

Original

## Depresión y ansiedad estrés en madres puérperas

LILIANA PAOLA NIERI, VALENTINA AMAYA MÉNDEZ, AILEN GONZALEZ

LILIANA PAOLA NIERI  
Doctora en Psicología.  
Fundación UADE,  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnicas (CONICET),  
Ciudad de Buenos Aires,  
Argentina.

VALENTINA AMAYA MÉNDEZ  
Licenciada en Psicología.  
Fundación UADE,  
Ciudad de Buenos Aires,  
Argentina.

AILEN GONZALEZ  
Licenciada en Psicología.  
Fundación UADE,  
Ciudad de Buenos Aires,  
Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 05/01/2018  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 23/02/ 2018

CORRESPONDENCIA  
Dra. Liliana Paola Nieri.  
Juana Manso 1351 3G, C1107CBZ,  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina;  
liliananieri@hotmail.com

El concepto de maternidad incluye al embarazo, parto y puerperio, e implica cambios a nivel biológico, social, cultural y psicológico. Por ende, la maternidad es un fenómeno psico-biológico y una crisis vital que reactiva problemas del pasado y puede potenciar problemas del presente. La madre vive este proceso según su historia personal, la situación presente y las características del bebé. El objetivo de este trabajo fue conocer si la depresión y ansiedad materna se asocian a las variables sociodemográficas: edad materna y de la pareja, edad y sexo del hijo, nivel de estudios, situación laboral paterna y materna, cantidad de hijos, embarazo planificado y clase social. El tipo de estudio fue no experimental, descriptivo-correlacional. Los instrumentos usados fueron: cuestionario sociodemográfico, Inventario de depresión de Beck II y Escala para la ansiedad de Hamilton. La muestra se compuso de 134 madres de población general, con hijos menores de 2 años. Se encontró que existe relación entre ansiedad y depresión materna. Se hallaron diferencias significativas entre depresión y ansiedad materna, y: sexo del hijo, edad materna, situación laboral materna y paterna, clase social y planificación del embarazo. Al analizar los resultados se revelaron algunos eventos que pueden generar situaciones de riesgo psicológico durante la maternidad, con repercusiones en el establecimiento de un vínculo saludable con su hijo.

**Palabras Claves:** Maternidad - Emociones maternas - Variables sociodemográficas.

### Depression and Anxiety Stress in Postpartum Mothers

The concept of maternity includes pregnancy, birth and puerperium, and implies biological, social, cultural and psychological changes. Thus, maternity is a psycho-biological phenomenon and a vital crisis that reactivates past problems and can enhance current ones. The mother lives this crisis according to her personal history, her present situation and her newborn's characteristics. The aim of this study was to know if maternal depression and anxiety are associated with sociodemographic variables such as: mother's age, partner's age, age and sex of the child, educational level, paternal and maternal employment status, number of children, pregnancy planning and social class. A non-experimental, descriptive-correlational study was conducted. The instruments used were: sociodemographic questionnaire, Beck Depression Inventory-II, and Hamilton Anxiety Rating Scale. The sample consisted of 134 mothers from general population, with children under 2 years old. A relation between maternal anxiety and depression was found. Significant differences were found between maternal depression and anxiety, and: baby's sex, mother's age, maternal and paternal employment status, social class, and pregnancy planning. The analysis of the results revealed that some events may generate situations of psychological risk during maternity, with repercussions in the establishment of a healthy bond with her child.

**Keywords:** Maternity - Mother Emotions - Sociodemographic Variables.

## Introducción

El nacimiento de un bebé trae aparejado una serie de cambios y dificultades comunes a las madres. Algunas de estas son el estrés asociado al adquirir la nueva responsabilidad sobre una vida, agotamiento, y dificultades en el cuidado del bebé (llanto, sueño y amantamiento) [29]. Ante estas circunstancias, las madres pueden experimentar sentimientos de tristeza, vacío, angustia y ansiedad [5, 29]. Si bien experimentar algunos de estos síntomas representa malestar, no conllevan necesariamente a la definición de un diagnóstico clínico [19, 29]. En caso de haber una entidad diagnóstica, se caracterizará entonces a la depresión postparto como un episodio depresivo mayor que puede acontecer durante el embarazo y los primeros doce meses luego del parto [5, 37]. Beck [4] distinguió los síntomas más representativos de la depresión postparto, siendo los cambios en los patrones de sueño y de alimentación, ansiedad e inseguridad, confusión, sensación de pérdida del sí mismo, culpa, inestabilidad emocional e ideación suicida.

Algunos autores han señalado que el desarrollo de la depresión postparto se asocia con episodios previos de depresión y ansiedad, estrés, bajo apoyo social, insatisfacción marital, baja autoestima, bajo nivel socioeconómico, menor edad de embarazo y el tener un embarazo no planeado [4, 37, 19, 29].

Un componente distintivo de la depresión postparto es la vivencia de niveles excesivos de ansiedad, algunas veces siendo el síntoma más significativo [5]. El hallazgo de que los síntomas de ansiedad son más comúnmente una característica de las depresiones postparto, que de las depresiones en otro momento de la vida, proporciona evidencias relevantes para concebir a la depresión Postparto como una construcción diagnóstica específica [22].

