distintos tipos de síntomas, entre estos se encuentran los físicos, los psicológicos, los conductuales, los cognitivos y los sociales. Dentro de los síntomas físicos se encuentran la taquicardia, las palpitaciones, la opresión en el pecho, la falta de aire, los temblores, la sudoración, las molestias digestivas, las náuseas, los vómitos, las alteraciones en la alimentación, la tensión o rigidez muscular, la sensación de mareo e inestabilidad y el cansancio. Dentro de los síntomas psicológicos se encuentran la inquietud, el agobio, la sensación de amenaza o peligro, las ganas de huir o atacar, la inseguridad, la sensación de extrañeza, el temor a perder el control, la incertidumbre y la dificultad para tomar decisiones. Los síntomas conductuales serían estar en estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza, dificultad para actuar, impulsividad e inquietud. Los síntomas cognitivos estarían relacionados a la dificultad de atención, concentración y memoria, el aumento de descuidos, la preocupación excesiva, la rumiación, los pensamientos distorsionados e inoportunos y la sensación de confusión. Finalmente, en los síntomas sociales se encontrarían la irritabilidad y la dificultad para iniciar o sostener una conversación.

Trastornos de ansiedad

Existen diversos trastornos de la ansiedad, con respecto a esto, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (2013) propone los siguientes:

- Trastorno de ansiedad por separación: La característica esencial de ese es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado.
- Mutismo selectivo: Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otros sujetos no inician un dialogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás.

- Fobia específica: Miedo o ansiedad intensa por un objeto o una situación específica.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social): Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
- Trastorno de pánico: Ataques de pánico (aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos) imprevistos o recurrentes.
- Agorafobia: Miedo o ansiedad provocados por una exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones (como uso de transporte público, estar en sitios abiertos o cerrados, estar fuera de casa solo).
- Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días a los que ha estado ausente durando un mínimo de seis meses, con relación a diversos sucesos o actividades (como en la vida laboral o escolar).
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: Síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

Tratamiento

Según la Secretaría de Salud de México (2010) hay dos posibles tratamientos para la ansiedad: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. El primero de estos “tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir recaídas, evitar las secuelas, restaurar la funcionalidad premórbida en el paciente, todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la mediación”. En el tratamiento no farmacológico puede entrar una terapia activa y directa, donde en ella el paciente y el terapeuta profesional trabajan en firma conjunta y estructurada con el fin de reducir

el malestar, ayudaría a que el sujeto reconozca la condición en la que se encuentra, para que tenga una vida normal, haciendo así que esta sea más soportable, llevadera y pueda vivir en armonía consigo mismo.

Depresión

Definición

La Real Academia Española (2019) define *depresión* en el ámbito psicológico y psiquiátrico como:

1. f. Psicol. y Psiquiatr. Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Zung (1965) expone la depresión como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. Ese autor afirma que la mayoría de nosotros se siente de esta manera una que otra vez, pero en periodos cortos.

Desde la psicología cognitiva se plantea que el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la triada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizá despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, p. 333-334).

Por otro lado, Goncalvez, Gonzáles y Vázquez (2008) proponen que “la depresión es una alteración incluida dentro de los trastornos del estado del ánimo cuya principal manifestación es la alteración en el sentido de ánimo bajo” (p.15).

Causas

Según Freud (1917) la causa de muchas depresiones es psicológica, él considera el estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación, que funciona como mecanismo de defensa. Este autor explicó que la depresión es el resultado de una pérdida simbólica y toma este concepto como una manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en la infancia. Propuso que el deprimido retrocede a una etapa anterior del desarrollo, exactamente la etapa oral, en la cual son potentes los sentimientos sádicos.

Desde otro punto de vista Beck, Epstein y Harrison (1983) otorga la causa de la depresión a factores relacionados con la personalidad del paciente (inseguridad, autoexigencia, dependencia), a factores ambientales (problemas económicos, familiares, de salud) y a factores biológicos (alteraciones genéticas).

Síntomas generales

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) proponen que la depresión trae consigo diferentes síntomas, dentro de los cuales entran los afectivos, los motivacionales, los fisiológicos y los conductuales y cognitivos. En los síntomas afectivos se encuentra la tristeza o anhedonia, la apatía, la pérdida de sentimientos, pérdida de alegría, la pérdida de afecto hacia otros individuos y la ansiedad. Dentro de los síntomas motivacionales está el deseo de escapar (es aquí donde se puede presentar el riesgo de suicidio), el deseo de evitar acciones y el deseo de evitar las actividades cotidianas. En los síntomas fisiológicos de la depresión hay alteraciones del sueño y

del apetito. En los síntomas conductuales se presenta pasividad, evitación al contacto con los demás y lentitud o agitación. Por último, en los síntomas cognitivos se encuentra una dificultad para concentrarse, problemas de atención y memoria, y alteraciones cognitivas en la forma y el contenido.

