

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN EL EMBARAZO Y SU
RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ARACELI AGUILAR ABREGO
BRENDA ILIANA JIMÉNEZ RAMOS

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MA. ASUNCIÓN LARA CANTÚ

MÉXICO, D. F.

ABRIL 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A Mariana,
mi preciosa hija.
Siempre contigo mi gran amor.*

*Tu mami.
Ara.*

*A mis padres y hermanos,
por todo el apoyo,
consejos y motivaciones.
Con cariño.*

Brenda.

GRACIAS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y a todo su valioso recurso humano, tanto académico como trabajadores, por habernos acogido y porque, gracias a un esfuerzo conjunto, por fin culminamos el anhelo de formarnos como las profesionistas que somos hoy.

A la Dra. Asunción Lara Cantú por la esmerada guía que nos brindó, por su tiempo, interés y dedicación, indispensables para presentar hoy, el fruto de nuestra labor.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por las facilidades brindadas para la realización de éste trabajo.

A Laura, por tu gran ayuda, pero sobre todo, por tu valiosa amistad.

A todas las señoras que participaron en el estudio porque con sus vivencias incrementaron nuestra experiencia y sensibilidad. Esperamos que el beneficio haya sido mutuo.

A todas nuestras admirables profesoras y profesores que nos ilustraron y que nos acompañaron en los fascinantes recovecos de ésta fabulosa profesión.

GRACIAS

A mi hermosa y gran familia por su infinito amor y por todo lo que gracias a ustedes he aprendido y experimentado de la vida hasta hoy. LOS AMO.

A Jesús, por ser un compañero de viaje en uno de los tantos caminos desconocidos que se forjan al andar.

A todas mis otras hermanas y hermanos, porque coincidimos y nos elegimos para reír y llorar albergados en la calidez de un amor incondicional.

A Brenda, porque sin conocernos nos embarcamos en un proyecto que sólo cosas buenas nos ha regalado, este apreciado trabajo y tu chispeante amistad. Gracias por dejarme entrar en tu vida, AMIGA.

A ti, Araceli, por no desistir en tus luchas y batallas, Guerrera de la vida: hoy fortalecida estás. TE QUIERO.

¡Qué más decir!

A ti, vida, por la vida misma.

Gracias.

FELIZ ESTOY.

Araceli

A mis padres Abel y Rosa y a mis hermanos Yali, Lalo y Anel, saben que los quiero mucho a todos.

A mi nueva familia que encontré en el Instituto, Laura (mamá) gracias por tus consejos y apoyo incondicional desde mi llegada al Instituto...Ara (hermanita), me dio mucho gusto haber trabajado contigo esta Tesis, pero más gusto me da, haber conocido a una persona como tú, una gran persona. una amiga, GRACIAS.

A Gaby, Ale, Erika, Claudia, Sofí, Rita y Jaz gracias por su apoyo en todo momento, creo que fuimos un gran equipo...fue un gusto trabajar con ustedes.

A Adrianita, Mandolín, Fabiola, Adriana, Karina, Isra, Peluches y Sandra, quiero agradecerles por estar siempre para mí cuando más los he necesitado, los quiero mucho.

Víc te agradezco mucho el apoyo que me brindaste en todo momento...gracias por eso y mucho más... te quiero mucho.

Brenda

SE ENNOBLECE TU VIDA

Cultivando tres cosas:
La bondad, la sabiduría y la amistad.

Buscando tres cosas:
La verdad, la filosofía y la comprensión.

Amando tres cosas:
La cordialidad, la alegría y la conducta.

Gobernando tres cosas:
El carácter, el lenguaje y la conducta.

Apreciando tres cosas:
La cordialidad, la alegría y la decencia.

Defendiendo tres cosas:
El honor, los amigos y a los débiles.

Admirando tres cosas:
El talento, la dignidad y la gracia.

Excluyendo tres cosas:
La ignorancia, la ofensa y la envidia.

Combatiendo tres cosas:
La mentira, el ocio y la calumnia.

Conservando tres cosas:
La salud, el prestigio y el buen humor.

Anónimo.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo 1. Ansiedad

Capítulo 2. Depresión

Capítulo 3. Ansiedad y Depresión

Capítulo 4. Ansiedad y depresión en el embarazo

Metodología

Resultados

Discusión y conclusiones

Anexo

Bibliografía

*Lo más importante no es trabajar,
sino producir y disfrutar el fruto de nuestro trabajo.*

Roger Patrón Luján.

RESÚMEN

La ansiedad y la depresión son los trastornos mentales que se presentan con mayor frecuencia en la población general. En el embarazo, se ha visto que la ansiedad puede ser un predictor de la depresión posparto y esta a su vez tener consecuencias en la salud física y emocional tanto de la madre como del hijo, incluso en años posteriores. Por ello, los objetivos del presente estudio fueron conocer si las mujeres que presentaban síntomas de ansiedad en un primer momento durante el embarazo incrementarían los síntomas de depresión tres meses después; además analizar cuál es la vinculación entre algunas variables sociodemográficas (edad, escolaridad, nivel de estudios, si vive o no con la pareja e ingresos) y la variable clínica (trimestre de gestación), con dichas sintomatologías. Para ello se evaluaron los síntomas de ansiedad y de depresión en dos momentos distintos, el primero antes de las 26 semanas de gestación y, el segundo, en promedio, tres meses posteriores a la primera evaluación en mujeres embarazadas que asistían a consulta prenatal en tres instituciones de salud de la Ciudad de México. Para evaluar dicha sintomatología se utilizó la subescala de ansiedad del Symptom Check List 90 (Derogatis, 1978) y el Inventario de Depresión de Beck II (Beck, 1996). Los resultados mostraron una correlación moderada estadísticamente significativa ($r_p=.533$, $p<=.003$), lo cual nos indica que la sintomatología ansiosa sí incrementa los síntomas de depresión en la segunda evaluación; sin embargo, no se encontró ninguna relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con dichas sintomatologías. Cabe señalar que este trabajo se desprende de la investigación mayor que se llevo a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría bajo la dirección de la Dra. Ma. Asunción Lara Cantú.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es el desorden psiquiátrico más frecuente en población general. En México, Medina-Mora y colaboradores (2003), encontraron que entre los trastornos mentales, los de ansiedad son los más frecuentes en ésta población, los cuales se presentan en un 14.3% alguna vez en la vida, siendo las mujeres las que la presentan con mayor frecuencia, en un 18.5%.

Por otro lado, la ansiedad se encuentra estrechamente vinculada a la depresión, se han reportado datos de que en pacientes con un desorden de ansiedad, cerca del 45% presentaban un desorden depresivo, y que 40% de pacientes con un desorden depresivo, simultáneamente presentaban uno de ansiedad (Lecubrier, 1998; citado en Cassano, Rossini y Pini, 2003).

También, se ha visto que durante el embarazo son frecuentes altos niveles de trastornos psiquiátricos, los más frecuentes son los de ansiedad y de depresión (Zajicek y Wolkind y Cox, citados por González, Morales y Gutiérrez, 1993). En algunos estudios se ha encontrado que la ansiedad prenatal ocurre frecuentemente superpuesta con depresión y que incrementa la probabilidad de depresión postnatal (Heron, O'Connor, Evans, Holding y Glover, 2004). Por su lado, Tatano (2001); O'Hara y Gorman, (2004); Saisto, Salmela-Aro, Nurmi y Halmesmaki, (2001); Sutter-Dallay, Giacomme-Marcésche, Glatigny-Dallay y Verdoux (2004) confirman dicha relación, reportando que la ansiedad es un posible predictor de la depresión posparto.

En cuanto a la relación de algunos factores psicosociales con la sintomatología ansiosa y depresiva, Andersson, Sundström-Promaa, Wulff, Aström y Bixo (2004), encontraron que factores como la edad,

estatus marital (estar o no casada) y el nivel socioeconómico están asociados a esta condición. También se ha reportado que las mujeres que se encuentran solas y con más hijos están en riesgo de incrementar en severidad dicha sintomatología (Gotlib y cols., 1989; citado en Cunnigham y Zayas, 2002).

En varios de los estudios que se han enfocado a este periodo de vida, han reportado numerosas consecuencias adversas en mujeres que presentan sintomatología ansiosa y/o depresiva durante este periodo, y no solo en ellas sino también en los hijos, inclusive desde que están en el vientre y en años posteriores en la edad escolar (Berle, Mykletun, Dalveit, Rasmussen, Holsten y Dahl, 2005; O'Connor, Heron, Glover y The ALSPAC Study Team, 2002; O'Connor, Heron, Golging y Glover, 2003; Van de Berg y Marchen, 2004; Ross y Malean, 2006; Field y cols., 2003; Heron y cols., 2004; Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004).

El interés por realizar este estudio fue tener un mayor conocimiento sobre la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo, y los factores psicosociales que se relacionan a ella, y así, contribuir a la investigación, ya que existen pocos estudios realizados referentes al tema, en nuestro país; no obstante los datos internacionales y algunos nacionales, que reportan que una gran parte de esta población se ve afectada por tal problema y no recibe la debida consideración a nivel de salud pública.

Los objetivos de este estudio fueron conocer si las mujeres con síntomas de depresión y que presentan síntomas de ansiedad en un primer momento incrementarán los síntomas de depresión tres meses después, así como también, determinar la relación de algunas variables sociodemográficas y clínicas como la edad, el nivel de estudios, si vive o no con la pareja, los ingresos y el trimestre de gestación con dicha sintomatología, en mujeres que ya presentaban síntomas de depresión.

Para ello, nos planteamos las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la relación entre los síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con síntomas de depresión en el embarazo?, ¿Tienen las mujeres con síntomas de ansiedad en un primer momento, mayor probabilidad de incrementar los síntomas de depresión tres meses después de la primer evaluación?, y ¿Cuál es la relación entre algunas variables sociodemográficas y clínicas como la edad, el nivel de estudios, si vive o no con la pareja, los ingresos y el trimestre de gestación con los síntomas de ansiedad y de depresión?.

Para abordar esta problemática se evaluó la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en dos momentos, el primero antes de la semana 26 de gestación y el segundo, en promedio tres meses posteriores a la primera evaluación, en mujeres que asisten a atención prenatal en tres instituciones de la Ciudad de México.

Capítulo 1

ANSIEDAD

*La ansiedad es un arroyito de temor que corre por la mente.
Si se le alimenta puede convertirse en un torrente
que arrastrará todos nuestros pensamientos.*

Anónimo.¹

Sáiz, Durán, Paredes y Bousoño (2003), mencionan que la angustia es un término que en la práctica clínica suele utilizarse como sinónimo de ansiedad, debido fundamentalmente a que en las lenguas anglosajonas no existen vocablos diferenciados (*anxiety* en inglés y *angst* en alemán), para denominar ambos estados emocionales. Estos autores conciben a la ansiedad como un fenómeno psíquico universal que todos experimentamos en mayor o menor medida en la vida cotidiana, el cual activa al sistema nervioso, como consecuencia de estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral.

Por su parte, Ayuso (1988), refiere que la ansiedad y la angustia son matices de la misma expresión y que son dos conceptos difícilmente diferenciables, la angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora. La ansiedad es más psíquica, siendo vivenciada con inquietud y sobresaltos, por ello considera que cuando la ansiedad no es excesiva, ésta es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. Por ello, durante varias décadas la ansiedad fue considerada como una condición natural y benigna en la

¹ Extraído el 7 de abril de 2008, del sitio web:
http://www.portalmix.com/misterios/sentimetometro/nervioso_06.shtml

vida de los seres humanos, la cual no producía ningún efecto negativo en la vida, sino todo lo contrario, era una forma adaptativa a cualquier cambio en el ambiente que nos ayudaba a preparar al organismo para la acción, y así poder enfrentarnos (si su intensidad no es excesiva) a ciertos requerimientos y exigencias concretas de la vida (Rojas, 1998).

En los últimos años se han propuesto los conceptos de *ansiedad normal adaptativa*, que sirve para prepararnos para responder en las mejores condiciones posibles ante circunstancias amenazadoras de riesgo, externas o internas, dando como resultado un crecimiento individual y; por otro lado, la existencia de una *ansiedad patológica*, la cual no es adaptativa, ya que el peligro al que se pretende atender no es real, el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, provocando así, que la persona no sea capaz de generar una respuesta adecuada (Sáiz y cols., 2003; Kaplan y Sadock, 1999).

Dentro de una de las clasificaciones de los trastornos mentales más utilizadas como lo es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ª edición revisada (DSM-IV-TR, 2002), se propone la existencia de una *ansiedad patológica y no patológica*, las cuales poseen varios aspectos que las distinguen, y que se pueden resumir en la siguiente frase: las preocupaciones, en la ansiedad patológica, son difíciles de controlar e interfieren típicamente y significativamente con la actividad general del individuo, ya que son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes y siempre suelen estar acompañados de síntomas físicos tales como, fatiga excesiva, inquietud motora e irritabilidad. Mientras que las preocupaciones normales (ansiedad no patológica) de la vida diaria son más controlables e incluso pueden dejarse para otro momento y no suelen estar acompañadas de síntomas físicos.