Beck e Indman [5] destacan que la presencia conjunta de ansiedad elevada y de depresión, significa un daño mayor para las madres y para sus familias debido a la sobreexcitación emocional, la irritabilidad y la falta de control emocional. Della Vedova [12] encontró que los estados perinatales maternos de depresión y ansiedad están relacionados con el aumento del temperamento difícil

en los recién nacidos y con dificultades en el desarrollo del lactante. Es su trabajo de revisión, Austin [1] concluye que existen evidencias de que el estado mental materno durante el embarazo puede tener un impacto significativo en los resultados de salud mental y conductual de sus hijos, y que debido a eso, es importante ofrecer intervenciones eficaces a las madres angustiadas, ansiosas y deprimidas durante el embarazo. Diversos estudios indican que hay ciertas variables socio-demográficas que suelen actuar como factores de riesgo para experimentar depresión y ansiedad, como lo son ser madres jóvenes con un bajo nivel de educación [20], y tener menores ingresos [14, 20].

Debido a que los trastornos de depresión y ansiedad suelen coexistir [30], varios autores han señalado la importancia de distinguir entre la depresión postnatal y la ansiedad postnatal [23, 30]. Una dificultad que han encontrado a la hora de realizar esta distinción es que la ansiedad en el postparto es generalmente comprendida bajo los diagnósticos de depresión. Este enfoque exclusivo en la depresión puede tener como consecuencia que casos de ansiedad no sean detectados ni tratados [32].

Algunas investigaciones indican que los trastornos de ansiedad y depresión postparto son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en las madres luego del nacimiento, y que hay un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad postparto y depresión en el caso de una historia previa [30]. En línea con estos hallazgos, Cooper y Murray [11] encontraron que las mujeres que experimentaban la recurrencia de una depresión previa estaban en riesgo de sufrir más episodios depresivos en otros momentos de su vida, pero no en el período postparto, y que aquellas que habían experimentado depresión por primera vez al dar a luz estaban en alto riesgo de sufrir nuevos episodios de depresión postparto, pero no en otros momentos de la vida. Estos hallazgos sugieren una referencia nosológica específica para el concepto de depresión postnatal [11].

La ansiedad es definida como la consecuencia emocional de enfrentarse a una amenaza real o imaginada, o bien al sentir que no se dispone de conocimiento o preparación para

encarar determinada situación [40]. Se ha comprobado que las mujeres generalmente muestran mayores niveles de ansiedad que sus parejas [41] así como también mayores niveles de depresión. Algunos estudios han señalado que la ansiedad posee mayor prevalencia que la depresión en mujeres, tanto antes como después del nacimiento de su hijo [27]. Sin embargo, Figueiredo y Conde [16] encontraron que la depresión es más prevalente que la ansiedad en las mujeres durante el embarazo y los 3 meses de postparto.

Barlow [2] propone comprender la ansiedad a partir de modelos diátesis-estrés, según los cuales los acontecimientos negativos de la vida interactúan con vulnerabilidades preexistentes del individuo, dando por resultado desórdenes emocionales. Entiende que la ansiedad es un estado de ánimo orientado al futuro, en el que la persona muestra aprensión frente a los eventos negativos venideros, acompañado de un fuerte componente fisiológico o somático. Este estado suele caracterizarse por una sensación de falta de control ante posibles amenazas o peligros que generan sentimientos de impotencia, los cuales radican en la incapacidad percibida por la persona para predecir, controlar u obtener los resultados deseados en ciertas situaciones. En línea con esto, Rost y Schermer [38] conceptualizan a la ansiedad como un estado de excitación y tensión que se correlaciona con reacciones somáticas, psíquicas y de comportamiento específicas, que se caracteriza por la anticipación, el sentimiento real o el recuerdo de una inseguridad real o virtual subjetivamente relevante, o por una amenaza, así como sus consecuencias, activada por señales.

Por otro lado, Sarason [39] sostiene que al analizar la ansiedad deben tenerse en cuenta en primer lugar las propiedades objetivas de la situación que la ha motivado, y luego centrarse en las interpretaciones que hace el individuo ya que las situaciones proporcionan información y cada persona la procesa de una manera diferente, siendo decisiva la evaluación subjetiva de una situación como amenazadora para el despertar real de la ansiedad.

Sarason [39] explica que el individuo en una situación dada puede no sentirse a la altura

de los requisitos situacionales, es decir que sus respuestas disponibles son percibidas como inadecuadas, y esta incapacidad percibida de manejar un reto o un asunto inconcluso de una manera satisfactoria, puede generar elevados niveles de ansiedad. En relación con esto, se ha comprobado que el embarazo y la transición a la paternidad implican cambios psicológicos y sociales importantes en los futuros padres, y cuando estos perciben que no son capaces de cumplir con las demandas de sus hijos ocurre un aumento en las tasas de ansiedad y síntomas de depresión.