Prevalencia

Goncalvez, Gonzáles y Vázquez (2008) proponen que actualmente:

Una de cada cinco personas sufre de algún episodio de depresión a lo largo de su vida. La OMS ha estimado que la prevalencia de depresión en la población general oscila entre el 3 y el 5%, y cuando se incluyen las formas mixtas que asocian ansiedad el porcentaje sube hasta el 8%. Si se tienen en cuenta aquellos pacientes con síntomas depresivos menores, de leve gravedad, la prevalencia puede alcanzar casi hasta el 20% de la población (p.17).

Trastornos depresivos

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (2013) propone los siguientes trastornos depresivos:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: Tiene como rasgo central una irritabilidad crónica grave y persistente.
- Trastorno de depresión mayor: Tiene como rasgo principal un periodo de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo, pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la

información subjetiva o de la observación por parte de otras, personas, durante un mínimo de dos años.

- Trastorno disfórico premenstrual: expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo no especificado.

Tratamiento

Según el grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014) en su libro “la depresión”, el objetivo de los tratamientos para la depresión es hacer que los síntomas mejoren para que así el sujeto se sienta bien y retome sus actividades. Las terapias psicológicas y los fármacos antidepresivos son las opciones de tratamiento más recomendables.

ESTADO DEL ARTE

Alder, Fink, Bitzer, Hosli & Holzgreve (2009) realizaron una investigación con el objetivo de revisar críticamente los estudios que evalúan la ansiedad y la depresión maternas durante el embarazo y su impacto en los resultados obstétricos, fetales y neonatales. Para esto realizaron una búsqueda de literatura y una búsqueda manual de bibliografías de artículos pertinentes. En

total se identificaron 35 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró que los niveles elevados de depresión y ansiedad estaban asociados con el resultado obstétrico (complicaciones obstétricas, síntomas del embarazo, trabajo de parto prematuro y alivio del dolor durante el trabajo de parto) y tenían implicaciones para el bienestar y el comportamiento fetal y neonatal. Concluyeron que los niveles elevados de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo contribuyen independientemente de otros factores de riesgo biomédicos al resultado obstétrico, fetal y neonatal adverso.

Faisal-Cury & Menezes (2007) realizaron un estudio para estimar la prevalencia y los factores de riesgo de ansiedad y depresión prenatales con 432 mujeres que asistieron a una clínica privada en la ciudad de Osasco, São Paulo. Para esto utilizaron el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger, el inventario de depresión de Beck (BDI) y un cuestionario de datos sociodemográficos y obstétricos. Los autores encontraron que la prevalencia de ansiedad prenatal, estado y rasgo fue 59.5 y 45.3% respectivamente, que la prevalencia de depresión prenatal fue de 19.6%; por lo que pudieron concluir que la prevalencia de la ansiedad prenatal y la depresión prenatal fue alta en esta muestra de mujeres que asistían a un centro de atención privada, y se asociaron con factores de riesgo sociodemográficos y socioeconómicos similares, lo que sugiere que pueden estar involucrados algunos factores estresantes ambientales comunes.

Hamid, Asif & Haider (2008) realizaron una investigación cuyo objetivo es conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo, para esto tamizaron la muestra de cien mujeres embarazadas en espera de su visita prenatal en la clínica obstétrica de Fatima Memorial Hospital, se utilizó la técnica de muestreo por conveniencia (muestreo no probabilístico) y un breve cuestionario, además la escala Hospital Anxiety & Depression Scale para evaluar ansiedad y síntomas depresivos. Encontraron que, de cien mujeres embarazadas, el

39% y el 18% puntuaron por encima del límite en ansiedad y escala de depresión respectivamente. Entre el grupo de control, el porcentaje de ansiedad y depresión fue 28% y 12% respectivamente. Concluyeron que las mujeres embarazadas experimentan más ansiedad y depresión en comparación con sus contrapartes emparejadas y la mayoría de ellas no están siendo monitoreadas durante este tiempo.