1.1. Nosología

La clasificación es fundamental para el conocimiento científico, sobre todo para un diagnóstico clínico, el cual pretende entre muchas otras cosas, determinar a qué grupo de perturbaciones pertenece el trastorno que presenta un determinado sujeto (Jiménez, 1997).

Existen dos formas de clasificar los trastornos psiquiátricos, una de ellas es de forma dimensional y la otra es por categorías. La clasificación dimensional (la cual es muy utilizada en psicología), representa una alternativa a la aproximación por categorías, la cual evalúa un conjunto de características o componentes de una enfermedad o trastorno, que difieren entre sí, en función de la cantidad de atributos. Las dimensiones no representan, en sí, individuos concretos, sino características que, típicamente aparecen en muchos individuos diferentes. Así, la inclusión de un sujeto en una dimensión determinada no excluye que también aparezca representado en otras dimensiones (Jiménez, 1997). El acercamiento dimensional, estipula que los componentes básicos de la función o disfunción psicológica están presentes en algún grado en muchos estados psicológicos o psicopatológicos (Wetzler , van Prag y Katz, 1991).

En ésta forma de clasificación se pueden evaluar diversos continuos como son la intensidad, la duración y el impacto en las funciones diarias de la persona, a lo largo de una escala, desde el nivel más alto al más bajo, lo cual permite la cuantificación de esos componentes (Jiménez, 1997; Arbabzadeh-Bouchez y Lepiné, 2003).

Regularmente se utilizan escalas de autoreporte (Muñoz, Ying, Pérez-Stable y Miranda, 1996; citado por Navarrete, 2003), para evaluar y medir cada uno de esos componentes, dando como resultado la

descripción detallada de la complejidad e individualidad de cada paciente, así como también el perfil de la persona. De tal forma que, gracias a estas mediciones, resulta más fácil determinar el predominio de uno u otro componente, la comparación de perfiles de diferentes personas, o una comparación del perfil de una misma persona en diferentes puntos en el tiempo (Wetzler y cols., 1991). Por ello, la evaluación y medición son una parte fundamental del estudio de los trastornos psiquiátricos; ya que dependiendo de los objetivos o razones que se persigan, la evaluación ayuda a seleccionar, diagnosticar y clasificar los distintos trastornos, para poder describir áreas problemáticas y sintomáticas; la formulación de casos y evaluación de hipótesis clínicas; planteamiento de tratamientos, predecir la conducta y/o evaluar resultados (Nezu, Nezu, McClure y Zwick, 2002).

Una de las escalas más conocidas y utilizadas para la ansiedad, es el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), en el cual, la ansiedad se divide en dos dimensiones, una de ellas es la de *ansiedad-estado*, la cual se refiere a “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. En ésta, los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo”. La segunda dimensión es la *ansiedad-rasgo*, la cual se refiere a “las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado”.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la escala propuesta por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), es una de las más utilizadas, pero no por ello es la única. Algunas otras escalas propuestas,

son: la Lista de 90 Síntomas (SCL-90; Derogatis, 1978); el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Tobal y Vindel, 1988); el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1990); el Four-Dimensional Anxiety and Depression Scale (Bystritsky, Waikar y Vapnik, 1996), entre otras.

La mayoría de estas escalas, dividen los síntomas de ansiedad en cognitivos, motores y fisiológicos (Ochoa, 1997; citado en Jiménez, 1997); sin embargo, Bystritsky y colaboradores (1996), proponen, además de los mencionados, los emocionales y psicológicos.

Por otra parte, la clasificación por categorías, se conforma por conjuntos de síntomas que se supone representan un alto índice de co-ocurrencia. Las categorías, tienen un origen clínico, esto es, se forman a partir de la observación clínica y la inclusión de un sujeto en una categoría, determina su exclusión de las restantes. Este tipo de clasificación es el que se continúa utilizando en los sistemas psiquiátricos, en donde sólo se evalúa la presencia o ausencia del síntoma (Arbabzadeh-Bouchez y Lepiné, 2003) y su duración con base en los criterios diagnósticos de algunos manuales clasificatorios. Los más utilizados y conocidos son el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ª edición" (DSM-IV-TR, 2000) y la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" en su 10ª revisión (CIE-10) (Jiménez, 1997).

Como se mencionó anteriormente, el conocimiento de la clasificación de los trastornos es fundamental para el estudio de éstos, por ello, ahora se describirá la forma en que se encuentran clasificados los trastornos de ansiedad en las dos nosologías más utilizadas.

En el DSM-IV-TR (2002), dentro del capítulo titulado "Trastornos de ansiedad" se incluye a los trastornos de ansiedad generalizada (F41.1). La característica principal de éste trastorno es la ansiedad y la preocupación excesivas durante un periodo superior a seis meses y que

se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultad para controlar este estado de constante preocupación. Se acompaña de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (por ejemplo: manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, problemas para tragar o quejas de tener "algo en la garganta") y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación en este trastorno son variadas y no se limitan a las identificadas para algunos trastornos como es el caso de las crisis de angustia, en donde la preocupación y temor a sufrir una crisis de angustia, es lo que origina la crisis; en la fobia social, la situación que provoca ansiedad es el miedo a quedar mal en público, por mencionar algunas.

A menudo las personas que presentan este trastorno, no reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una gran dificultad para controlarlas y les provoca malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica general y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

En el siguiente cuadro, se exponen los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR para los Trastornos de Ansiedad Generalizada.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

A. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de 6 meses.

B. Al sujeto le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes:

1. inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Por otro lado, en la CIE-10 (1992), se incluyen a los trastornos de ansiedad generalizada en el capítulo titulado: "Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos", dentro del apartado: "Otros trastornos de ansiedad", en donde se menciona que la característica fundamental de éste trastorno, es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia "flota libremente"). Los síntomas

principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o algunos de sus parientes.

De manera general, se puede decir que si la finalidad principal de la evaluación es el diagnóstico, los instrumentos categóricos son más convenientes; sin embargo, si se evalúa para conocer la severidad de un trastorno los instrumentos dimensionales son los apropiados (Arbabzadeh-Bouchez y Lepiné, 2003).

Ya que se revisaron las dos formas de clasificación de los trastornos mentales y se puntualizó la importancia del conocimiento de éstas, cabe señalar que en el presente trabajo sólo se utilizará la clasificación dimensional, ya que se utilizaron escalas para medir las variables evaluadas en este trabajo.

1.2. Epidemiología

Entre todos los trastornos psiquiátricos, los de ansiedad son los más frecuentes en la población general, excediendo a los del estado de ánimo. Se estima que en la población estadounidense, la prevalencia de algún trastorno de ansiedad durante la vida es de un 16.2% a un 24.9% (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan y Löwe, 2007; Kessler y cols., 1994, citado en Craske y Zucker, 2002) y de un 19.5% en la población que acude a alguna clínica de primer nivel de atención (Conway, Comptom y Stinson, 2006). En algunos otros reportes de ese país, se menciona que el 3% de la población presenta un trastorno de ansiedad

generalizada (GAD), siendo las mujeres las que más la padecen (Judd y cols., 1998).

En México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), Medina-Mora y colaboradores (2003), encontraron que en la población general, los trastornos más frecuentes eran los de ansiedad, lo que concuerda con estudios de otros países. En cuanto a los Trastornos de ansiedad generalizada, se reporta que estos se presentan en un 1.2% alguna vez en la vida, 0.7% en los últimos 12 meses y 0.4% en el último mes, siendo las mujeres las que lo presentan con mayor frecuencia en algún momento de su vida 1.6%, en contraste con los hombres 0.7%.

En este mismo estudio, se reporta que la región conformada por las tres áreas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey) muestran la prevalencia más elevada de cualquier trastornos de ansiedad, en comparación con las otras cinco regiones seleccionadas (Noroeste, Norte, Centro-oeste, Centro-este y Sureste), presentándose en un 15.2%, 7.6% y 3.4% alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en el último mes, respectivamente (Medina-Mora y cols., 2003).

También Medina-Mora y colaboradores (2003), reportan que, éstos trastornos resultaron ser los más prevalentes y los más crónicos, con edades de inicio muy tempranas, lo cual concuerda con lo reportado en otros estudios, en donde se menciona que aproximadamente un 62% de las personas diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad en la adultez, ya habían sido diagnosticadas en la niñez y/o adolescencia (Newman y cols., 1996; citado por Craske y Zucker, 2002).

Se ha visto que el inicio o desarrollo temprano de estos trastornos, hace que su evolución, sobre todo del trastorno de ansiedad generalizada, sea crónica y con periodos de mayor intensidad sintomática. Esta intensidad depende de diversos factores, entre ellos los

trastornos comórbidos, el apoyo ambiental, la biología del trastorno y la duración de la enfermedad (Papp y Kleber, 2004).

Debido a ésta cronicidad, en varios estudios se han reportado que las personas que padecen algún trastorno de ansiedad tienden a presentar varias dificultades en su vida diaria; uno de estos estudios es el realizado por Kroenke y colaboradores (2007), en el cual mencionan que el 32% a 43% de los pacientes con síntomas de ansiedad reportan que su sintomatología les provocó dificultades para realizar su trabajo y convivir con otras personas, lo cual se vio reflejado en su menor funcionalidad social; más días de incapacidad y mayor número de visitas al médico en los últimos tres meses, en otras palabras, su calidad de vida fue afectada por este padecimiento.

Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia y cronicidad de los trastornos de ansiedad, los pacientes no son diagnosticados ni tratados, ya que el diagnóstico se complica debido a que la mayoría de éstos presentan comorbilidad con otros padecimientos (Stein, 2003). Se estima que aproximadamente el 41% de estos pacientes no son atendidos, es decir, no están bajo tratamiento (Kroenke y cols., 2007), lo cual da como resultado una condición que incapacita y cuesta a las personas que lo padecen y al sistema de salud, ya que tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud (Stein).

1.3. Etiología

Como se explicó anteriormente, la ansiedad afecta a gran parte de la población, provocando deterioro en la persona y costos para los servicios de salud, por ello, éste problema ha sido estudiado durante

varios años, en los cuales se han encontrado los hallazgos que a continuación mencionaremos.

a) Factores genéticos

En las últimas investigaciones se ha comenzado a estudiar el papel que juega la genética en los trastornos de ansiedad. En un trabajo reciente de Kaplan y Sadock (1999), se menciona que aproximadamente un 4% de la población con ansiedad presenta una variante polimórfica del gen del transportador de la serotonina, produciendo menor número de transportadores, lo que da como resultado un nivel de ansiedad mayor, con lo que se concluye que existe, al menos algún componente genético, el cual contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad.

b) Factores biológicos

Las investigaciones biológicas de la ansiedad se han desarrollado a partir de estudios preclínicos con modelos de ansiedad en animales, de pacientes en los que se identifican factores biológicos, del conocimiento de neurociencias básicas y de las acciones psicoterapéuticas de los fármacos (Kaplan y Sadock, 1999).

En los estudios realizados en animales y los de respuesta a algunos tratamientos farmacológicos (por ejemplo a las benzodiazepinas), se han podido identificar los tres sistemas principales implicados en los trastornos de ansiedad, los cuales son el serotoninérgico, el noradrenérgico y el GABAérgico (Sánchez, Fernández, Iglesias y González, 2003; Kaplan y Sadock, 1999). Según Kaplan y Sadock, los pacientes con ansiedad tienen una escasa regulación del sistema noradrenérgico, con estallidos ocasionales de actividad; una regulación anormal del sistema serotoninérgico, así como también, un

funcionamiento anormal de sus receptores del ácido gamaminobutírico (GABA).

Por otro lado, las investigaciones realizadas con pacientes ansiosos, en las cuales se han utilizado estudios estructurales de imagen cerebral, como por ejemplo la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada, se ha visto que existen anomalías en el hemisferio derecho pero no en el izquierdo, además de un aumento en el tamaño de los ventrículos cerebrales, lo cual puede sugerir que en éste tipo de pacientes existe una asimetría cerebral (Sánchez y cols., 2003; Kaplan y Sadock, 1999).

Por su parte, los estudios funcionales de imagen cerebral, como por ejemplo la tomografía de emisión de positrones, la tomografía computarizada por emisión de fotón único y la electroencefalografía de pacientes con trastorno de ansiedad, han revelado frecuentes anomalías en el córtex frontal, en las áreas occipitales (la cual ha sido punto central para algunos investigadores, dado que posee la mayor concentración de receptores benzodiazepínicos del cerebro), en las áreas temporales, en los ganglios basales y el sistema límbico (Kaplan y Sadock, 1999).

En los estudios realizados con tomografías por emisión de positrones, se han observado que en pacientes con ansiedad existe una disminución en la tasa de metabolismo en los ganglios basales, sustancia gris, sistema límbico y corteza cerebral, en comparación con sujetos control normales (Sánchez y cols., 2003; Kaplan y Sadock, 1999).