En los últimos años se ha llevado a cabo una serie de investigaciones en las que se estudia en conjunto la depresión y la ansiedad en madres. En el estudio de Bell *et al.* [6] se indagó la asociación entre distintos factores del nacimiento, la experiencia que la madre tuvo del parto, y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Llegaron a la conclusión de que haber presentado síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo, y tener antecedentes de psicopatología, se asocian con la presencia de ansiedad y depresión luego del parto. Además, la ansiedad de las madres se asociaba con una percepción negativa del parto.

Algunos estresores se han identificado como factores de riesgo para que las madres presenten depresión y ansiedad en el período perinatal. En su estudio cualitativo, Marshall y Thompson [29] encontraron que el sueño y el llanto del bebé, el amamantamiento y el cansancio de la madre son algunos de los estresores destacados por las mujeres con hijos entre los seis y los once meses. Además de identificar la vivencia de distintos estresores, Farr *et al.* [15] investigaron las características sociodemográficas de las madres, como factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y de depresión postparto. El consumo de alcohol, de tabaco y los problemas financieros fueron destacados por los autores como características que se vinculan con la presencia de estos trastornos. A su vez, informan que existe elevada correlación y comorbilidad entre depresión y ansiedad.

Los factores de riesgo para el desarrollo de depresión y de ansiedad en madres luego del

parto también fueron estudiados por Sockol y Battle [42]. Encontraron que las actitudes maternas rígidas y disfuncionales, se correlacionan fuertemente con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en madres no primerizas. También hallaron que las madres sin pareja o que no conviven con ella, tienen más síntomas de ansiedad, mientras que percibir un elevado apoyo social se traduce en experimentar menos ansiedad.

Por su parte, Della Vedova [12] estudió la forma en la que la depresión, la ansiedad y algunos factores intra e interpersonales de la madre, sirven para predecir el temperamento del bebé, poniendo el foco en las consecuencias del padecimiento de las madres. Los resultados dieron cuenta de una disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa de la madre con el pasar del tiempo, debido a la disminución de sus miedos y preocupaciones, una vez enfrentadas las situaciones temidas luego del nacimiento. Adicionalmente, percibir que el temperamento del bebé era menos agitado y más dócil, está determinado por tener un elevado apoyo de la pareja, haber amantado y tener un nivel educativo elevado.

Durante los últimos años, numerosas investigaciones han buscado establecer la asociación entre la ansiedad y la depresión materna con diversas variables sociodemográficas [7, 17, 31, 34, 35]. Algunos estudios identificaron que la edad materna no se relaciona significativamente con la depresión y ansiedad [31]. No obstante, otras investigaciones encontraron que existe relación entre la pobreza, el nivel de educación y la violencia de pareja, y la depresión materna. Es importante destacar que estos estudios no han podido establecer relación entre la ansiedad materna y dichas variables [17]. Por otro lado, [en](#) un estudio realizado por Clout y Brown [10] se encontró que las mujeres que tenían altos ingresos presentaban menos riesgo de sufrir estrés, ansiedad y depresión, en comparación con aquellas madres que tenían ingresos más bajos.

En cuanto a la planificación del embarazo, las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado presentaban mayores niveles de ansiedad con respecto a aquellas con embarazos planificados [9]. Acerca del tipo de

parto, diversos estudios han hallado que las madres que han tenido a sus hijos por cesárea presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que las madres que han tenido a sus hijos de manera natural [25, 26, 36]. Ahora bien, hay numerosas investigaciones que manifiestan no haber encontrado relación entre el tipo de parto y dichas variables [27].

Con relación a la cantidad de hijos, algunos estudios han encontrado que las madres primíparas tienen más riesgo de sufrir ansiedad que las madres multiparas [24]. Por otro lado, no se han encontrado diferencias entre la depresión materna y la cantidad de hijos [8, 13, 27].

Finalmente, se halló que la preferencia de género a favor de los niños está relacionada con la depresión materna; siendo las madres con hijas mujeres las que presentaban mayores niveles de depresión [18].

En función de lo expuesto, queda en evidencia que la maternidad no solo implica cambios biológicos, sino que también, provoca cambios a nivel social, cultural y psicológico. Es decir, que la maternidad implica una sucesión de secuencias complejas: pubertad, fecundación, parto, lactancia, crianza, educación y separación [33].

En consecuencia, la maternidad es un fenómeno psico-biológico, y también una crisis evolutiva y vital, que reactiva los problemas del pasado y potencia los problemas del presente —afectando, en su mayoría, los vínculos con los otros— [33]. Esta crisis evolutiva es atravesada por la madre en función de su historia personal, su estructura de personalidad, la situación presente, las características del bebé y la ubicación de este niño.

Es por ello que el objetivo de esta investigación fue analizar si existe relación entre la depresión y la ansiedad en madres con hijos menores de 2 años. De igual manera, se buscó conocer si los niveles de ansiedad y depresión se encuentran asociados a variables socio-demográficas tales como: edad materna, edad de la pareja, edad de su hijo, nivel de estudios, situación laboral paterna y materna, cantidad de hijos, embarazo planificado y nivel socio-económico.