Rincón & Ramírez (2014) realizaron un estudio para examinar la prevalencia de depresión posparto auto reportada en una muestra representativa de mujeres colombiana, realizaron un estudio transversal secundario de la información obtenida de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 en 53.521 mujeres entre los 13 y 49 años y también una entrevista dirigida. Encontraron que nivel nacional, la prevalencia de depresión posparto fue de 12.9%, siendo mayor en zonas urbanas 15.1% que en zonas rurales 6.8%; y en mujeres de 20 a 34 años 13.4%. Por distribución geográfica, el departamento de Amazonas y Guainía presentan menor prevalencia de depresión posparto 3.1% y 3.5%, respectivamente, mientras que en la ciudad de Bogotá y el departamento del Quindío la prevalencia fue de 18.1% y 22.1%, respectivamente. Las mujeres de 20 a 34 años, la primigravidez, el residir en zonas urbanas y el nivel escolar universitario, permanecieron asociados a la depresión posparto. Pudieron concluir que la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto, y que se necesita más investigaciones para apoyar la identificación temprana y la intervención de las mujeres que sufren de depresión posparto.

Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera & López (2013) realizaron una investigación donde se plantearon analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio–agosto 2012. Para esto llevaron a cabo un estudio correlacional y transversal con una

muestra de 236 embarazadas excluyendo aquellas con diagnóstico anterior de depresión o ansiedad. El 56.4% pertenecían al estrato socioeconómico cuatro, 81% tenía una relación de pareja estable y 54.2% tenía un embarazo deseado. Respecto a los resultados, el 67.3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66.1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tuvieron un riesgo 8.5 veces mayor de presentar ansiedad y 6.5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tenían pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1.63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1.66 veces mayor.

Martínez & Jácome (2019) realizaron un estudio que tenía como objetivo presentar una revisión de tema acerca de la depresión en el embarazo, sus factores de riesgo, las características clínicas, las complicaciones y el tratamiento, utilizaron las bases de datos PubMed y LILACS para la búsqueda de manuscritos; de 223 artículos, 55 cumplían los criterios de inclusión. Como resultado tuvieron que en Sudamérica se registra una prevalencia de aproximadamente el 29%, los factores de riesgo con mayor significación son el abuso sexual, la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar. Concluyeron que el diagnóstico temprano favorece la disminución en las conductas de riesgo, los trastornos del neurodesarrollo fetal y los resultados obstétricos, que la depresión en el embarazo es una afección frecuente; no obstante, se presenta subregistro por la atribución de los síntomas a la gestación misma.

Sainz, Chávez, Díaz, Sandoval & Robles (2014) hicieron una investigación para estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios. Para esto, aplicaron a 103 pacientes embarazadas desde los 12 a los 44 años de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF). Se encontró ansiedad en el 50.5% y depresión en el

67%, además de una alta prevalencia de depresión en el grupo de edad de 12-19 años en comparación con otros grupos de edad.

Molero, Urdaneta, Sanabria, Baabel, Contreras & Azuaje (2014) realizaron una investigación que tenía como objetivo comparar la frecuencia de la depresión posparto entre las mujeres adolescentes y adultas, atendidas en la consulta de orientación reproductiva del adolescente de la Unidad de Desarrollo Integral y Orientación Reproductiva del Adolescente (UDIORA), del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo", en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. Para esto aplicaron la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y realizaron una entrevista a 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes y 50 adultas. Encontraron que en las adolescentes mostraron significativamente una mayor frecuencia de ansiedad y sentimiento de culpa; y que en las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la lactancia y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo; y concluyeron que la depresión postparto fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

Rodríguez & Flores (2018) realizaron una investigación cuyo objetivo era encontrar si hay diferencias significativas en los niveles de estrés, depresión y ansiedad entre mujeres embarazadas que perciben apoyo social y aquellas que no. Para esto, aplicaron un cuestionario y posteriormente una entrevista a 227 mujeres embarazadas que visitaron un hospital o clínica privada. Se encontró que el apoyo social percibido, emocional y de confianza está correlacionado significativamente con los niveles de ansiedad, estrés y depresión, y una correlación positiva entre el nivel de educación y el apoyo emocional percibido, también detectaron diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo social entre mujeres que se

encontraban embarazadas por primera vez y aquellas que tuvieron embarazos previos y que el apoyo social de confianza percibido se encuentra relacionado con ansiedad y depresión en una forma negativa.

Leonetti & Martins (2007) realizaron un estudio para analizar la producción científica entre 1998 y 2003 de estudios empíricos en la temática de ansiedad en las fases prenatal y postnatal, para esto obtuvieron 19 artículos, de los cuales 6 evaluaron la ansiedad maternal en el período prenatal, 12 estudios evaluaron la ansiedad en madres en el período postnatal y solamente un estudio evaluó la ansiedad maternal en ambos períodos. Los resultados demostraron que altos niveles de ansiedad maternal en la fase prenatal estuvieron asociados a complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia.