A su vez, los estudios realizados con electroencefalograma (EEG) del sueño, se han observado anomalías en los ritmos alfa y en los potenciales evocados, ya que las personas con algún trastorno de ansiedad presentan mayor fragmentación del sueño delta, una disminución en latencia, densidad y en el tiempo total de las fases del

estadio 1 del sueño y sueño REM (Sánchez y cols., 2003; Kaplan y Sadock, 1999).

c) Factores psicosociales

En algunas otras investigaciones, autores como Craske y Zucker (2002), hablan de “factores de riesgo” que sin pertenecer a un enfoque en específico, son el resultado de las investigaciones llevadas a cabo con personas que padecen estos trastornos. Los factores de riesgo que se han asociado a esta condición son el género, pues se ha encontrado que las mujeres son más propensas a padecer estos trastornos, lo cual se explica por variables biológicas y estereotipos culturales (que se convierten muchas veces en demandas sociales); temperamento, afectividad negativa (miedo, tristeza, culpa y hostilidad), estresores de vida, padres ansiosos y conductas aprendidas de los padres.

1.4. Teorías psicológicas de los trastornos de ansiedad

Tres de las más importantes escuelas psicológicas (psicoanalítica, cognitivo-conductual y existencial) han contribuido a la creación de marcos teóricos que explican las causas de la ansiedad. Cada propuesta posee una utilidad conceptual y práctica para tratar estos trastornos (Kaplan y Sadock, 1999). A continuación se describirán cada una de ellas.

a) Teoría psicoanalítica

Sigmund Freud, fue el fundador y uno de los más importantes exponentes de ésta corriente, el cual propuso una teoría que explicara el origen de la ansiedad. Este autor argumentaba que toda la vida mental existe en dos planos, los cuales se situaban dentro de la esfera de la conciencia y dentro de otra más inaccesible denominada el inconsciente (Freud, 1926/1959; citado por Milrod, Cooper y Shear, 2004).

En sus primeras formulaciones, Freud sostenía que la ansiedad era resultado de una descarga de energía sexual reprimida, a la cual llamo *libido*. Cuando ésta energía sexual producía imágenes mentales amenazadoras, eran reprimidas y, al ser bloqueadas éstas imágenes, la energía libidinal se acumulaba y se transformaba inmediatamente en una ansiedad "flotante" o en síntomas (algunas veces físicos) equivalentes a la ansiedad (Spielberger, 1979).

Posteriormente, Freud describió a la ansiedad como el resultado de un conflicto psíquico entre deseos inconscientes, sexuales o agresivos (ello) y las amenazas de perder el control del superyó. Como respuesta a esta señal, el yo moviliza los mecanismos de defensa (por ejemplo la represión), para evitar que pensamientos y sentimientos inaceptables emerjan al conocimiento consciente. Por ello, Freud propone que la ansiedad es lo que produce represión y no, como anteriormente creía, que la represión es lo que produce ansiedad, dando como resultado la activación de los mecanismos de defensa (Sánchez y cols., 2003; Kaplan y Sadock, 1999). De tal forma que, los síntomas de ansiedad constituyen el fracaso de las defensas de carácter adaptativo frente a las fantasías inconscientes inadmisibles y también episodios de irrupción amenazadora del inconsciente en la conciencia (Shapiro, 1992; citado por Milrod y cols., 2004).

Más adelante en su teoría, Freud enfatizó la importancia que la respuesta de ansiedad tiene ante la presencia del peligro, la cual sirve al sujeto como un indicador de la necesidad de algún tipo de adaptación. Por ello, distinguió dos fuentes potenciales de peligro, una de ellas es la que puede provenir del mundo exterior y la otra es la que surge de los propios impulsos, pensamientos o sensaciones interiores de la persona (Spielberger, 1988).

Freud consideraba que los peligros internos, de relevancia psicológica, que podían llevar a la erupción de la ansiedad, cambiaban con las etapas de la vida; proponía la existencia de jerarquías de ansiedades, las cuales se relacionan con los diferentes estadios del desarrollo propuestos por esta teoría. La primer ansiedad es la que puede estar relacionada con el miedo a la aniquilación o a la fusión con otra persona. En un nivel mayor, la ansiedad está relacionada con la separación o pérdida del objeto amado, también descrita como ansiedad por separación. En un nivel aún más maduro, la ansiedad esta relacionada con la pérdida de amor de un objeto amado. La ansiedad de castración está relacionada con la fase de Edipo del desarrollo y se considera una de las ansiedades de mayor intensidad. La ansiedad del superyó, es el miedo que tienen las personas a no alcanzar los ideales y valores de uno mismo, y ésta, es la forma más madura de ansiedad (Milrod y cols., 2004; Kaplan y Sadock, 1999).

Si la fuente de peligro se encontraba en el exterior, ésta daba como resultado una reacción objetiva de ansiedad, la cual se refiere a la desagradable sensación producida por la anticipación de algún daño o herida causada por algún objeto externo, en ésta, la intensidad de la sensación desagradable es proporcional a la magnitud del peligro externo que la causa, a diferencia de la ansiedad interna, en donde no hay punto de referencia (Spielberger, 1988).

Por ello, en la actualidad, algunos autores manejan dos tipos de ansiedad, una de ellas es la llamada ansiedad exógena, la cual se refiere a la reacción e incapacidad del organismo para responder a estímulos externos; y la llamada ansiedad endógena, la cual se refiere a la producida por los impulsos interiores a la persona (Sáiz y cols., 2003; Spielberg, 1988).

b) Modelo cognitivo – conductual

En las tres últimas décadas el campo de la psicología ha sido testigo de una “revolución cognitiva” (Beck, 1991, Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977; citados por Freeman y DiTomasso, 2004). Esta revolución cognitiva, o mejor dicho cognitivo-conductual, se ha alimentado por la interacción entre las necesidades de la práctica clínica y la psicología conductual (Freeman y DiTomasso).

La cognición, ha sido estudiada desde los filósofos orientales, griegos y romanos; sin embargo, ésta corriente de pensamiento toma fuerza cuando Albert Ellis y Aaron T. Beck, comienzan a desarrollar sus teorías en este campo, convirtiéndose así en la fuente más influyente en la guía y el sostenimiento del movimiento cognitivo (Freeman, y DiTomasso, 2004).

El modelo conductual sostiene que la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos (explicada en términos del modelo de condicionamiento clásico), la cual puede ser aprendida de los padres (aprendizaje social) (Kaplan y Sadock, 1999; Sánchez y cols., 2003).

De acuerdo al modelo cognitivo-conductual, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada responden de forma incorrecta y exagerada a peligros percibidos cuando no los hay, dando falsas alarmas, manteniendo así al sistema en activación constante. La

inexactitud se genera por medio de la atención selectiva a los detalles negativos del entorno, de las distorsiones en el procesamiento de la información y a la desmesurada percepción negativa de la persona de sus capacidades de afrontamiento (Freeman y DiTomasso, 2004).

Freeman y DiTomasso (2004) mencionan que la percepción cognitiva que el sujeto tiene de los acontecimientos estresantes resulta crítica para este modelo neurofisiológico, por ello, establece los factores predisponentes y precipitantes que se asocian con el inicio del trastorno de ansiedad, los cuales se describirán a continuación.

1. **Factores predisponentes:** Beck y colaboradores (1985; citado por Freeman y DiTomasso, 2004), proponen, de acuerdo al modelo cognitivo de ansiedad, cinco factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y la propensión a la ansiedad:

- *Herencia genética.* La herencia puede manifestar su influencia a través de la existencia de un sistema nervioso vegetativo fácil de activar o lábil, es decir, que bajo las condiciones oportunas, un paciente manifestará síntomas de ansiedad. Sin embargo, la interacción de los factores ambientales, psicológicos y sociales son importantes para propiciar esta manifestación (Barlow y Cerney, 1988; citado por Freeman y DiTomasso, 2004).
 - *Enfermedades somáticas.* Este modelo contempla el posible rol de los factores somáticos en la vulnerabilidad individual, ya que al estudiar los trastornos de ansiedad, muchas veces los síntomas somáticos aparecen remedando los de ansiedad, los cuales remiten tratando el problema somático. La existencia de un problema somático no descarta
-

necesariamente la presencia del problema de ansiedad. Los problemas somáticos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad y, en ocasiones, ambos requieren tratamiento (Freeman y DiTomasso, 2004).

- *Traumas psicológicos.* Los traumas mentales durante la época de desarrollo aumentan la vulnerabilidad individual frente a la ansiedad ante situaciones parecidas a la del trauma original. Estos traumas pueden culminar en la elaboración de esquemas individuales específicos sobre la amenaza (Beck y cols., 1985; citado por Freeman y DiTomasso, 2004).
 - *Ausencia de mecanismos de afrontamiento.* Como su nombre lo dice, es una carencia de respuestas del sujeto unida a una visión distorsionada y negativa sobre la capacidad para encarar una situación. Se ha visto que no son las percepciones primarias de las situaciones las que llevan a las personas a percibir un peligro inexistente, sino las percepciones secundarias de su incapacidad para afrontar esa amenaza con sus propios recursos. Se ha propuesto que quizá los pacientes con ansiedad no hayan aprendido estrategias adecuadas de afrontamiento, por el contrario, hayan aprendido a utilizar respuestas como la evitación, que sólo refuerzan la ansiedad e impiden un afrontamiento eficaz (Freeman y DiTomasso, 2004).
 - *Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado.* Se ha visto que los sujetos con trastornos de ansiedad tienen creencias poco
-

realistas acerca de la amenaza o del peligro. Regularmente, perciben las situaciones o acontecimientos similares a los de situaciones de peligro pasadas, activando así, pensamientos, conductas y emociones que refuerzan su esquema de peligro percibido (Freeman y DiTomasso, 2004).

2. **Factores precipitantes:** El modelo cognitivo de ansiedad propone varios factores posibles que precipitan la ansiedad tales como: enfermedades somáticas, sustancias tóxicas, elementos externos e intensos generadores de estrés, estrés de larga duración y factores estresantes que afectan la vulnerabilidad emocional de una persona (Beck, 1985; citado por Freeman y DiTomasso, 2004).

Gracias al conocimiento proporcionado por el modelo conductual, cognitivo y de las teorías del aprendizaje, se han desarrollado algunos de los tratamientos más eficaces para los trastornos de ansiedad (Kaplan y cols., 1999; Sánchez y cols., 2003).

c) Teorías existenciales

Esta corriente tiene sus orígenes en el pensamiento filosófico, algunos de los existencialistas más importantes son Kierkegaard, Heidegger, Jean-Paul Sartre, Albert Camus y Unamuno, entre otros (Rojas, 1998).

Las teorías existenciales proponen modelos que tratan de explicar los trastornos de ansiedad, centrándose en los de ansiedad generalizada, en los que como ya mencionamos, no hay ningún estímulo específico identificable para el sentimiento crónico de ansiedad. El concepto central de ésta teoría, es que las personas toman conciencia de sentimientos de un profundo vacío en sus vidas, que

pueden llegar a ser incluso más incómodos que la aceptación de la muerte (Sánchez y cols., 2003; Kaplan y Sadock, 1999).

Para Rojas (1998), esta toma de conciencia no es patológica, sino todo lo contrario, ya que la tiene todo ser humano por el sólo hecho de serlo, y es aquella que proviene de la inquietud de la vida.

Como se vio anteriormente a lo largo de todo el apartado, la ansiedad ha estado presente en el ser humano desde hace varios años, en los cuales su estudio fue tomando importancia y fuerza, debido a su incremento en la población, así como también por los efectos que conlleva el vivir con algún trastorno de ansiedad. Es por ello, que surgieron los diferentes modelos que por varios años han tratado de explicar la etiología de los trastornos de ansiedad, los cuales han centrado su investigación en algún aspecto en concreto, como en el caso del modelo biológico, que ha centrado su investigación en los cambios en estructuras cerebrales y no en el aprendizaje de conductas o esquemas como es el caso del modelo cognitivo-conductual o algún otro. Estos modelos podrían parecer totalmente opuestos, sin alguna conexión entre sí, sin embargo, más que modelos opuestos, son complementarios, ya que cada uno aporta algún conocimiento, que en algunas ocasiones los otros no contemplan, y si nosotros lográramos conjugar estos conocimientos y no adoptar una postura rígida, podríamos tener una visión más amplia y una mayor comprensión de estos trastornos; una prueba de ello, es el caso del modelo cognitivo-conductual, el cual ha logrado conjugar dos modelos, teniendo como resultado, el desarrollo de los tratamientos más efectivos para estos trastornos.