## Metodología

### *Diseño y tipo de estudio*

No experimental, transversal, correlacional.

### *Participantes*

Se recolectó una muestra no probabilística de sujetos voluntarios en la que participaron 134 mujeres adultas que tenían en promedio 30.99 años ( $DE= 5.343$ ). El 67.2% ( $n= 90$ ) de las participantes trabajan y el 32.8% ( $n= 44$ ) restante se encuentran desempleadas.

Con respecto al nivel educativo, la mitad de la muestra (23.9%) estaba cursando o poseía secundario completo ( $n= 32$ ). El 27.6% ( $n= 37$ ) refería tener estudios universitarios completos, el 13.4% manifestó estar cursando una carrera universitaria ( $n=18$ ). Con relación a estudios terciarios, el 17.9% manifestó tener terciario completo ( $n= 24$ ). El 17.2% restante presentaba un nivel de estudios superiores ( $n= 23$ ).

En cuanto al nivel socioeconómico, el 55.2% ( $n= 74$ ) pertenece a un nivel medio; el 37.3% ( $n= 50$ ) a un nivel bajo; y el 7.5% a un nivel alto ( $n= 10$ ).

En relación con la situación de pareja, el 91.8% ( $n= 123$ ) se encontraba en una relación estable y en convivencia, y el 8.29% ( $n= 11$ ) estaban separados.

En referencia a la situación laboral de la pareja, el 80.6% ( $n= 108$ ) de las participantes indicó que su pareja posee un empleo, mientras que el 19.4% ( $n= 26$ ) restante manifestó que su pareja se encuentra desempleada.

En cuanto a la cantidad de hijos, el 55.2% ( $n= 74$ ) fueron madres por primera vez; el 27.6% ( $n= 37$ ) tenían 2 hijos; y el 17.2% ( $n=27$ ) tenían 3 o más hijos. En lo que se refiere a la planificación del embarazo, el 59.7% ( $n= 80$ ) manifestó haberlo planificado; y el 40.3% restante indicó que no había sido buscado ( $n= 54$ ).

Con relación al bebé, la edad promedio era 11.64 meses ( $DE= 10.407$ ). En cuanto al sexo, el 53.7% ( $n= 72$ ) eran mujeres; y el 46.3% ( $n= 62$ ) eran varones. La mayoría nació por cesárea (68.7%;  $n= 92$ ) y el resto por parto normal (31.3%;  $n= 42$ ).

La mayoría de los participantes (97.7%;  $n=131$ ) residían en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense; y el 2.3% ( $n=3$ ) vivían en el interior del país. Con relación a la nacionalidad, el 100% de la muestra eran argentinos ( $n=134$ ).

## Materiales

*Protocolo encuesta sociodemográfica.* Se solicitaba a los participantes una serie de datos relacionados al sexo del bebé, la salud del mismo y al parto. Además, de solicitarle datos sociodemográficos.

*Inventario de depresión de Beck II.* Se utilizó la segunda edición del Inventario de depresión de Beck (BDI-II) adaptado en Argentina [3] consta de 21 grupos de afirmaciones que se refieren a síntomas depresivos. Los participantes deben elegir forzosamente una afirmación de cada grupo, que se puntúa de 0 a 3, correspondiendo el mayor puntaje a la afirmación que refleje sintomatología depresiva más severa. Según los autores, el BDI-II es una modificación del BDI que se adapta mejor a los criterios del DSM-IV. La consistencia interna de la adaptación argentina del BDI-II es de  $\alpha=.83$  para esta muestra.

*Escala para la ansiedad de Hamilton —HAS—* (Hamilton, 1969, adaptada por: Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Ré, Badia & Baró, [28]. Esta escala consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. La consistencia interna de la adaptación argentina del HAS es de  $\alpha=.89$  para esta muestra.

## *Procedimiento*

Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación, luego de obtener la aprobación del comité de ética de las instituciones, se les **pidió** a los participantes que firmen un consentimiento informado en el cual se explicaban los objetivos de esta investigación. Igualmente se les indicó que la participación era voluntaria y anónima. El criterio para ser incluidas en la muestra era que las madres tuvieran hijos menores de 2 años. Asimismo, las madres

debían tener entre 18 y 40 años, comprender el idioma castellano, saber leer y escribir.

Como criterio de exclusión se consideró a las madres de la muestra cuyos bebés tenían alguna enfermedad de tipo genética y/o hereditaria.

Los cuestionarios fueron administrados personalmente por los investigadores a las madres que se encontraban en la sala de espera de la clínica y/o hospital en el sector de pediatría, durante el año 2016/2017

Los instrumentos antes descriptos formaban parte de una batería de pruebas con el propósito de obtener información sobre variables psicológicas relacionadas a la construcción de la maternidad.