MÉTODO

Tipo de estudio

El tipo estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. Cuantitativo porque utilizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Fue un estudio descriptivo, debido a que se buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Finalmente, la investigación fue transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir las variables y su incidencia de interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Población y muestras

La población fueron mujeres entre 14 y 40 años, que estaban en estado de embarazo y se encontraban ubicadas en el área metropolitana del Valle de Aburrá. El muestreo fue no probabilístico debido a que este es intencional y supone un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Instrumentos

Escala de ansiedad de Zung (1971)

Esta escala está estructurada en 20 afirmaciones con escala de respuesta tipo Likert (nunca = 1; siempre = 4), donde las preguntas 5, 9, 13, 17 y 19 están redactadas en afirmaciones negativas. Un puntaje alto indica una alta disposición a la ansiedad. Este instrumento fue validado en una

muestra mexicana de 920 personas con edades entre los 14 y 60 años, donde se encontró un alfa de Cronbach de $r = .77$ y una estructura factorial de cuatro dimensiones que explicaron el 45.5% de la variabilidad total (Hernández, 2008). (Anexo 1).

Para categorizar los niveles de ansiedad se tomaron los valores normativos sacados de Hernández (2008), según el cual entre 20 y 39 puntos es una ansiedad dentro de los límites normales, entre 40 y 47 puntos es una ansiedad leve moderada, entre 48 y 55 puntos es una ansiedad moderada a intensa y entre 56 y 80 puntos es una ansiedad intensa.

Escala de depresión de Zung (1965)

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0.70-0.80 en la fiabilidad dos mitades, índice de Cronbach entre 0.79 y 0.92) 6.20. En cuanto a la validez, los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La escala muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad (Conde, Escribá & Izquierdo, 1970). (Anexo 2).

Para categorizar los niveles de depresión se tomaron los valores normativos de Conde, Escribá & Izquierdo (1970), según el cual entre 20 a 28 puntos no hay depresión, entre 29 y 41 puntos es una depresión subclínica con variantes normales, entre 42 y 53 puntos es una depresión media-severa y entre 56 a 80 puntos es una depresión grave y puede necesitar hospitalización.

Procedimiento

El procedimiento que se siguió para la adecuada realización de la investigación constó de cuatro etapas específicas. La primera etapa consistió en desarrollar la conceptualización de las variables, el contexto, estado del arte (antecedentes) y marco conceptual, la segunda etapa consistió en la elección de los instrumentos, la tercera etapa en llevar a cabo el trabajo de campo y la cuarta etapa en hacer el análisis de los resultados.

Para llevar a cabo el trabajo de campo se realizó un cuestionario a través de la plataforma virtual Google Forms, que contenía el nombre y objetivo de esta investigación, el consentimiento informado (Anexo 3), los datos sociodemográficos (Anexo 4) y los dos instrumentos que las participantes respondieron. La invitación se compartió por redes sociales, tales como Instagram, Facebook y WhatsApp. No fue posible, debido a la pandemia actual, llevar a cabo entrevistas presenciales. Todas las participantes entraban al enlace del estudio, aceptaban el consentimiento informado y, posteriormente, completaban los cuestionarios. La invitación estuvo abierta desde el 4 de septiembre, durante todo el mes.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se basará en Hernández, Fernández y Baptista (2014), según los cuales, la forma de proceder en un plan de análisis en una investigación es proceder por inicialmente seleccionar el programa estadístico para el análisis de datos, después se opta por

ejecutar el programa y una vez esto esté definido se exploran los datos, es decir, se analizan y visualizan por variable de estudio. Después, se evalúa la confiabilidad y validez de los instrumentos escogidos y se lleva a cabo análisis estadístico descriptivo de cada variable del estudio, y se realizan análisis estadísticos inferenciales respecto a las hipótesis planteadas, el paso a seguir es efectuar análisis adicionales y finalmente preparar los resultados con el fin de que estos sean presentados.

Los análisis estadísticos realizados consistieron en obtener las sumatorias de la prueba de depresión y ansiedad, categorizar los valores según las puntuaciones de referencia, para obtener las prevalencias de estos dos trastornos mentales. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis bivariados de acuerdo con el grupo de edad y otras características demográficas. Todos los análisis estadísticos se realizaron en SPSS versión 24.

Consideraciones Éticas

Según la Ley 1090 de 2006, donde se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético, las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta en el trabajo de investigación fueron: la responsabilidad y el compromiso con las participantes de la investigación y sus respectivos acudientes, la confidencialidad con la información obtenida de las participantes, el bienestar de estas, el respeto y el tacto hacía las participantes, la prudencia y legitimidad, el ser imparcial, procurar siempre que las participantes no se sientan revictimizadas con su condición.

Este estudio se clasifica como sin riesgo según la resolución 8430 del Ministerio de Salud del 1993. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado y eran libres de dejar de responder una o más preguntas si así lo deseaban; así mismo eran libres de retirarse del estudio

sin ninguna sanción. La base de datos final no contenía su nombre o ningún dato (aparte de los demográficos con los que se hizo el análisis) con los que se pudiera identificar a la persona específica.