Capítulo 2

DEPRESIÓN

*...Tengo triste el corazón,
tengo triste el alma.
Cada lágrima de mis ojos,
la justicia aclama.
Y me quedo en silencio,
esperando la promesa.
como último recurso,
que elimine mi tristeza...*

Anónimo²

La depresión es un trastorno del estado de ánimo (DSM-IV-TR, 2002) o trastorno del humor (afectivo) (CIE-10, 1992) que resulta ser de los más frecuentes e incapacitantes en población general. Y, aunque, de acuerdo al DSM-IV-TR, no exista una definición que especifique claramente los límites del concepto *trastorno mental*, debido a que según este manual, no hay una definición operacional que abarque todas las posibilidades, aclara que, cada trastorno mental es conceptualizado como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad” DSM-IV-TR (2002).

Parker (2006) opina al respecto que la depresión puede existir como enfermedad, síndrome o reacción. Es decir, no siempre se hace

² Extraído el 7 de abril de 2008, del sitio web: <http://www.palabravirtual.com>

referencia a la depresión como un trastorno, sino que se puede hablar de *sintomatología depresiva*. Bousoño, Fernández, González-Quirós y Bobes (2003) señalan que la sintomatología depresiva son todas aquellas “manifestaciones que tiene una enfermedad o trastorno, sean éstas percibidas por el propio sujeto (síntomas) o por un observador capacitado (signos), o bien, si se obtienen a través de determinadas pruebas”.

El cuadro que una persona deprimida presenta puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y evolución temporal, pero en general, abarca un conjunto de síntomas y signos que se reducen a cinco grandes núcleos, a saber: síntomas anímicos, síntomas motivacionales y conductuales, síntomas cognitivos, síntomas físicos y síntomas interpersonales (Sanz y Vázquez, 1996), los cuales se especificarán más adelante.

2.1. Nosología

Como se mencionó anteriormente, existen dos tipos de evaluaciones que son conceptualmente distintas, la dimensional y la categórica, ambas se complementan, pues entre estas dos hay una clasificación ordinal, ya que se emplean conjuntos ordenados de categorías tales como leve, moderada y severa. Además, un punto de corte en cualquier escala continua puede utilizarse para indicar el umbral para una categoría correspondiente (Arbabzadeh-Bouchez y Lepiné, 2003). Por otro lado, dependiendo de la fuente de información, la medición de la depresión puede ser dividida en dos categorías: el autorreporte y la valoración clínica (Nezu y cols., 2002).

Algunos de los instrumentos más empleados y que utilizan escalas para medir la depresión son *The Beck Depression Inventory (BDI)* (Arbabzadeh-Bouchez y Lepiné, 2003), *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*, *The Zung Self-Rating Depressive Scale (Zung SDS)*, *The Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D)*.

Otro tipo de instrumentos que no utilizan escalas, sino una entrevista estructurada o semiestructurada y que dan un diagnóstico de acuerdo a una clasificación categórica son *The Structure Clinical Interview for DSM (SCID)*, *The Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*, *The Symptom-Drive Diagnostic for Primary Care (SDDS-PC)*, *The Diagnosis Interview Schedule (DIS)*, *The Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)* (Arbabzadeh-Bouchez y Lepiné, 2003).

Ahora bien, respecto a los dos principales sistemas clasificatorios de las enfermedades mentales, el DSM-IV-TR (2002) y la CIE-10 (2000), de manera general se puede decir que el DSM es un sistema clasificatorio más depurado y claro y que tiene la ventaja de ser más preciso en sus criterios operativos (Sanz y Vázquez, 1996) a diferencia de la CIE-10 que es más sencilla y básica (González, Paredes, Bascarán y Bobes, 2003); sin embargo, específicamente en cuanto a los trastornos del humor, los criterios diagnósticos y los términos son muy similares y los códigos totalmente compatibles (DSM-IV-TR, 2002).

De acuerdo al DSM-IV-TR (2002) los trastornos del estado de ánimo, se ubican dentro del Eje I (trastornos clínicos) y tienen como característica principal una alteración del humor. Estos trastornos se dividen en trastornos depresivos (depresión unipolar: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado), trastornos bipolares (trastornos bipolar I y II, ciclofímico y bipolar no especificado) y dos trastornos basados en la etiología (debido a enfermedad médica, y el otro, inducido por sustancias). Las distinciones básicas que permiten diferenciar los diversos subtipos son las siguientes:

distinción entre unipolar – bipolar, distinción por el curso (agudo, crónico o recurrente), distinción por la gravedad (leve, moderado o grave), por el tipo de síntomas (somáticos o psicóticos) y otras distinciones que se especificarán más adelante, sin embargo, los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos (depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco), que son la clave, o piedra angular para comprender los trastornos del estado de ánimo (Sanz y Vázquez, 1996).

El **Trastorno depresivo mayor** se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. En el siguiente cuadro se describen los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR (2002).

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
(DSM-IV-TR)**

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. eje., llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día (según lo refiere el propio sujeto u observan los demás)
 3. pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (p. ej., u cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento de apetito casi cada día. Nota: en los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 4. insomnio o hipersomnia casi cada día
 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
-

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Cuando sólo se presenta un episodio depresivo mayor, se habla de un **Trastorno depresivo mayor, episodio único**; y cuando son dos o más episodios, se trata entonces de un **Trastorno depresivo mayor, recidivante**. Cualquiera que sea el caso, también se deben hacer las siguientes especificaciones para describir el episodio más reciente:

- *Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión*: Se trata de un episodio *leve* (cuando ningún otro síntoma adicional a los necesarios para realizar el diagnóstico se presentan, o los síntomas no provocan deterioro laboral o social), *moderado* (entre el leve y el grave) o *grave* (cuando los síntomas interfieren con las
-

actividades laborales o sociales). *Grave con síntomas psicóticos* es cuando se presentan ideas delirantes que pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

- En *remisión parcial*: cuando todavía hay algunos síntomas de un episodio depresivo, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio hay un período sin síntomas significativos con una duración menor a 2 meses, y *en remisión total*: cuando durante los últimos 2 meses no han habido signos o síntomas de la alteración.
 - *Especificación de cronicidad*: Cuando los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.
 - *Especificación de síntomas catatónicos*: Cuando el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: inmovilidad motora, actividad motora excesiva (carece de propósito y no está influida por estímulos externos), negativismo extremo (resistencia a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida), peculiaridades del movimiento voluntario (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manifestaciones patentes o gesticulación exagerada, ecolalia o ecopraxia.
 - *Especificación de síntomas melancólicos*: Cuando se presentan uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual: pérdida de placer en todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno); y además, tres o más de los siguientes: una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo, la depresión es habitualmente peor por la mañana, despertar precoz (al menos 2 horas antes de lo habitual), enlentecimiento o
-

agitación psicomotora, anorexia significativa o pérdida de peso, culpabilidad excesiva o inapropiada.

- *Especificación de síntomas atípicos*: Cuando hay reactividad del estado de ánimo (que mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas); y además dos o más de los siguientes síntomas: aumento significativo de peso o del apetito, hipersomnias, abatimiento (sentir los brazos o las piernas inertes), patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal que provoca un deterioro social o laboral significativo. Por otro lado, en el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los catatónicos.
- *Especificación de inicio en el posparto*: Cuando el inicio del episodio se da en las primeras 4 semanas del posparto.

En el caso del **Trastorno depresivo mayor recidivante**, además de las especificaciones anteriormente mencionadas también se deben señalar las siguientes:

- *Especificaciones de curso longitudinal*: Que puede ser con *recuperación interepisódica total*, si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes, o sin *recuperación interepisódica total* cuando no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.
 - *Especificación de patrón estacional*: Cuando ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios y una determinada época del año y las remisiones totales también se dan en determinada época del año. Así mismo, si se ha demostrado la relación estacional en los últimos 2 años y no hay episodios no estacionales en el mismo período. Finalmente, los episodios estacionales tienen que ser sustancialmente más
-

numerosos que los episodios no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.

Dentro de los **trastornos depresivos no especificados**, sólo nos referiremos a dos de ellos: al **Trastorno depresivo menor**, que requiere de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor; y al **Trastorno depresivo breve recidivante**, en el que los episodios tienen una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (y que no estén asociados a los ciclos menstruales).

2.2. Epidemiología

De acuerdo a las cifras que maneja el DSM-IV-TR (2002), el riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en muestras de población general varía entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres, como se ve, hay una proporción de 2 a 1.

Por otro lado, se ha visto que al menos 1 de cada 6 adultos en los Estados Unidos, reúne los criterios para un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, y 1 de cada 4 se ha encontrado en el criterio para un episodio de depresión mayor, depresión menor o depresión breve recurrente (Kessler, 2002). Se ha estimado que aproximadamente el 20-25% de la población padecerá depresión alguna vez en la vida (Cinchilla, 2004).

En México, Medina-Mora y colaboradores (2003) encontraron las siguientes prevalencias:

Trastorno afectivo	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez en la vida	Ult. 12 meses	Ult. mes	Alguna vez en la vida	Ult. 12 meses	Ult. mes	Alguna vez en la vida	Ult. 12 meses	Ult. mes
Episodio depresivo mayor	2.0	0.9	0.3	4.5	2.1	0.8	3	1.5	0.6
Episodio depresivo menor	0.6	0.3	0.2	2.3	1.1	0.5	1.5	0.7	0.3

Como puede observarse, las cifras siempre son mayores en las mujeres, casi en una razón de 2 a 1, aunque en algunos casos es un poco mayor, sobre todo en cuanto al episodio depresivo menor. Y también resulta evidente la mayor proporción de casos de episodio depresivo mayor que menor.

Otro dato importante de éste mismo estudio es que el episodio depresivo mayor presenta un primer auge alrededor de los 17 años, otro a los 32 y el final alrededor de los 65 años.

Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005), encontraron que la prevalencia se incrementa con la edad en ambos sexos y que disminuye al aumentar la escolaridad. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor.

2.3. Curso

a) Recuperación: Por recuperación se entiende que es la remisión total de una enfermedad que persiste por un período de tiempo definido. Implica el fin del episodio, no el fin de la enfermedad en sí misma (Boland y Keller, 2002). Estos mismos autores reportan los datos de varios estudios que forman parte del Collaborative Depresión Study (CDS), el cual es un estudio prospectivo naturalista a largo plazo, en los

que encontraron que 70% de los pacientes se recuperaron de su primer episodio de depresión mayor dentro del primer año, para los 2 años, cerca del 20% de la muestra original aún estaban deprimidos. A los 5 años, el 7% todavía no se recuperaba, al igual que el 6% a los 15 años.

Para el segundo episodio, aproximadamente el 8% de los sujetos no se recuperó después de 5 años, al parecer, para cada episodio de depresión, cerca del 10% de los sujetos permanecen enfermos por al menos 5 años.

En otro reporte que Kessler (2002) hace del Nacional Comorbidity Survey (NCS), estudio longitudinal con muestras en población general, menciona que 40% de los casos de depresión mayor se recuperaron por 5 semanas, y 90% por un año, y que el tiempo promedio de recuperación del 90% que se recuperaron por un año fue de 6 semanas.

Como predictores de un tiempo prolongado de recuperación se encontraron: mayor edad y bajo ingreso familiar (Boland y Keller, 2002).

b) Recaída: Boland y Keller (2002) refieren como recaída al rápido retorno de los síntomas, durante los 4 a 6 meses que siguen a la terminación de un tratamiento. Estos autores reportaron que el 22% de los pacientes recuperados de su primer episodio de depresión mayor, recayeron dentro del año siguiente entre los sujetos del CDS. Y en este mismo estudio se encontraron como factores que pronostican una recaída: múltiples episodios de depresión mayor, mayor edad, historia de enfermedades psiquiátricas no afectivas y depresión doble.

c) Recurrencia: Es cuando un nuevo episodio ocurre después de la recuperación de un episodio anterior. Se ha encontrado un elevado porcentaje de recurrencias que oscila entre el 70 y 90% (Bousño, Fernández y cols., 2003). En un estudio del CDS, se encontró que después de 2 años, había una tasa de recurrencia de 25 a 40%, la cual se incrementó a través del tiempo, llegando a 60% después de 5 años, a 75% después de 10 años y a 87% pasados los 15 años (Boland y Keller,

2002). Por otro lado, también se observó que los pacientes que se recuperaron completamente, tuvieron una tasa más baja de recurrencia (66%) que aquellos que tuvieron síntomas residuales (87%). Y el tiempo para una recurrencia fue mayor en el grupo asintomático (180 semanas) que en el grupo con síntomas residuales (33 semanas).

Kessler (2002) reportó que en el NCS se encontró que había 80% de episodios recurrentes entre la gente con historia de depresión mayor y que arriba del 90% de todos los episodios en el año anterior a la entrevista fueron recurrentes en vez del primer episodio.

En México, Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz (2004) reportaron que el 64% de aquellas personas con inicio temprano y 41% de aquellos con inicio en la edad adulta, dijeron haber tenido uno o más episodios de depresión subsiguientes. Las personas que tuvieron inicio temprano, notificaron un promedio de 6.8 episodios a lo largo de la vida, mientras que los de inicio en la adultez señalan un promedio de 3.1 episodios.