#### Análisis estadísticos

Para el análisis de datos se realizaron correlaciones *r* de Pearson, y se seleccionaron las correlaciones con tamaños del efecto superiores a mediano ( $r = .30$ ; Cohen, 1992). Asimismo, se utilizaron pruebas *t* de Student y análisis de la varianza (ANOVA) para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas según las variables sociodemográficas con las variables de estudio.

La carga de los datos, así como el análisis de los mismos fueron efectuados con el programa procesador SPSS versión 20.

#### Resultados

Esta investigación tuvo por objetivo principal analizar si existe relación entre la depresión y la ansiedad en madres con hijos menores de 2 años. En la tabla 1 se observa que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables. Dicha correlación presenta un tamaño del efecto alto ( $r \geq .50$ ).

**Tabla 1. Relaciones entre el Inventario de Depresión de Beck II y la Escala para la Ansiedad de Hamilton**

	<i>Ansiedad</i>
<i>Depresión</i>	.723**

\*\*  $p < .01$

De igual manera se propuso buscar si existen diferencias entre la depresión, la ansiedad y las variables sociodemográficas tales

como: sexo del bebé, edad materna, edad de la pareja, edad de su hijo, nivel de estudios, situación laboral paterna y materna, cantidad de hijos, planificación del embarazo y nivel socioeconómico.

Para ello, como primer paso, se obtuvieron las puntuaciones de ambas técnicas, luego se realizó una prueba *t* de Student para analizar si existen diferencias individuales según el sexo del hijo (varón o mujer). Los resultados obtenidos, enseñaron que existen diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad ( $t_{(132)} = -2.359$ ;  $p < .05$ ), la depresión ( $t_{(132)} = -1.958$ ;  $p < .05$ ) y el sexo del hijo (ver tabla 2).

**Tabla 2. Relación entre ansiedad, depresión y sexo del hijo**

	Masculino <i>n</i> =62	Femenino <i>n</i> =72	Prueba $t_{(132)}$
	Media (DE)	Media (DE)	
Ansiedad	9.45 (8.4)	13.63 (11.53)	-2.359*
Depresión	9.76 (5.83)	12.46 (9.4)	-1.958*

\*  $p < .05$

En segundo lugar, se analizaron las diferencias individuales con relación a la planificación del embarazo utilizando una *t* para muestras independientes.

En la tabla 3 se puede observar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad ( $t_{(132)} = -2.445$ ;  $p < .05$ ), depresión ( $t_{(132)} = -3.332$ ;  $p < .01$ ) y la planificación del embarazo.

En tercer lugar, se comparó el nivel socioeconómico con la puntuación total de ambas escalas (ver tabla 4). Para ello se dividió la muestra en 3 niveles socioeconómicos: nivel 1: alto; nivel 2: medio; nivel 3: bajo. Para la misma se realizó un análisis de la varianza univariado (ANOVA) con contraste *post hoc* Tukey.

Se encontraron diferencias en ambas técnicas (ansiedad:  $F_{(2,133)} = 3.49$ ;  $p < .05$ ; y depresión  $F_{(2,133)} = 7.226$ ;  $p < .01$ ). No obstante, en las comparaciones *post hoc* en relación con la ansiedad, sólo hubo diferencias significativas entre el nivel 1 y el nivel 3 ( $p < .05$ ); y en cuanto a la depresión se encontró diferencias en el nivel 3 con respecto a los niveles 1 y 2.

**Tabla 3. Relación entre ansiedad, depresión y la planificación del embarazo**

	Embarazo planificado n=80		Embarazo no planificado n=54		Prueba $t_{(132)}$
	Media	(DE)	Media	(DE)	
Ansiedad	9.93	(8.25)	14.31	(12.5)	-2.445*
Depresión	9.38	(6.16)	13.93	(9.65)	-3.332**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ **Tabla 4. Relación entre ansiedad, depresión y nivel socioeconómico**

	Nivel 1 n=10 (a)	Nivel 2 n=74(b)	Nivel 3 n=50(c)	ANOVA F F (2.133)	Tukey-b
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
Ansiedad	8.20 (5.63)	10.18 (9.48)	14.64 (11.7)	3.495**	(a)y(c)
Depresión	7.60 (6.29)	9.53 (7.14)	14.42 (8.65)	7.226*	(c)>(b)>(a)

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ 

En cuarto lugar, se examinó si existen diferencias individuales en cuanto a la depresión y ansiedad según la situación laboral de la pareja (ver tabla 5). Para ello, se utilizó la prueba *t* para muestras independientes, cuyos resultados demuestran que hay diferencias en las variables ansiedad ( $t_{(132)} = -2.419$ ;  $p < .05$ ) y depresión ( $t_{(132)} = -4.062$ ;  $p < .01$ ).

En quinto lugar, se analizaron las diferencias según la situación laboral materna. Para la misma se realizó la prueba *t* para muestras independientes, cuyos resultados demuestran que hay diferencias entre la situación laboral materna y la depresión ( $t_{(132)} = -2.885$ ;  $p < .01$ ) (ver tabla 6).