RESULTADOS

1. Caracterización de la muestra

Se evaluaron a 41 mujeres que tenían un promedio de edad de 26 años (D.E. = 6.80) con edades entre los 15 y 48 años. Tenían en promedio 19.27 semanas de embarazo (D.E. = 7.85), entre 7 y 39 semanas. A nivel de estrato se obtuvo que el 48.8% pertenecía a un estrato socioeconómico alto (estratos 5-6), que el 31.7% pertenecía a un estrato medio (estratos 3-4), y que el 19.5% de las mujeres pertenecía a un estrato bajo (estratos 1-2). Se encontró que el 75.6% tenía pareja y que el 24.4% restante no tenía. También se encontró que el 43.9% vivía con la pareja, el 29.3% con los padres, el 2.4% con un hijo, el 7.3% vive sola, el 4.9% con la abuela, el 7.3% con los abuelos, el 2,4% con tíos y el 2,4% con un compañero de casa. De los embarazos el 46.3% fueron deseados y el 53.7% no fueron deseados. El 24.4% de las mujeres embarazadas fueron diagnosticadas previamente de ansiedad o de depresión, y 75.6% no tenían un diagnóstico de ansiedad o depresión previo (tabla 1).

Tabla 1

Caracterización de la muestra

Variables	Media (D.E.)	n (%)
Edad	26 (6.798)	
Semanas de gestación	19.27 (7.849)	
Estrato		
Alto		20 (48.8%)
Medio		13 (31.7%)

Bajo	8 (19.5%)
Pareja	
Si	31 (75.6%)
No	10 (24.4%)
Con quien vive	
Pareja	18 (43.9%)
Padres	12 (29.3%)
Un hijo	1 (2.4%)
Sola	3 (7.3%)
Abuela	2 (4.9%)
Abuelos	3 (7.3%)
Tíos	1 (2.4%)
Compañero de casa	1 (2.4%)
Embarazo deseado	
Si	19 (46.3%)
No	22 (53.7%)
Diagnóstico Previo	
Si	10 (24.4%)
No	31 (75.6%)
Embarazo adolescente	
Si	6 (14.6%)
No	35 (85.4%)

2. Prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres embarazadas participantes

Se encontró que el 31.7% de las mujeres tenían ansiedad dentro de los límites normales, que el 41.5% tenían ansiedad leve moderada, que el 22.0% tenían una ansiedad moderada a intensa y el 4.9% tenían una ansiedad intensa. En total la población con ansiedad significativa fue de 26.8%.

Por otro lado, se encontró que el 2.4% de las mujeres no tenían depresión, que el 41.5% tenía una depresión subclínica con variantes normales, que el 36.6% tenía una depresión media-severa y que el 19.5% tenía una depresión grave. En total la población con depresión significativa fue de 56.1% (tabla 2).

Tabla 2

Prevalencia de ansiedad y depresión en la muestra

Variable	Media (D.E.)	n (%)
Ansiedad	43.41 (7.32)	
Dentro límites normales		13 (31.7%)
Leve moderada		17 (41.5%)
Moderada a intensa		9 (22.0%)
Intensa		2 (4.9%)
Ansiedad clínicamente significativa		
Si		11 (26.8%)
No		30 (73.2%)

Depresión	43.66 (9.85)
Sin síntomas	1 (2.4%)
Subclínica	17 (41.5%)
Media-severa	15 (36.6%)
Grave	8 (19.5%)
Depresión clínicamente significativa	
Si	23 (56.1%)
No	18 (43.9%)

3. Asociación o diferencias con variables demográficas

Con respecto a las diferencias según el estrato socio económico se encontró que existen diferencias significativas entre el estrato alto y el estrato medio y bajo, siendo menores los niveles de ansiedad y depresión en el primer grupo (tabla 3).

Tabla 3

Diferencias de ansiedad y depresión según estrato socioeconómico

Variable	Bajo	Medio	Alto	Kruskal-	Sig
	Me (RI)	Me (RI)	Me (RI)	Wallis	
Ansiedad	45.00 (6.00)	46.00 (11.00)	38.50 (8.75)	12.780	0.002
Depresión	47.00 (13.25)	51.00 (14.00)	35.00 (8.25)	11.870	0.003

Con respecto a las diferencias según si las participantes tenían pareja o no se encontró que no hubo diferencias en ansiedad, pero si existen diferencias significativas en la depresión (tabla 4).