Los factores de riesgo encontrados para una recurrencia de depresión son: historia de frecuentes y/o múltiples episodios, depresión doble, inicio después de los 60 años, larga duración de un episodio en particular, historia familiar de desórdenes afectivos y pobre control de síntomas durante la terapia de control (Boland y Keller, 2002).

d) Duración del episodio: Se ha reportado que la duración del episodio suele durar un promedio de 6 a 9 meses, pero con amplias oscilaciones, que van desde 1 a 3 meses, o más de 1 ó 2 años en sus formas más extremas (Bousoño, Fernández y cols., 2003). En México Benjet y colaboradores (2004) reportaron que el primer episodio con inicio temprano duró un promedio de 31 meses, mientras que el primero de inicio en la adultez duró en promedio 16 meses.

e) Curso crónico: Como se mencionó anteriormente, cuando la duración del episodio es mayor a dos años se habla de una depresión

crónica, y el 20% de los pacientes con depresión la presentan. Si bien la mayor parte de los procesos depresivos crónicos son de tipo distímico, que para su diagnóstico también se requiere de una duración de dos años o más, no se refiere a ella, sino a una depresión mayor, sea de tipo moderado o grave. Y entre los factores asociados a una depresión crónica se encuentran: persistencia de estresores sociales o ambientales, personalidad de base alterada, comorbilidad con otros trastornos (como ansiedad, alcoholismo, etc), depresión en la ancianidad, depresión en la adolescencia-juventud y resistencia a los tratamientos (Bousoño, Fernández y cols., 2003).

f) Depresión resistente: Propiamente, para hablar de resistencia se deben haber ensayado de forma adecuada, en tiempo y dosis, al menos tres fármacos antidepresivos, utilizados uno después del otro y que pertenezcan al menos a dos grupos farmacológicos. El porcentaje encontrado de casos resistentes es del 10 al 20% (Bousoño, Fernández y cols., 2003).

g) Conducta suicida: Chinchilla (2004) señala que hay un alto porcentaje de riesgo al suicidio, entre el 15 al 30% de los deprimidos que lo intentan, así como que el suicidio es un 25 a 30% superior al de la población general. Por su parte, Borges, Angst, Nock, Meron, Walters y Kessler (2006) reportan prevalencias de 2.6%, 0.7% y 0.4% para ideación, planeación e intento respectivamente. En México Borges, Wilcox, Medina-Mora, Zambrano, Blanco y Walters (2005) encontraron que el comportamiento suicida alguna vez en la vida fue de 8.3% de ideación, 3.2% planeación y 2.8% de intento y en los doce meses previos fue de 2.3%, 1.0% y 0.6% respectivamente. También se reporta que los individuos con inicio temprano tuvieron 50% mayor probabilidad de haber cometido un intento de suicidio (Benjet y cols, 2004).

2.4. Etiología

Actualmente se considera que la etiología de los trastornos depresivos es multifactorial y que puede ser el resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos y psicosociales (Sánchez y cols., 2003). De estos, algunos son factores que pueden predisponer, precipitar y/o mantener el trastorno depresivo (Pérez, 2000).

a) Factores genéticos

Respecto a los factores genéticos, se ha visto que la frecuencia con la que los familiares de individuos depresivos presentan una depresión, es tres veces superior al resto de la población. Además, incrementa el riesgo de que también se padezcan otros trastornos afectivos distintos a la depresión (Sánchez y cols., 2003). En el caso de la depresión leve, la herencia influye en un 20 a 45% y para la depresión severa es mucho más alta. Parece probable que en gran medida la susceptibilidad genética en las condiciones menos severas de los trastornos de depresión y ansiedad sea la misma y que pueda estar mediada, en parte, por rasgos de la personalidad, tales como el neuroticismo. Y también es factible, que en cierta proporción, el componente genético implique una vulnerabilidad a los estresores ambientales (Wallace, Scheider y McGuffin, 2002). Así que, si bien es clara la participación del factor genético, el patrón de transmisión aún es desconocido (Sánchez y cols., 2003).

b) Factores biológicos

- **Bioquímicos:** Muchos aspectos de los trastornos depresivos pueden ser entendidos en términos de una desregulación en la respuesta al estrés del sistema nervioso central (SNC). La desregulación se refiere tanto a una mayor duración como a una mayor intensidad de la respuesta al estrés del SNC que normalmente serían transitorias y adaptativas (Thase, Jindal y Howland, 2002).

En la etiología de la depresión se han implicado diversos neurotransmisores, en los que la hipótesis del déficit serotoninérgico y la alteración en los niveles de noradrenalina son las que cuentan con mayor apoyo experimental. El ácido 5-hidroindoleacético (5-HIAA), que es un metabolito de la serotonina, se encuentra disminuido en el líquido cefalorraquídeo. La noradrenalina tiene un efecto indirecto al modificar la cantidad de serotonina liberada y directamente, al disminuir el número de receptores β -adrenérgicos que se correlaciona con la respuesta clínica a antidepresivos. Respecto a la dopamina, cuyo metabolito, es el ácido homovanílico, se encuentra disminuido, y las anfetaminas, que incrementan las concentraciones de dopamina, reducen la sintomatología depresiva (Sánchez y cols., 2003).

Por otro lado, otras hipótesis de investigación han propuesto que las alteraciones en el sistema neurotransmisor puede deberse a cambios en el número o sensibilidad de los receptores pre y postsinápticos y no a una alteración o deficiencia del neurotransmisor en cuestión (Pérez, 2000).

- **Endocrinológicos:** Los ejes implicados son el tiroideo y el suprarrenal. Parece que la depresión se asocia a una
-

hipersecreción de cortisol, en pruebas de supresión de dexametasona, la inhibición en la secreción de cortisol se encuentra disminuida. Así mismo, un hipofuncionamiento o hiperfuncionamiento en el eje tiroideo se asocia con alteraciones en el estado de ánimo.

Por otro lado, también se han observado cambios neuroendócrinos como: disminución en la secreción nocturna de melatonina, concentraciones más bajas de hormonas foliculoestimulante y luteinizante, disminución en la respuesta a la hormona liberadora de corticotropina o la hormona liberadora de gonadotropinas (Sánchez y cols., 2003).

- **Neuroanatomía y neuroimagen:** En estudios de tomografía computarizada se ha observado un aumento en el tamaño de los ventrículos cerebrales. La resonancia magnética ha revelado que el núcleo caudado y los lóbulos frontales son de menor tamaño y que en estas áreas hay una disminución en el metabolismo de la glucosa y del flujo sanguíneo. Además, es probable que exista una anomalía en el sistema límbico y ganglios basales (Sánchez y cols., 2003).

c) Factores psicosociales

- **Personalidad:** Entre los rasgos de personalidad que Tellenbach refiere como "personalidad melancólica" y que sería un factor de riesgo para sufrir depresión, se encuentran: el perfeccionismo, la escrupulosidad, el retraimiento en las relaciones sociales, la alta competitividad laboral, un elevado nivel de autoexigencia y autocrítica, tendencia a la culpabilidad y a la evitación de discusiones y conflictos, exageración por el orden, intolerancia, inflexibilidad e inseguridad, influenciables, poca verbalización de
-

emociones (Chinchilla, 2004; Sánchez y cols., 2003) . Por otro lado, la personalidad anancástica, la dependiente y la emocionalmente inestable, también son un factor de riesgo para caer en depresión. Así como aquellas personas que tienen dificultad para expresar y reconocer sus afectos (alexitimia), e incapacidad para disfrutar o relajarse ante situaciones de la vida diaria, además el tener una tendencia crónica hacia el pesimismo (Sánchez y cols., 2003).

- **Sistema sociofamiliar:** La falta de apoyo social y una relación familiar patológica no sólo se han asociado a un mayor riesgo de sufrir enfermedad, sino también a un peor pronóstico de recuperación, ya que ésta favorece el aumento de recidivas y a una recuperación más lenta (Sánchez y cols., 2003).
 - **Acontecimientos vitales:** Los acontecimientos vitales estresantes en los 6 meses previos, es tres veces superior en los depresivos que en los sujetos control. Y éstos tienen que ver, sobre todo, con el primer episodio, lo que sucede después es que se puede incrementar la susceptibilidad a sufrir posteriores episodios. Y entre los acontecimientos traumáticos, se han señalado la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años y la pérdida del cónyuge (Sánchez y cols., 2003). Por otro lado, Belle y Doucet (2003), señalan a la pobreza, la desigualdad y la discriminación como factores de riesgo para sufrir depresión entre las mujeres en Estados Unidos.
-

2.5. Teorías psicológicas de los trastornos depresivos

a) Teorías psicodinámicas

Las primeras formulaciones psicológicas de los trastornos depresivos surgieron del psicoanálisis, y aunque Freud propuso alguna hipótesis sobre la melancolía, fue Karl Abraham, discípulo suyo, quien formuló una teoría sobre la depresión. Para él, la depresión era una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, la tendencia a experimentar tanto placer como frustración a través de actos asociados a chupar, beber, comer, besar, etc. Así, cuando una persona depresiva experimenta repetidas frustraciones, relacionadas principalmente con los padres, quienes son los objetos de sus deseos libidinales, se produce una asociación de estos sentimientos libidinales, con deseos de destrucción hostiles, y cuando posteriormente se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, como la persona no puede llevar su enojo hacia la persona amada, lo incorpora, interiorizándolo y dirigiendo su cólera hacia él mismo, y en este caso, la pérdida de apetito, que se presenta frecuentemente en la depresión, sería la defensa del paciente contra esos deseos hostiles.

Las más recientes formulaciones psicodinámicas sobre la depresión afirman que las personas depresivas, en su infancia, y debido a la pérdida de un objeto amado (los padres, principalmente la madre) ya sea por separación, muerte o rechazo, se vuelven sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea ésta real, imaginaria o simbólica (por ejemplo, una persona depresiva puede interpretar una crítica de la pareja como una total falta de amor) y que esta temprana pérdida, hacen que su autoestima y su autovaloración dependan exclusivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal

manera, que no son capaces de superar la frustración cuando por cualquier motivo se sienten rechazados, criticados o abandonados.

Por otro lado, dentro de ésta corriente, también se ha postulado la existencia de al menos dos tipos diferentes de depresión. En la primera, conocida como *anaclítica, dominada por el otro o dependiente*, los individuos estarían esencialmente preocupados por las relaciones interpersonales y mostrando una excesiva dependencia de ellas. La sintomatología estaría caracterizada por sentimientos de soledad, indefensión, abandono, pérdida y falta de amor. En el segundo tipo, denominada *introyectiva, dominada por las metas o autocrítica*, las personas estarían preocupadas por el logro, la autodefinición, autovalía, la autocrítica excesiva y una gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso e inutilidad (Blatt, 1974; Bowlby, 1980; Arieti y Bomparad, 1980; citados por Sanz y Vázquez, 1996).

Entre los diferentes autores psicodinámicos, hay concordancia en señalar que los patrones de pensamiento, la interpretación de los acontecimientos y ciertas estructuras cognitivo-afectivas, son las que influyen en el desarrollo de la personalidad y en causar y mantener la depresión.

b) Teorías conductuales

Las teorías conductuales parten de que la característica principal de la depresión es una *reducción generalizada en la frecuencia de las conductas reforzadas positivamente* que sirven para controlar el medio, mientras que por otro lado, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos. Fester (1965, 1973; citado por Sanz y Vázquez, 1996) señala cuatro procesos que aislados o en combinación podrían explicar la patología depresiva: 1) cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas

frecuentes de refuerzos de estímulos discriminativos importantes para la persona. Cuando hay pérdida de una única fuente de reforzamiento, se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente, como la pérdida de apetito, de interés en el sexo o aislamiento social; 2) programas de refuerzo de gran costo, que implican grandes cambios en la conducta de la persona para poder producir resultados esperados en el medio; 3) falta de habilidad en desarrollar repertorios conductuales alternativos debido al surgimiento de espirales patológicas, es decir, cuando una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone ya una mala adaptación al medio, en vez de buscar otras opciones de respuesta para adaptarse a transformaciones del medio y proveerse de ese refuerzo positivo necesario, se produce en cambio, una nueva disminución de refuerzos positivos con la consecuente reducción conductual, y 4) una limitada observación y aprendizaje de repertorios lleva a los depresivos a distorsionar la realidad y a producir conductas que son muy poco reforzadas.

Para Lewinsohn (1974, 1976; citado por Sanz y Vázquez, 1996) otro teórico conductual, el reforzamiento insuficiente en los principales campos de la vida de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de respuestas o nivel de actividad y la consecuencia lógica de ello serían los sentimientos de baja autoestima y de desesperanza que padecen las personas deprimidas. Además, la depresión también podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores: a) a un ambiente que no proporciona un reforzamiento suficiente; b) a la falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento en un ambiente dado, y c) a una incapacidad para disfrutar los reforzadores disponibles, debido a los altos niveles de ansiedad social.