#### Relación entre ansiedad, depresión y situación laboral de la pareja

	Trabaja n=108	Desocupado n=26	Prueba $t_{(132)}$
	Media (DE)	Media (DE)	
Ansiedad	10.65 (9.68)	16.04(12.16)	-2.419*
Depresión	9.90 (6.48)	16.65(11.23)	-4.062**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ;

En sexto lugar, se analizaron las diferencias según la edad de la madre. Para llevar a cabo este análisis se dividió la muestra en tres grupos, tomando la clasificación establecida por Griffa y Moreno [21], grupo 1: 18-25 años (Juventud/segunda adolescencia); grupo 2: 26-30 años (Adulthood temprana); y

grupo 3: 31-40 años (Adulthood media). Para determinar si existen diferencias se efectuó un análisis de la varianza de una dirección (ANOVA *One Way*) con contraste *post hoc* Tukey. Se encontró que existen diferencias entre la edad materna y la variable depresión ( $F_{(2,169)} = 5.465$ ;  $p < .05$ ) para el grupo de edad 1 y el grupo de edad 3 ( $p < .05$ ) (ver tabla 7).

Finalmente, no se encontró relación entre depresión y ansiedad y las variables: edad de la pareja, edad del hijo, cantidad de hijos, tipo de parto y nivel de educación materna.

#### Discusión

Los estudios citados en esta investigación sostienen que las características individuales, familiares y contextuales, inciden en la manera en la que se desarrolla el ejercicio de la maternidad y por ende el vínculo con el hijo. En los últimos años se ha llevado a cabo una serie de investigaciones en la que se estudia en conjunto la depresión y la ansiedad en madres. Es por ello que el objetivo principal de esta investigación fue analizar si existía relación entre la depresión y la ansiedad en madres con hijos menores de 2 años.

Los resultados de esta investigación permiten afirmar que existe relación entre la ansiedad y la depresión en madres. Esto se relaciona con la investigación realizada por Bell *et al.* [6] la cual sostiene que existe una asociación entre la ansiedad y depresión luego

**Tabla 6. Relación entre ansiedad, depresión y situación laboral de la madre**

	Trabaja n=90	Desocupado n=44	Prueba t <sub>(132)</sub>
	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	
Ansiedad	11.02 (9.63)	13.07(11.76)	-1.072 <sup>ns</sup>
Depresión	9.94 (6.37)	14 (10.2)	-2.885**

ns= no significativo

\*\* p&lt;.01

**Tabla 7. Diferencias entre ansiedad, depresión y la edad materna**

	Grupo 1 n=32 (a)	Grupo 2 b=35 (b)	Grupo 3 n=103 (c)	ANOVA F (2,169)	Tukey-b
	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>		
Ansiedad	18.53 (4.08)	19.69(4)	20.69(3.81)	3.947 <sup>ns</sup>	
Depresión	26.65 (5.25)	28.22(5.20)	30 (5.26)	5.465*	(a)y(c)

ns= no significativo

\*p&lt;.05

del parto. Dentro de esta misma línea, Hendrick, Altshuler, Strouse y Grosser [22] sostienen que los síntomas de ansiedad son más comúnmente una característica de las depresiones posparto que de las depresiones en otro momento de la vida.

Asimismo, Beck e Indman [5] encontraron que la presencia conjunta de ansiedad elevada y de depresión significa un daño mayor para las madres y para sus familias debido a la sobreexcitación emocional, la irritabilidad y la falta de control emocional. A su vez, Della Vedova [12] encontró que los estados perinatales maternos de depresión y ansiedad están relacionados con el aumento del temperamento difícil en los recién nacidos y con dificultades en el desarrollo del lactante.

Como se mencionó a lo largo de esta investigación, diversos estudios hallaron que hay ciertas variables sociodemográficas que suelen actuar como factores de riesgo para experimentar depresión [14, 20]. Es por ello que parte de esta investigación buscó conocer si los niveles de ansiedad y depresión se encontraban asociados a variables socio-demográficas tales como: edad materna, edad de la pareja, edad de su hijo, relación de pareja, nivel de estudios, situación laboral paterna y materna, cantidad de hijos, embarazo planificado y nivel socio-económico.

Con respecto a si existían diferencias individuales según el sexo del hijo (varón o mujer), se encontró que tanto la ansiedad, como la depresión variaban según el sexo del hijo, **al respecto** las madres con hijas mujeres presentaban mayores niveles de depresión y ansiedad que las madres con hijos varones. Esto se relaciona con lo hallado por Gausia *et al.* [18], quienes encontraron que la preferencia de género a favor de los niños está relacionada con la depresión materna; siendo las madres con hijas mujeres las que presentaban mayores niveles de depresión.

En cuando a la existencia de diferencias individuales con relación a la planificación del embarazo, se encontró que las madres que no han planificado el embarazo tienen mayores niveles de ansiedad y depresión. Esto afirma lo expuesto por Cheng *et al.* [9] quienes sostienen que las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado presentaban mayores niveles de ansiedad con respecto a aquellas con embarazos planificados.