Tabla 4

Diferencias de ansiedad y depresión según si hay o no pareja

Variable	Con pareja actual Me (RI)	Sin pareja actual Me (RI)	U de Mann Whitney	Sig
Ansiedad	42.00 (14.00)	45.50 (4.25)	94.000	0.063
Depresión	37.00 (10.00)	51.00 (9.5)	46.000	0.001

Con respecto a las diferencias según si el embarazo fue deseado o no se encontró que existen diferencias significativas en ansiedad y en depresión (tabla 5).

Tabla 5

Diferencias de ansiedad y depresión según si el embarazo es deseado o no

Variable	Embarazo deseado Me (RI)	Embarazo no deseado Me (RI)	U de Mann Whitney	Sig
Ansiedad	38.00 (9.00)	45.50 (7.00)	84.000	0.001
Depresión	35.00 (3.00)	48.40 (11.00)	62.000	0.000

Con respecto a las diferencias según si la embarazada es adolescente se encontró que no hay diferencias en la ansiedad, pero si existen diferencias significativas en la depresión (tabla 6).

Tabla 6

Diferencias de ansiedad y depresión según si la embarazada es adolescente o no

Variable	Embarazo adolescente Me (RI)	No embarazo adolescente Me (RI)	U de Mann Whitney	Sig
Ansiedad	44.50 (3.25)	43.00 (11.00)	81.000	0.374
Depresión	51.50 (5.25)	41.00 (11.00)	31.500	0.006

DISCUSIÓN

Este trabajo de grado tenía como objetivo estimar los niveles de ansiedad y depresión y las características demográficas asociadas en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá. Se encontró que la ansiedad estuvo presente en 26.8% de las mujeres embarazadas, es decir, en 11 mujeres de 41 que participaron en esta investigación. Con respecto a otros estudios el resultado de la ansiedad obtenido en este estudio es menor, Lee et al. (2007) encontraron que más de la mitad de las mujeres embarazadas participantes de su estudio (el 54%) tenían ansiedad.

Por otro lado, la depresión estuvo presente en 56.1% de las mujeres embarazadas, es decir, en 23 mujeres de 41 que participaron en el estudio. Con respecto a otros estudios el resultado de depresión obtenido en este estudio es mayor que el de Diaz et al (2013), quienes encontraron que de las mujeres embarazadas que participaron en su estudio el 20% tenían depresión severa o muy severa, al igual que Marchesi et al. (2009) quienes encontraron la misma prevalencia. Estos datos son coherentes con Lee et al, encontraron que un 37.1% de las mujeres embarazadas que participaron en su investigación tenían síntomas depresivos.

Con respecto a los estratos socioeconómicos se encontró que este factor incide en que las mujeres embarazadas participantes tengan ansiedad y depresión o no. Los niveles de ansiedad fueron menores en los estratos alto y medio a comparación del estrato bajo que obtuvo mayor nivel tanto de ansiedad como de depresión. Esto coincide con lo que Faisal-Cury & Menezes (2007) encontraron en las mujeres embarazadas participantes en su estudio, donde concluyeron que la prevalencia de ansiedad y depresión fue alta y esto se asociaba a factores de riesgo sociodemográficos y socioeconómicos.

Se encontró que el factor de tener o no pareja no incide en el que las embarazadas tengan ansiedad, pero si incide en el que tengan depresión. A diferencia de estos resultados, Diaz et al (2013) identificaron como el factor más relevante para que las mujeres embarazadas desarrollen ansiedad, la inestabilidad en la relación de pareja, pero este factor (pareja estable) si se evidenció en su estudio como protector para la depresión, un hallazgo que corresponde con estudios anteriores como el de Faisal-Cury & Menezes (2007). Marchesi et al (2009) afirman que la depresión mayor es un trastorno frecuente en las embarazadas, como se mencionó anteriormente, pero además este trastorno está predicho principalmente por una inestabilidad en la relación de la mujer embarazada con su esposo.

El factor de si el embarazo fue deseado o no tuvo incidencia en que las mujeres embarazadas participantes de este estudio tengan ansiedad y depresión, así también Diaz et al (2013) identificaron este factor en las embarazadas participantes de su investigación que tenían ansiedad, pues esta patología estaba relacionada con un estado de inconformidad o rechazo hacia el embarazo. Este dato también ha sido reforzado por estudios anteriores como el de Rojas et al (2009) quienes afirman que cuando el embarazo no es deseado las gestantes tienden a magnificar y percibir negativamente los cambios que se producen naturalmente durante la gestación, además de estar más sensibles ante los eventos que ocurren durante su día a día.