Para este mismo autor, la depresión puede mantenerse a corto plazo porque las personas cercanas al individuo deprimido pueden reforzarla positivamente al mostrar simpatía, atención, apoyo y afecto. Y a largo plazo, la conducta depresiva podría llegar a ser aversiva para esas otras personas, las cuales evitarían al individuo depresivo, estableciendo así una espiral patológica que incrementaría y mantendría en el tiempo la depresión.

c) Teorías cognitivas

Existen tres clases de teorías cognitivas, la del procesamiento de la información, las teorías cognitivo-sociales y las conductuales-cognitivas, sin embargo, ambas parten del supuesto de que en el inicio, el curso y/o remisión de la depresión, ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental.

1) Teorías del procesamiento de la información

En estas teorías se concibe al individuo como un constructor activo de la realidad, que ante la continua demanda de capacidades adaptativas, él selecciona, codifica, almacena y recupera la información presente en el medio. Y esa información sobre sí mismo y el mundo sufre transformaciones cognitivas que afectan tanto a las respuestas emocionales como conductuales del propio sujeto, produciéndose de este modo, una interdependencia entre cognición, emoción y conducta.

La teoría más conocida de éstas es la **teoría de Beck**, en donde la premisa básica de los trastornos depresivos es que existe una *distorsión o sesgo sistemático* en el procesamiento de la información. Así, un sujeto depresivo, ante una pérdida o un fracaso, valora excesivamente los acontecimientos negativos, considerándolos globales, frecuentes e

irreversibles, mostrando lo que se conoce como *tríada cognitiva negativa*: una visión negativa del yo (como alguien inútil, indeseable, sin valor y culpable de todas las circunstancias negativas que le rodean), del mundo (percibe las demandas de su medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables, por lo que considera al mundo como carente de interés, gratificaciones o alegrías) y del futuro (ningún aspecto negativo que el sujeto percibe cree que podrá modificarse en el futuro, a no ser que sea para aumentar las dificultades o el sufrimiento), esto como resultado de la amplificación de sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, frecuencia o intensidad, alterando la capacidad adaptativa de la persona que los sufre. Además, este autor considera que la etiología de la depresión no endógena tiene que ver con la interacción de tres factores: 1) la presencia de *actitudes o creencias disfuncionales* sobre el significado de ciertas experiencias, lo que hace que impregnen y condicionen la construcción de su realidad; 2) una *alta valoración subjetiva* de la importancia de esas experiencias, resultado de la estructura de la personalidad del individuo y, 3) la ocurrencia de un *estresor específico* a los otros factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales de la persona.

Los *esquemas disfuncionales depresógenos*, son los responsables del procesamiento sesgado de la información, ellos contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo que son poco realistas y disfuncionales porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiados para determinar su propia autovalía. Estos esquemas estarían latentes antes de su activación a través de un suceso estresante similar a aquellos que sirvieron de base para la formación del esquema durante el proceso de socialización.

Otro tipo de esquemas cognitivos, de un orden jerárquico superior a los anteriores son los rasgos de *personalidad*, para los que se proponen

dos dimensiones, la *sociotropía* y la *autonomía*. El primero incluye actitudes y creencias que implica una elevada valoración de las relaciones interpersonales y una elevada dependencia social al momento de juzgar la propia valía. El segundo incluye actitudes que resaltan la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema.

En la depresión, aparecen círculos viciosos o espirales cognitivas depresivas, es decir, las distorsiones negativas o errores en el procesamiento de la información que los sujetos depresivos cometen al personalizar sus fracasos y errores, y al exagerar y sobregeneralizar sus efectos, mantienen a la vez la validez de sus creencias negativas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.

2) Teorías cognitivo – sociales

La **teoría de la desesperanza**, propuesta por Abramson, Metlasky y Alloy (1989; citado en Sanz y Vázquez, 1996) señala que una nueva categoría de los trastornos depresivos sería la *depresión por desesperanza*, y que la causa suficiente para que ésta aparezca es la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un acontecimiento valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la ocurrencia de tal suceso. Por otro lado, señala que las diferencias individuales respecto a poseer o no un estilo atribucional depresógeno contribuyen como un factor de vulnerabilidad que conduce a la desesperanza. Además, plantea que la desesperanza puede ser producto de las conclusiones a las que llega la persona deprimida referente a las consecuencias del suceso negativo.

En esta teoría, no se incluyen las distorsiones cognitivas, como en la teoría de Beck, sin embargo, los procesos atribucionales negativos están sesgados (y no necesariamente distorsionados), y dependiendo de las

circunstancias particulares, un juicio sesgado puede a su vez ser un juicio distorsionado o, por el contrario, coincidir con la realidad objetiva, ya que para éstos autores, existe la posibilidad de que las personas deprimidas pudieran ser más precisas en su visión de la realidad que los no deprimidos.

3) Teorías conductuales – cognitivas

Rehm (1977; citado por Sanz y Vázquez, 1996) elaboró una **teoría del autocontrol** de la depresión basada en el aprendizaje social y parte de la premisa de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externo, por lo que el propio control de la conducta se vuelve más importante. Así, las personas depresivas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta.

Según esta teoría, un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Este déficit se puede concretar en la combinación de las siguientes condiciones: a) *déficit en las conductas de autoobservación*: las personas vulnerables a la depresión prestan mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos (visión negativa) y a las consecuencias inmediatas que a las de largo plazo; b) *déficit en las conductas de autoevaluación*: estas personas tienen criterios o estándares muy rigurosos o altos que a veces no pueden alcanzar y, por tanto, se evalúan de manera negativa; c) *déficit de las conductas de autorreforzamiento*: la persona deprimida se administra insuficientes recompensas o se castigan demasiado, esto debido a los déficit antes mencionados. Estos déficit forman parte del repertorio conductual de las personas y se adquiere durante el proceso de

socialización y constituyen rasgos más o menos estables que podrían ser detectados antes de la ocurrencia de un episodio depresivo.

Por otro lado, Lewinsohn propone en su **teoría de la autofocalización** que los factores ambientales son los principales responsables de la depresión, aunque los factores cognitivos como el aumento de la *autonciencia*, es decir, un aumento transitorio y situacional en la *autofocalización* o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente, podría mediar los efectos en el ambiente.

Para este autor, un episodio depresivo empieza con la aparición de un suceso antecedente o un estresor, para el cual el sujeto no es capaz de desarrollar nuevos patrones conductuales adaptativos que reemplacen a los anteriores, teniéndose como resultado una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido, cuya intensidad dependerá de la importancia del acontecimiento. Se conduce entonces a un desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones de la persona con el ambiente y a una reducción del reforzamiento positivo y un aumento en la tasa de experiencias aversivas. Tanto la respuesta emocional negativa que sigue a los sucesos estresantes, como el impacto emocional negativo que deviene del fracaso del sujeto para anular el efecto del estrés, son factores que desencadenan un estado elevado de *autoconciencia*, que media los efectos de la reducción del reforzamiento positivo en la depresión y produce muchas alteraciones cognitivas (p. ej. autodepreciación, autoculpación, etc.), que a su vez intensifica las reacciones emocionales negativas anteriores, que aunado a la anulación de las autopercepciones que protejan y ensalcen la autoestima, se va generando un círculo vicioso, en donde la autopercepción del individuo va cambiando y se va reduciendo cada vez más su competencia social.

Además, esta teoría asume que hay factores de vulnerabilidad que incrementan o reducen el riesgo de ocurrencia de un episodio depresivo y su duración, a saber: ser mujer, tener de 20 a 40 años, tener una historia previa de depresión, tener pocas habilidades de afrontamiento, tener una elevada sensibilidad a los sucesos aversivos, ser pobre, mostrar una alta tendencia a la autoconciencia, tener baja autoestima, tener un bajo umbral para la activación de autoesquemas depresógenos, mostrar dependencia interpersonal y tener niños menores de 7 años. Entre los factores protectores se encuentran: autoperibirse como poseedor de una alta competencia social, experimentar una alta frecuencia de sucesos positivos y disponer de una persona íntima y cercana a la que poder confiarse.

d) Teorías interpersonales

Coyne (1976; citado en Sanz y Vázquez, 1996) sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían tener apoyo social y ello puede exacerbar o mantener los síntomas depresivos. Cuando la ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven hacia las personas de su ambiente en busca de apoyo, para los cuales estas demandas persistentes llegan a ser aversivas, sobre todo cuando proporcionaron ayuda y fracasaron en sus intentos, así que se van alejando gradualmente, hasta que se apartan totalmente de la persona deprimida, dejándola sola y confirmando con esto, su visión negativa de sí mismo. Gotlib y colaboradores (citado en Sanz y Vázquez, 1996) añaden que el desarrollo de un episodio depresivo inicia con la ocurrencia de un estresor, pero también depende de ciertos factores de vulnerabilidad, sean estos de naturaleza interpersonal (calidad y cantidad de apoyo social, la cohesión familiar, habilidades familiares para manejar

problemas familiares, etc.), o intrapersonal que incluye tanto elementos cognitivos (esquemas cognitivos negativos) como conductuales (habilidades conductuales para hacer frente y manejar situaciones de estrés, habilidades sociales), y que estos factores son fruto de las experiencias familiares adversas durante la infancia. Así, la aparición de un estresor es interpretado por el individuo como un acontecimiento que reduce su valía personal sin que haya otras posibilidades de recibir gratificación y validación de la propia autovalía.

2.6. Consecuencias

La Organización Mundial de la Salud en *The Global Burden of Disease*, pronosticó que para el año 2020, la depresión mayor unipolar sería la segunda causa de enfermedad más importante en el mundo, en términos de su peso global, esto es, en años de vida saludable ajustados por discapacidad o por muerte prematura, entre la gente de mediana edad (Murray y López, 1996; citado en Bedirhan, 2002). Esto se debe a que, por la combinación de varios factores como una alta prevalencia a lo largo de la vida, edad de inicio temprana, alta cronicidad, y alto daño provocado por la depresión, se compara al causado por una enfermedad física seriamente crónica como la artritis, la diabetes, el asma y la hipertensión (Kessler, 2002).

Una parte sustancial de daño causado por la depresión implica reducción en el desempeño laboral. Análisis económicos de los costos de depresión en el lugar de trabajo estima que anualmente el costo equivalente en salarios relacionado a la falta de productividad en los Estados Unidos excede los 33 billones. Este subestimado excluye los efectos de la depresión en el desempeño de los compañeros de

trabajo, los accidentes industriales y el cambio de personal (Kessler, 2002). Por otro lado, existen proyecciones que sostienen que el coste de los trastornos depresivos se incrementará al menos en un 50% en el 2020 (Bedirhan, 2002).

Por otro lado, la edad media de inicio de depresión mayor es a mediados de los 20, esto es, dos décadas más temprano que las edades medias de inicio de las enfermedades físicas crónicas que tienen prevalencias y daños comparables a los de la depresión. Otra importante implicación es que la depresión puede tener efectos profundos en etapas críticas del curso de la vida para el logro académico, la entrada a la fuerza laboral, la paternidad, el matrimonio y la estabilidad (Kessler, 2002).

También se encontró que la depresión, previa al completar el bachillerato predice significativamente (odds ratio) la deserción escolar (1.5) y entre los graduados de bachillerato, predice el fracaso para entrar a la universidad (1.6) (Kessler y cols., 1995; citado por Kessler, 2002). Finalmente, la depresión previa predice matrimonio en adolescentes (2.3) y subsecuente divorcio (1.7) (revisado por Kessler, 2002).

Capítulo 3

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

*Sentirte en un hoyo, sentirte perdido
vivir en el olvido sin un rumbo conocido,
tal vez este sea un nuevo síndrome de depresión
o tal vez una simple sensación de desánimo
será la angustia, la ansiedad y el no poder olvidar
las que inundan el caminar de un personaje solitario
que no sabe que rumbo tomar.*

Chabeli Falcon³

3.1. Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud menciona que los trastornos de ansiedad y de depresión son los trastornos psiquiátricos que más comúnmente co-ocurren (Sartorius, Ustun, Lecubrier y Wittchen, 1996; citado en Cassano, Rossi y Pini, 2003). Se ha reportado que pacientes con un trastorno de ansiedad en curso, cerca del 45% también presentaban un trastorno depresivo, y que 40% de aquellos con un trastorno depresivo, el 40% también cursaba con un trastorno de ansiedad (Lecubrier, 1998; citado en Cassano y cols. 2003). Otros estudios han reportado cifras de 58.1% en el Nacional Comorbidity Survey (NCS) y de 69.7% en el Midlife Development, ambos en Estados Unidos, en los que personas con un trastorno de ansiedad generalizada también cumplían los criterios para una depresión mayor en el año previo; mientras que el 17.5% de las personas con depresión

³ Extraído el 7 de abril de 2008, del sitio web: <http://www.lospoetas.com>

mayor también tenían un trastorno de ansiedad en el NCS y de 16.3% en el Medlife Development (Kessler, DuPont, Berglund y Wittchen, 1999). Por su lado, Gorman (1996) señala que aproximadamente el 85% de pacientes con depresión también experimentan síntomas significativos de ansiedad y, similarmente, la depresión ocurre en un 90% de pacientes con un trastorno de ansiedad.