De igual manera, se comparó el nivel socioeconómico con la puntuación total de ambas escalas y se halló que las madres cuyo nivel socioeconómico es bajo presentan mayor ansiedad que las madres de nivel socioeconómico alto. Así mismo, las madres cuyo nivel socioeconómico es bajo presentan

mayor depresión que las madres de nivel socioeconómico medio y alto. Dichos resultados concuerdan con lo expuesto por Clout y Brown [10] quienes sostienen que las mujeres con altos ingresos presentan menos riesgo de sufrir ansiedad y depresión, en comparación con aquellas madres con ingresos más bajos [14, 20].

También se examinó si existían diferencias individuales en cuanto a la depresión y la ansiedad según la situación laboral de la pareja. Los resultados obtenidos indicaron que las madres cuyas parejas no trabajan, presentan mayores niveles de ansiedad y depresión. Dentro de esta misma variable, se analizó si existía diferencia entre la depresión y ansiedad materna según la situación laboral materna. Los resultados indicaron que las madres que no trabajan presentan mayores niveles de depresión. Con relación a lo expuesto, Farr *et al.* [15] sostienen que los problemas financieros se vinculan con la presencia de estos trastornos, eso significa que existe una fuerte correlación y comorbilidad de depresión y de ansiedad, y que en estos casos es cuando hay mayores niveles de sintomatología.

Asimismo, se analizaron las diferencias según la edad de la madre, encontrando que existen diferencias entre la edad materna y la variable depresión, lo que significa que las madres entre 18-25 años tienden a presentar mayores niveles de depresión que las madres entre 31-40 años. Estos resultados concuerdan con numerosas investigaciones, que indican que hay ciertas variables sociodemográficas que suelen actuar como factores de riesgo para experimentar depresión y ansiedad, como lo son ser madres jóvenes, con un bajo nivel de educación [20], y tener menores ingresos [14, 20, 29].

Finalmente, no se encontraron diferencias entre la ansiedad y depresión materna según: edad de la pareja, edad del hijo, cantidad de hijos, tipo de parto y nivel educativo materno.

Con relación a la variable tipo de parto, esta investigación al igual que numerosos estudios [27] encontró que la ansiedad y la depresión no se encuentran relacionadas a esta

variable. No obstante, en los últimos años Kringeland *et al.* [25], Kuo *et al.* [26], Rauh *et al.* [36], han hallado que las madres que han tenido a sus hijos por cesárea presentan mayores niveles de ansiedad y depresión.

En cuanto a la variable cantidad de hijos, al igual que otras investigaciones [8, 13, 27] no se encontró relación con la ansiedad y la depresión materna.

Los resultados hallados en este estudio concuerdan con lo expuestos por algunos autores, quienes señalan que tanto la depresión como la ansiedad, se relacionan con: bajo apoyo social, insatisfacción marital, baja autoestima, bajo nivel socioeconómico, menor edad de embarazo y el tener un embarazo no planeado [4, 37, 19, 29].

Como limitación de esta investigación, en primer lugar, puede mencionarse la dificultad inherente al empleo de muestras no probabilísticas, en cuanto a que puede acarrear cierto sesgo en la modalidad de recolección de datos ya que no se realizan empleando los métodos de selección al azar. De todos modos, se intentaron equilibrar las características sociodemográficas de manera tal que representen a la población argentina, principalmente de Buenos Aires que es donde se efectuó la investigación. Asimismo, dentro de las limitaciones se encuentra el tamaño de la muestra, debido a los criterios específicos de inclusión que se emplearon.

En virtud de lo expuesto, futuros estudios deberán centrarse en estudiar la influencia de variables psicológicas —tales como: características de la personalidad de la madre, la calidad de la interacción—, y culturales durante el proceso de gestación, nacimiento y primeros dos años de vida.

De igual manera, es importante poder realizar estudios de tipo longitudinal, con el fin de examinar con detalle qué le ocurre a la madre durante el proceso de gestación y nacimiento de su hijo.

Los resultados del análisis del presente trabajo revelan la existencia de situaciones de vida significativas que pueden generar situaciones de riesgo psicológico durante el

embarazo, nacimiento y puerperio. Esto significa que en el proceso de maternidad y nacimiento intervienen una multiplicidad de factores interrelacionados bio-psico-sociales, que repercuten en el establecimiento de un vínculo saludable con el hijo.

De igual manera, lo hallado en esta investiga-

ción puede ser de gran valor para los psicólogos, pediatras, obstetras, parteras y enfermeras que trabajan en la atención neonatal, ya que se ha demostrado que la detección y el tratamiento temprano de estas sintomatologías permitirán, no solo establecer un vínculo sano entre la madre y el hijo, sino, ~~que~~ también, prevenir la amenaza de parto prematuro [12].