Se encontró que el hecho de que la embarazada fuera adolescente incide en que estas tengan depresión, hallazgo que corresponde con el estudio de Sainz, Chávez, Díaz, Sandoval & Robles, (2014) quienes encontraron que el 67% de las adolescentes embarazadas tienen depresión; sin embargo, encontraron también un nivel de ansiedad en el 50.5% de las adolescentes embarazadas de su estudio, a diferencia de éste donde se encontró que este factor no incide en que la variable de ansiedad. Kabir, Sheeder & Stevens (2008) señalaron que las mujeres adolescentes

presentaban más depresión que las mujeres mayores, lo que representa el hecho de que ser adolescente es un factor de riesgo independiente para la depresión en embarazadas (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007).

Antes de finalizar, se deben señalar las limitaciones de este estudio. Lo primero es que por cuestiones de pandemia, el protocolo de evaluación no pudo hacerse presencialmente, lo que disminuyó la cantidad de población que pensaba evaluarse. Así mismo, no se tiene certeza de que quienes contestaron la prueba estuvieran realmente embarazadas o sintieran los síntomas. Adicionalmente, el estado de confinamiento causado por la pandemia del COVID-19, así como el miedo al virus en sí, pueden haber afectado los niveles de síntomas emocionales en esta población, así como la importancia de contar con una pareja en este momento o tener un espacio propio. Finalmente, este estudio utilizó una escala para la medición de ansiedad y depresión que, aunque está validada en Colombia, no es la misma que se utilizó en otros estudios, de tal forma que los resultados podrían variar debido a diferencias psicométricas entre ellos.

Como conclusión, este estudio encontró que las mujeres embarazadas en el área metropolitana del Valle de Aburrá tienen una prevalencia de ansiedad del 26.8% y de depresión del 56.1%. Las adolescentes embarazadas presentan mayores niveles de depresión que las mujeres embarazadas adultas, esto mismo ocurre con la presencia o no de pareja, la cual también incide en los niveles de depresión. Adicionalmente, la depresión y ansiedad fueron mayores en mujeres con embarazos no deseados y menores en mujeres de estrato alto.

REFERENCIAS

- Alder, P., Fink, N., Bitzer, J., Hosli, I. & Holzgreve, W. (2009). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric fetal and neonatal outcome. A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 20(3), 189-209.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767050701209560>
- Asociación americana de psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Atrash, H. K., Friede, A. & Hogue, C. (1987). Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. *Obstet Gynecol*. March 333-7.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A.T., Epstein, N. & Harrison, R. (1983). *Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression*. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: Wiley.
- Conde, V., Escribá J. A. & Izquierdo, J. (1970) Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala auto aplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol*. 33, 185-206.
- Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006: Reglamentación del ejercicio de la profesión de Psicología*. Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

- Diaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L. & López, J. (2013).
Depresión y ansiedad en embarazadas. *Revista de la facultad de ciencias de la salud-
Universidad de Carabobo*. 17(2), 32-40. <http://ve.scielo.org/pdf/s/v17n2/art06.pdf>
- Faisal-Cury, A & Menezes, P (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in
a private setting sample. *Archives of Womens Mental Health*. 10, 25-32.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-006-0164-6>
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007) Depression during pregnancy and the
postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment
Health*. 10(3), 103-9. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-007-0178-8>
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. 2091-2100.
- Freud, S. (1926) *Inhibición, síntoma y angustia*. *En Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
20.
- Goncalvez, F., Gonzáles, V. & Vázquez, J. (2008). *Guía de buena práctica clínica en depresión
y ansiedad. Segunda edición actualizada*. Madrid: International Marketing and
comunicación.
- Grupo de trabajo sobre la guía y de práctica clínica sobre el anejo de la depresión en el adulto
(2014). *La depresión*. Krisola diseño, S.L.
- Guía práctica Clínica (2010) *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la ansiedad en el
adulto*. México: Secretaría de Salud.
- Hamid, F., Asif, A. & Haider, I. (2008). Study of anxiety and depression during pregnancy. *Pak J
Med Sci*. 24 (6), 861-864. <https://pjms.com.pk/issues/octdec208/article/article17.html>

- Hernández, M. R., Macías, D., Callejas, N., Cerezo, S., & Chauvet, C. F. (2008). Propiedades psicométricas del inventario Zung del estado de ansiedad con mexicanos. *Psychologia*, 2(2), 19-46.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación: sexta edición*. México: Mc Graw Hill Education.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici. *Psicología social II*. Barcelona: Paidós. 469-493.
- Johnson, S. & Melamed, B. G. (1979). The Assessment and treatment of children's fears. In B. Lahey & Kazdin, *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press. 2, 108-139.
- Kabir, K., Sheeder, J. & Stevens, C. (2008) Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 21, 335-42. [https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(08\)00199-X/fulltext](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(08)00199-X/fulltext)
- Lee, A., Lam, S., Siu, K., Sze, S., Chong, C., Chui, H. & Fong, D. (2007) Prevalence, Course and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstet Gynecol*. 110(5), 1102-12. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3058018&pid=S1316-7138201300020000600008&lng=es
- Leonetti, L. & Martins, M. (2007) Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 15(4), 677-83. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf

- Maldonado-Durán, M. & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 22(2), 100-110.
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Trastornosdeansiedad.pdf>
- Marchesi, C., Bertoni, S. & Maggini, C. (2009) Major and minor depression in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 113 (6), 1292-8.
https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2009/06000/Major_and_Minor_Depression_in_Pregnancy.15.aspx
- Martínez-Paredes, J. & Jácome-Pérez, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 48(1), 58-65. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución número 8430 de 1993: Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Molero, K., Urdaneta, J., Sanabria, C., Baabel, N., Contreras, A. & Azuaje, E. (2014) Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 79(4), 294-304.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n4/art08.pdf>
- Real Academia Española (2019). *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.2].
- Rincón-Pabón, D. & Ramírez-Vélez, R. (2014). Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. 16(4), 534-546.
<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>

Rodríguez, P. & Flores, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*. 24(2-3), 67-72.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793717300891>

Rojas, J., Albano, C., Llanos, M., Decanio, M. & Trías, L. (2009) Inventario de apoyo social para embarazadas. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Científica Estudiantil*. 7(3) 173-179.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2009/ace093i.pdf>

Sainz, K., Chávez, B., Díaz, M., Sandoval, M. & Robles, M. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Elsevier España, S.L.U. 20(1), 25-27.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2013/af131g.pdf>

Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill. 2, 53-80

Witmer, L (1907) *Psicología clínica*.

Zung W. W. (1965). *A self-rating depression scale*. *Arch Gen Psychiatry*. 12, 63-70.

Zung, W. W. (1971). *A rating instrument for anxiety disorders*. *Psychosomatics*. 12(6), 371-379.

Anexo 1. Escala de ansiedad de Zung (1971)

Por favor marque (X) la columna adecuada	Nunca – casi nunca	Aveces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.	1	2	3	4
2. Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4
3. Me altero o angustio fácilmente.	1	2	3	4
4. Siento como si me estuviera deshaciendo a pedazos.	1	2	3	4
5. Creo que todo esta bien y que no va a pasar nada malo.	4	3	2	1
6. Me tiemblan los brazos y las piernas	1	2	3	4
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.	1	2	3	4
8. Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto.	4	3	2	1
10. Siento que mi corazón me late aprisa.	1	2	3	4
11. Sufro mareos.	1	2	3	4
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.	1	2	3	4
13. Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1
14. Se me duermen los pies y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4
15. Sufro de dolores de estomago e indigestión.	1	2	3	4
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1
18. La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas.	1	2	3	4
Puntaje total:				

Anexo 2. Escala de depresión de Zung (1965)

Por favor marque (X) la columna adecuada	Nunca – casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Me siento decaído y triste	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es facil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy mas irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es facil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1
Puntaje total:				

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, se da consentimiento para participar en el trabajo de investigación: Ansiedad y de depresión en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá, desarrollado por Ana Sofía Bohórquez Otálvaro, estudiante de psicología de la Universidad Eafit.

Algunas consideraciones:

- La participación en esta investigación es voluntaria y requiere aceptar este consentimiento informado.
- En ningún momento se pedirá su nombre. Los datos demográficos que se solicitan son solo para caracterizar la población.
- Al aceptar este consentimiento se autoriza a la realización de los instrumentos: Escala de depresión de Zung (1965) y Escala de ansiedad de Zung (1971), para la recolección de los datos.
- La información que se recoja será confidencial, de uso exclusivo y no se utilizara para ningún fin o propósito fuera de los de esta investigación.
- Si hay alguna pregunta que no desea responder, puede dejarla en blanco y seguir con el cuestionario.

La información a la cual se tenga acceso en virtud y con ocasión del presente proyecto de investigación, suministrada, facilitada, colectada, conservada y procesada durante la ejecución del presente proyecto, será utilizada por las partes con estricto cumplimiento con lo preceptuado en las normas constitucionales, legales y desarrollos jurisprudenciales en materia de protección de datos personales.

Si tiene alguna inquietud puede contactarme al correo asbohorquo@eafit.edu.co o al celular 3185855298.

Fecha: _____

Anexo 4. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad _____

Estrato socioeconómico _____

Actualmente tienes pareja estable Si _____ No _____

¿Con quién vives?

Mes de gestación _____

Embarazo deseado Si _____ No _____

¿Ha sido diagnosticado de ansiedad o depresión antes del embarazo?