Diferencias de género en la prevalencia

Se ha visto que las mujeres son más propensas que los hombres a ser diagnosticadas con cualquiera de estos trastornos, solos o en comorbilidad. La tasa de mujeres a hombres que experimentan ansiedad sola o en combinación con depresión tiende a ser mayor que la de mujeres a hombres que experimentan depresión sola (Simonds y Whiffen, 2003). Para este incremento de la vulnerabilidad en las mujeres, se han dado una variedad de explicaciones biológicas, sociales y psicológicas. Los factores más relevantes han sido la influencia de los roles sociales basados en el género, la discriminación en el lugar de trabajo, el desequilibrio de poder en las relaciones, la adversidad en la infancia, los estilos de afrontamiento meditabundo y la violencia en las formas de asalto sexual o físico (Simonds y Whiffen). En estas variables, las mujeres se encuentran en mayor desventaja con respecto a los hombres.

3.2. ¿Etiología común?

Dentro de la historia de la psiquiatría, se ha visto que existen distintos cuadros clínicos que pueden tener la misma etiología. Y, a su vez, se ha

encontrado que es probable que dos trastornos que ocurren juntos tengan distintas etiologías (MacKinnon y Hoehn-Saric, 2003).

Respecto a la ansiedad y la depresión se han llegado a concebir como la misma enfermedad, debido a que se presentan muy frecuentemente juntas y entre ambas existe un traslape de síntomas, además, ciertos fármacos empleados para su tratamiento pueden ser efectivos en ambos trastornos, y el estrés puede predisponer a ambos; por ello, Nutt (2004) considera que es probable que haya una etiología común. Aunque también se ha pensado que lo que existe entre ambas sea más una patofisiología común, que una etiología común de la ansiedad y la depresión (MacKinnon y Hoehn-Saric, 2003).

La búsqueda de una etiología genética común de la depresión y la ansiedad se muestra promisorio, pero aún no se ha encontrado una base molecular de la comorbilidad. Hay poca evidencia de que los trastornos de ansiedad y depresivos compartan factores de riesgo genéticos. Sin embargo, es probable que una base genética común para los dos trastornos psiquiátricos exista en la forma de una vulnerabilidad genética común en varios de los genes implicados en la patogénesis de varios trastornos (MacKinnon y Hoehn-Saric, 2003).

Por otro lado, como los mismos neurotransmisores están implicados en ambos trastornos, es probable que ellos compartan déficit similares subyacentes en la función serotoninérgica (5-HT), particularmente en los receptores 5-HT_{1a}, los cuales parecen ser la clave para ambos trastornos (Nutt, 2004).

Referente al tratamiento farmacológico, se ha establecido que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (SSRIs) han mostrado eficacia en ambos trastornos. El efecto antiansiedad de los antidepresivos SSRIs es independiente de la línea base de la depresión. Los SSRIs son efectivos aún en pacientes ansiosos no deprimidos, es decir, estos agentes actúan sobre los síntomas específicos de los

trastornos de ansiedad y su efecto no es una consecuencia de la acción sobre los síntomas depresivos; sin embargo, sí se requieren dosis distintas para el tratamiento de ambos trastornos y el tiempo de acción suele ser más lenta en el caso de la ansiedad (Ballenger, 2003; citado en Nutt, 2004).

3.3. Relaciones entre ansiedad y depresión

a) Comorbilidad

La alta co-ocurrencia con la que se presentan múltiples diagnósticos psiquiátricos en general, ha conducido al empleo del término "comorbilidad" para denotar tal suceso. El primero en usar la palabra fue Feinstein (1970; citado en Cassano y cols., 2003), quien acuñó el término para significar "cualquier entidad clínica adicional distinta que ha existido o que puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad identificada bajo estudio".

En un sentido estricto, el término está restringido a enfermedades o trastornos, no a síntomas. Los síntomas pueden asociarse o co-ocurrir, pero no pueden estar en comorbilidad con trastornos. Cassano y colaboradores (2003), también explican que en epidemiología psiquiátrica, el término comorbilidad es usado de manera diferente, haciendo énfasis en el riesgo relativo de que un paciente con un trastorno particular puede estar relativamente en mayor o menor riesgo de que otros trastornos sean diagnosticados o de que otros síntomas también sean observados. Los estudios clínicos suelen usar el término de comorbilidad en el sentido de que más de un trastorno puede ser

diagnosticado en el mismo individuo. Además, cualquier persona que cumpla los criterios para un solo trastorno, puede tener también una alta frecuencia de síntomas de otras categorías, pero que no son suficientes para diagnosticar otro trastorno. Por otro lado, los estudios diagnósticos pueden identificar síntomas o relaciones entre subsíndromes que mejoran la precisión del diagnóstico al incrementar el poder discriminante de un criterio diagnóstico.

Para Kaplan y Feinstein (1974; citado en Berlanga, 1993), existen por lo menos tres tipos distintos de comorbilidad: 1) *comorbilidad patogénica*: cuando una enfermedad particular lleva a otras complicaciones o enfermedades, las cuales, se considera que están relacionadas etiológicamente, 2) *comorbilidad diagnóstica*: cuando los diagnósticos de dos o más entidades clínicas se sustentan en síntomas individuales y no específicos, este tipo de comorbilidad es artificial, pues se basa en el grado en que las enfermedades comparten síntomas similares, no en su asociación, y 3) *comorbilidad pronóstica*: hace referencia a que un trastorno puede predisponer a un paciente a desarrollar otros trastornos

b) Modelos teóricos de comorbilidad

Klein y Riso (1993; citado en Cassano y cols., 2003) argumentan que existen al menos cuatro modelos teóricos que pueden explicar la co-ocurrencia de dos o más trastornos mentales en un mismo sujeto, a saber: 1) depresión y ansiedad son reflejo de un mismo fenómeno, y para esta explicación existen tres posibilidades: a) ambas condiciones son reflejo de un mismo fenómeno, b) una de las dos no es más que el reflejo de la otra, y c) una de los dos induce cambios que conducen a la otra; 2) existe un factor común para la depresión y ansiedad (hipótesis de vulnerabilidad); 3) es un artefacto de un criterio diagnóstico, para lo

cual existen dos posibilidades: a) comorbilidad debido a un criterio de solapamiento, y b) comorbilidad debido a un desorden que abarca al otro; y 4) la ansiedad y la depresión son dos entidades separadas, que engloba cuatro opciones: a) ellas pueden ser una u otra, ansiedad o depresión, b) pueden aparecer juntas (punto de vista de comorbilidad), c) cada una aparece a nivel de umbral o subumbral en donde cualquier combinación es posible (punto de vista de un subsíndrome mixto), y d) la comorbilidad es la vía final de dos condiciones distintas.

A continuación se mencionan a algunos autores que están de acuerdo o apoyan alguna de estas posturas:

1) Depresión y ansiedad como reflejo de un mismo fenómeno

Dentro de ésta concepción Wittchen, Beesdo, Bittner y Goodwin (2003) y Wittchen, Kessler, Pfister y Lieb (2000) apoyan la noción de que uno de los trastornos puede inducir cambios que conducen al otro, en este caso, que los trastornos de ansiedad son primarios a la depresión en la mayoría de los casos. Ellos comentan que los trastornos de ansiedad incrementan el riesgo de una depresión posterior y que afectan el curso de ésta, resultando en un peor pronóstico. Sin embargo, como se mencionó, no es la única posibilidad, ya que como lo señalan Wittchen, Lecubrier, Beesdo y Nocon (2003; citado en Nutt, 2004), aunque la ansiedad ha sido identificada como un factor de riesgo para la depresión secundaria, algunos casos de depresión pueden conducir a una ansiedad secundaria, es decir, cada trastorno puede predisponer al otro.

2) Existencia de un factor común (hipótesis de vulnerabilidad)

Como se puntualizó anteriormente, el estrés puede ser un factor que predisponga a ambos trastornos (Nutt, 2004). Esto es, que la etiología

psicológica o disparador de ambos trastornos, puede ser la misma porque la misma fuente de estrés puede llevar a ambos tipos de síntomas (MacKinnon y Hoehn-Saric, 2003). Algunas respuestas emocionales son normales, sin embargo, cuando éstas son tan intensas como para interferir con la habilidad de un individuo para afrontar el estrés que dispara la emoción, la causa biológica subyacente de un trastorno, es la vulnerabilidad de un individuo para experimentar una respuesta emocional exagerada de algún tipo.

Además, como se observó con anterioridad, estos trastornos pueden converger en una etiología común, ambos comparten algo, aunque no todo, como ciertas marcas químicas y fisiológicas. Así, parece que son distintos trastornos, pero relacionados en algún nivel poco estudiado. Se sugiere que la relación entre ansiedad y depresión revela alguna evidencia de una patofisiología común, o que, en un sentido convergen hacia una etiología común (MacKinnon y Hoehn-Saric, 2003).

3) Artefacto de un criterio diagnóstico

Ciertos autores como Fava y colaboradores (2006) estarían más de acuerdo con el punto de vista de una comorbilidad debido a que un trastorno abarca al otro, pues ellos apoyan la noción de que la depresión ansiosa puede ser una subcategoría diagnóstica válida del Trastorno depresivo mayor, con comorbilidad psiquiátrica y características clínicas y sociodemográficas distintas. Estos autores definen la depresión ansiosa como "depresión con altos niveles de ansiedad", y comparándola con la depresión no ansiosa, apuntan que los primeros están más severamente enfermos y tienen mayores tasas de comorbilidad con trastornos de ansiedad que los segundos.

4) Entidades separadas

Como se señaló más arriba, dentro de la postura que indica que la ansiedad y la depresión son entidades separadas, existe la opción de que ellas sean una u otra, y en este sentido, Kessler y colaboradores (1999) reportaron, a partir de dos encuestas nacionales, el National Comorbidity Survey y el Medlife Development, que ambos trastornos tienen asociaciones independientes estadísticamente significativas con un deterioro que fue aproximadamente igual en magnitud. Ellos concluyen que: 1) la depresión mayor es más común que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), 2) que hay una fuerte comorbilidad entre ambos trastornos, 3) que la depresión mayor ocurre en la mayoría de la gente con TAG, y 4) que el TAG ocurre en una minoría sustancial de gente con depresión mayor. Sin embargo, esto no quiere decir, que ambos trastornos estén tan fuertemente relacionados que ellos no puedan ser distinguidos. Estos autores consideran que los dos trastornos pueden ser diferenciados a pesar del solapamiento en muchos de sus síntomas centrales. Además, basándose en un estudio epidemiológico en Israel, señalan que ambos trastornos tienen predictores sociodemográficos significativamente diferentes.

Otra de las opciones en esta postura es la de que ambos trastornos pueden aparecer a nivel de umbral o subumbral, o sea, la concepción de un subsíndrome mixto. Al respecto, Zinbarg y colaboradores (1994) recomendaban incluir en el apéndice del DSM-IV la categoría mixta ansiosa – depresiva, como una propuesta de categoría diagnóstica que necesita más estudio. Por su lado, Heinze y colaboradores (1999) refieren que en la práctica clínica la sobreposición de características compartidas entre la ansiedad y la depresión dan lugar al síndrome mixto ansioso depresivo, el cual se presenta con características propias, a veces poco delimitadas, pero con particularidades terapéuticas y pronósticas. Arcega (2001) también es de la opinión de que el trastorno

mixto ansioso depresivo sea incluido en el DSM, no como una categoría residual, sino como un criterio diagnóstico, como en la CIE-10, ya que en la revisión que hace, encuentra que la comorbilidad entre ansiedad y depresión implica mayor gravedad, mayor tendencia a la cronicidad, peor respuesta al tratamiento y mayor deterioro psicosocial.

c) Modelo de espectro de la ansiedad y la depresión

El sustento de este nuevo modelo de espectro de ansiedad – depresión, es el hecho del viejo debate entre los sistemas categoriales y dimensionales para la clasificación y definición de las enfermedades psiquiátricas. En un sentido, los sistemas de diagnóstico actuales, el DSM-IV y la CIE-10, están basados en modelos dimensionales, al proponer de una forma implícita la existencia de un continuum dentro de la capacidad de introspección de un sujeto (Bousoño, González y cols., 2003). La cuantificación de determinados criterios como los de la duración temporal de un determinado número de síntomas, evidencia la existencia de un continuum de duración y, además, pone de manifiesto la dificultad para determinar los límites (que se hacen por consenso) de criterios como el tiempo de duración que, por ejemplo, en el caso de la depresión exige que sea de 15 días, por lo que alguien con 13 no sería diagnosticado, aunque estuviese tan deprimido como el de 15.