## Referencias

1. Austin M. Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? *Arch Womens Ment Health*. 2004; 7(1):1-6.
2. Barlow D. *Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press; 2004.
3. Beck AT., Steer RA, Brown GK. *BDI-II Beck Depressions-Inventar*. Frankfurt/M: Gregory K. Brown Harcourt Test Services GmbH; 2006.
4. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001; 50(5): 275-85. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>.
5. Beck CT, Indman P. The Many Faces of Postpartum Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005; 34(5): 569-76. doi:10.1177/0884217505279995.
6. Bell AF, Carter CS, Davis JM, Golding J, Adejumo O, Pyra M, Rubin LH. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2005; 19(2): 219-27. doi:10.1007/s00737-015-0555-7.
7. Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord*. 2012; 142(1-3): 219-24. doi:10.1016/j.jad.2012.04.030.
8. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius, R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009; 30(4): 238-43. doi:10.3109/01674820903230708.
9. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009; 79(3):194-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.09.009>.
10. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *J Affect Disord*. 2015; 188: 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.054>
11. Cooper P, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*. 1995; 166(2):191-95.
12. Della Vedova A. Maternal psychological state and infant's temperament at three months. *Reprod Infant Psychol*. 2014; 32(5):520-34.
13. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(10): 1515-20. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06111893.
14. Eastwood J, Phung H, Barnett B. (2011). Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(12):1040-46.
15. Farr SL, Dietz PM, O'Hara MW, Burley K, Ko JY. Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women. *J Womens Health*. 2014; 23(2):120-28. doi:10.1089/jwh.2013.4438
16. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14(3): 247-55.
17. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012; 90(2), 139-149H. doi:10.2471/blt.11.091850
18. Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. *Psychol Med*. 2009; 39(06), 999. doi:10.1017/s0033291708004455
19. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Changes in Depressive Symptoms over 0-9 Months Postpartum. *J Womens Health*. 2011; 20(3): 381-86. doi:10.1089/jwh.2010.2355
20. Goodman S, Rouse M, Long Q, Ji S, Brand S.

- Deconstructing antenatal depression: What is it that matters for neonatal behavioral functioning? *Infant Ment Health J.* 2011; 32(3), 339-61.
21. Griffa MC, Moreno JE. Claves para una Psicología del Desarrollo: Adolescencia, Adultez, Vejez. (Vol. II). Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
  22. Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress. Anxiety.* 2000; 11(2): 66-72.
  23. Heron J, O'Connor T, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004; 80(1): 65-73.
  24. Josefsson A, Angeliö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(2): 223-8. doi:10.1097/00006250-200202000-00011
  25. Kringeland T, Daltveit AK, Miller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway. *Birth.* 2010; 37: 21-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00374.x>.
  26. Kuo SY, Chen SR, Tzeng YL. Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective Cesarean section. *PLoS One.* 2014; 9(1):e86653. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0086653>.
  27. Lee A, Lam S, Sze Mun Lau S, Chong C, Chui H, Fong D. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(5):1102-12.
  28. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E, Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica.* 2002; 118(13): 493-99.
  29. Marshall EJ, Thompson AP. Shedding Light on the Difficulties and Challenges Experienced by Mothers of Infants. *Australian Psychologist.* 2013; 49(1): 44-53. doi:10.1111/j.1742-9544.2012.00093.x
  30. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh D. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *J Affect Disord.* 2003; 74(2): 139-47.
  31. McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Hammarberg K, Wynter K, Saunders D, Fisher J. Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. *Hum Reprod.* 2011; 26(6), 1389-98. doi:10.1093/humrep/der076.
  32. Miller R, Pallant J, Negri L. Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression?. *BMC Psychiatry.* 2006; 6:12.
  33. Oiberman A. Observando a los bebés: técnicas vinculares madre-bebé y padre bebé. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013
  34. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. *PEDIATRICS.* 2013; 131(4): e1218-24. doi:10.1542/peds.2012-2147.
  35. Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K. (2011). Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *J Affect Disord.* 2011; 135(1-3): 77-81. doi:10.1016/j.jad.2011.06.061
  36. Rauh C, Beetz A, Burger P, Engel A, Häberle L, Fasching PA, et al. Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 286(6): 1407-12. doi:10.1007/s00404-012-2470-8
  37. Records K, Rice M, Beck CT. Psychometric Assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised. *J Nurs Meas.* 2007; 15(3): 189-202. doi:10.1891/106137407783095775.
  38. Rost DH, Schermer FJ. The Various Facets of Test Anxiety: A Subcomponent Model of Test Anxiety Research. En Van der Ploeg HM, Schwarzer R, Spielberger CD. (Eds.), *Advances in test anxiety research.* Lisse, Países bajos: Swets & Zeitlinger; 1989. p. 37-52.
  39. Sarason IG. The test anxiety scale: concept and research. En: Spielberger CD, Sarason G. (Eds.). *Stress and Anxiety.* Washington DC: Hemisphere Publishing Corp; 1978. p.193-216.
  40. Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, Shrestha S. Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal. *Int Nurs Rev.* 2014; 61(3): 427-34. doi:10.1111/inr.12118.
  41. Skari H, Skreden M, Malt U, Dalholt M, Ostensen A, Egeland T, Emblem R. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG* 2002; 109(10): 1154-63.
  42. Sockol LE, Battle CL. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Arch Womens Ment Health.* 2015; 18(4): 585-93. doi:10.1007/s00737-015-0511-6