Una manera de superar el problema de clasificar a muchos pacientes con múltiples trastornos dentro de una categoría ha resultado en una variedad de otros procedimientos para afrontar la realidad clínica, uno de ellos es mediante el concepto de *espectro* que da una perspectiva adicional para la evaluación de trastornos psiquiátricos concomitantes. El espectro en sí mismo no es una categoría diagnóstica (Cassano y cols. 2003), sino un conjunto de trastornos que

comparten una determinada psicopatología supuestamente relacionada con los factores etiopatogénicos comunes a dicho conjunto. Así, el espectro de los trastornos de ansiedad y depresión son el conjunto de trastornos que presentan características sindrómicas en torno al eje ansiedad y depresión, en el que en un polo se encuentran los casos en los que predomina el componente de ansiedad y en el otro extremo el de los casos en los que sobresalen los componentes depresivos (Bousoño, González y cols., 2003).

La definición de espectro incluye un rango de síntomas subclínicos y/o atípicos y características conductuales aisladas que son expresiones parciales o subclínicas de un trastorno categórico (Bousoño, González y cols., 2003). Klein (citado en Sánchez y cols., 2003) refiere que al analizar en profundidad ciertas características que resulten comunes, pudiera concluirse que lo que determina realmente la relación entre los trastornos, es el hecho de que compartan algunos aspectos de la etiopatogenia o de la fisiopatología. Las características del espectro a las que Klein se refiere son: sintomatología similar, curso, factores de riesgo epidemiológicos, comorbilidad frecuente, transición de un síndrome al otro, carga familiar conjunta, respuestas específicas al tratamiento, características de la personalidad premórbida, razón de afectación sexual, edad de inicio, déficit neurológicos, respuestas a los tests psicológicos, respuestas a las pruebas de estimulación, índices bioquímicos y neurológicos, y patrones de imagen cerebral (funcional y anatómica).

Por otro lado, la descripción de una realidad clínica que incluye un complejo arreglo de síntomas pertenecientes a diferentes trastornos y su propio tratamiento, conducen a hablar en términos de una comorbilidad de espectro subclínica y atípica. El pronto reconocimiento de la comorbilidad de espectro (observada a través de la vida) permite una mejora significativa en la precisión del diagnóstico, la elección de

la estrategia de tratamiento más apropiada, el manejo del tratamiento, control sobre el potencial abuso de sustancias y la predicción de los resultados (Cassano y cols. 2003).

En resumen, Otero y Gonçalves (2007), mencionan que se postulan tres hipótesis respecto a la co-ocurrencia de estos trastornos: 1) *hipótesis unitaria*, la cual defiende la postura de que los trastornos depresivos y de ansiedad son una misma entidad, 2) *hipótesis pluralista*, que considera que los dos trastornos son independientes, y 3) *hipótesis del espectro* de trastornos de ansiedad y depresión, la cual defiende la existencia de una continuidad, pero reconociendo la posibilidad de trastornos puros o en los que predominan claramente uno de los polos (ansiedad o depresión), si bien la mayoría de las entidades clínicas se encuentra en situaciones intermedias (cuadros mixtos).

Finalmente, de manera general, se plantea la existencia de cuatro grupos de pacientes: 1) aquellos con síntomas de ansiedad y de depresión pero que no cumplen los requisitos diagnósticos actuales de alguno de los trastornos; corresponderían al trastorno mixto de ansiedad y depresión de la CIE-10, 2) pacientes con trastorno de ansiedad asociado a síntomas depresivos, 3) pacientes con trastorno depresivo asociado a síntomas ansiosos, y 4) pacientes que cumplen los criterios de ambos diagnósticos: trastorno depresivo y trastorno de ansiedad (García y Lou, 2007).

3.4. Diferencias entre ansiedad y depresión

Como se ha venido planteando, existe cierta dificultad en hacer una distinción entre ambos trastornos debido al solapamiento de síntomas. Por ello, a continuación se muestran aquellas características con las que puede hacerse una diferenciación más clara entre estos dos trastornos

(tomado y adaptado de Berlanga, 1993; Heinze y cols., 1999; Perales y Sogi, 1999; Otero y Gonçalves, 2007):

Ansiedad	Depresión
Predomina la alerta ante un peligro imaginado	Predomina la afectación del humor
Interés mantenido	Pérdida del interés
Labilidad afectiva	Humor depresivo
Activación	Entretimiento
El rendimiento puede aumentar si el rendimiento es leve	El rendimiento disminuye
Habitualmente no existe empeoramiento matutino del estado de ánimo	En ocasiones, ritmo circadiano con empeoramiento matutino del ánimo
Respuesta a benzodiazepinas y a antidepresivos	Respuesta a antidepresivos y no a benzodiazepinas
La atención se conserva, aunque puede estar dispersa	Dificultades cognitivas, disminuyen la atención y la concentración
Inquietud ante el futuro	Tendencia a evocar el pasado
Las ideas de culpa suelen estar ausentes, la hipocondría sí es frecuente	Ideas de culpa, incapacidad, ruina e hipocondría
Insomnio de conciliación	Despertar precoz
No hay hipersomnia	Hipersomnia en el 15%
Disfunciones sexuales variadas, pero no suele haber disminución del deseo	Con frecuencia hay disminución del deseo sexual, y puede haber otras disfunciones sexuales
Latencia de REM habitualmente normal	Latencia de REM acortada
Test de supresión de la dexametasona suele ser normal (excepto en el trastorno de pánico)	Test de supresión de la dexametasona anormal (no supresión) en especial en depresión endógena
El futuro se ve con temor, la persona se atormenta por la incertidumbre, el miedo a la muerte, la inseguridad y la desesperación	El tema cognoscitivo central es de pérdida, el autodesprecio, la desesperanza y los deseos de morir
Se puede observar hiperactividad y aumento de la actividad autonómica.	Se puede observar hiperactividad o retardo psicomotor, y aumento o disminución de la actividad autonómica.
Menor desajuste aún en las formas más severas de ansiedad.	Mayor desajuste en el área sexual, laboral, interpersonal y de recreación.

Tratamiento como la privación del sueño y la terapia electroconvulsiva pueden tener un efecto negativo (exacerbación de síntomas)	Mejor respuesta (más efectiva), sobre todo en algunos tipos de tratamiento como la privación de sueño y la terapia electroconvulsiva.
Se asocia más síntomas motores y físicos.	Se relaciona más con variables psicosociales
En relativa calma y deterioro en la tarde.	Mejoramiento vespertino.
Relacionados a algún peligro o amenaza.	Relacionados a una pérdida

3.5. Consecuencias

Como ya se mencionó en los apartados anteriores, las personas que sufren algún trastorno ansioso o depresivo tienden a presentar algunas dificultades en su vida diaria, tales como dificultades para realizar su trabajo y convivir con otras personas, menor funcionalidad social, más días de incapacidad y mayor número de visitas al médico entre algunas otras (Kroenke y cols., 2007). Sin embargo cuando los pacientes presentan en comorbilidad estos trastornos las consecuencias tienden a incrementarse presentando además de las ya mencionadas las siguientes: mayor gravedad del trastorno, nivel más alto de sufrimiento, mayor tendencia a la cronicidad, peor respuesta al tratamiento, exhiben mayor deterioro psicosocial y tienen mayor riesgo suicida (Ayuso, 1997).

Capítulo 4

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

*Los niños son espejos:
En presencia del amor,
es amor lo que reflejan.
Cuando el amor está ausente,
no tienen nada que reflejar.*

Anthony de Mello⁴

4.1. Embarazo

El embarazo es considerado la primera etapa de un mismo proceso por el cual atraviesa una mujer, las siguientes etapas son parto y nacimiento. Este proceso inicia cuando un espermatozoide penetra en el óvulo y lo fecunda, dando así el inicio del desarrollo de las distintas estructuras corporales que conformarán al nuevo ser (Delval, 1994; Salvatierra, 1989).

Este proceso tiene como finalidad procrear una nueva vida y convertir a la mujer en madre (Salvatierra, 1989), coronándola, biológicamente hablando, en su sexualidad (Deutsch; 1945 citado en Salvatierra).

Como en todo proceso, se dan cambios a nivel biológico, social y psicológico, que afectan a la futura madre, ya que el embarazo por sí sólo, representa un importante suceso en el ciclo vital femenino, trayendo consigo consecuencias duraderas en términos del funcionamiento fisiológico y físico, actividad intrapsíquica e

⁴ Patrón, L., Roger, (2005). *Un Regalo Excepcional*. México: Tercera Edición, S. A. de C. V. p. 86.

interpersonal, además de un cambio de rol social. Por ello, es que varios autores concuerdan en que es muy comprensible la alta prevalencia de problemas emocionales en este periodo (Uddenberg, 1974, citado en Jadresic, Jara y Araya, 1992; Kumar y Robson, 1984; González, Morales, Gutiérrez y de Mucha, 1993; Salvatierra, 1989).

Dado que los cambios mencionados son de gran importancia y afectan a las mujeres, a continuación se describirán cada uno de ellos, de tal forma que se iniciará con los cambios biológicos, sociales y psicológicos, para concluir en los problemas emocionales por los que atraviesa la mujer gestante.

a) Cambios biológicos

La duración total de la gestación es de aproximadamente 270 días, lo que equivale a 38 semanas, las cuales, suelen dividirse en tres periodos (trimestres) que Delval (1994) y Rennet (citado en Ferrando, 1984) resumen de la siguiente forma:

- 1. Periodo preembrionario o del cigoto.** También conocido como de fecundación e implantación, comienza desde el momento de la fecundación hasta aproximadamente las dos primeras semanas (día 16). Durante este tiempo existe una elevada actividad miótica.
 - 2. Periodo embrionario.** Comienza aproximadamente desde el día 17 hasta el 55, es decir, hasta los dos meses. Durante este tiempo, comienzan a aparecer los primeros órganos (organogénesis), lo cual hace que el embrión sea muy sensible a todo lo que pueda tener influencia nociva y que pueda provocar malformaciones (agentes teratógenos).
 - 3. Periodo fetal.** Inicia desde el final del periodo anterior, es decir, desde el día 55 aproximadamente hasta el nacimiento,
-

en este periodo el feto se dedica a crecer, aquí los agentes adversos pueden comprometer el crecimiento.

Cuando una mujer queda embarazada normalmente no tiene signos y sólo se da cuenta un par de semanas después cuando no presenta su periodo menstrual y tiene cambios en las glándulas mamarias, estos dos son los signos más precoces del embarazo. Los pechos se vuelven más llenos y ligeramente más sensibles al tacto, las aréolas se agrandan y se oscurecen, la capacidad eréctil de los pezones aumenta y en algunas ocasiones hay salida de calostro, además de que se puede sentir una sensación de hormigueo y pinchazos alrededor de los pezones. (Ferrando, 1984; Burt y Brower, 1976; Olivar, 2002).

El siguiente signo que aparece aproximadamente en los tres primeros meses son las náuseas y vómitos frecuentes, los cuales pueden durar hasta doce semanas o más, en algunas mujeres (Burt y Brower, 1976; Olivar, 2002).

Además de los cambios mencionados, Olivar (2002), refiere que los "cambios externos más obvios" son el crecimiento del abdomen y el aumento de peso. Durante este periodo, la mujer gana progresivamente un aumento de peso, el cual regularmente llega a ser de 12.5 Kg al final del embarazo, lo que corresponde más o menos a una libra por semana después del primer trimestre.

Como menciona Olivar (2002), los síntomas descritos hasta este momento son los más notorios, sin embargo varios de los cambios importantes que presenta la mujer suceden en su aparato reproductor, como es el caso de su útero, y debido a que éste crece en grandes proporciones, hace que se mueva dentro de la cavidad abdominal, desplazando los intestinos y provocando una presión sobre la vejiga, lo cual hace que se tenga la sensación de querer orinar frecuentemente y

en muchas ocasiones provocando incontinencia urinaria (Burt y Brower, 1976).

Otro de los cambios, es el aumento en número y tamaño de los vasos sanguíneos del útero y de la pelvis, lo cual tiene como finalidad, garantizar el flujo sanguíneo del útero al feto (Blackburn y Loper 1992; citado en Olivar, 2002).

La vagina, también sufre algunos cambios durante este periodo, ya que debido al aumento de vasos sanguíneos, adquiere un color azulado, se presenta flujo, que por lo general es blanquecino, espeso y ácido (Gantus, 1979; Blackburn y Loper 1992, citado en Olivar, 2002).

Ferrando (1984) menciona que en el tercer trimestre se pueden presentar una serie de molestias como una mayor lentitud de los movimientos de los intestinos, lo cual tiene como finalidad facilitar la absorción de hierro, calcio y agua, sin embargo, esto provoca que la gestante se queje de estreñimiento. También se presentan algunas molestias en la boca, como las caries, ya que la saliva se vuelve más ácida; hay modificaciones en la piel, pues aparecen manchas, sobre todo en la cara (Olivar, 2002). Por otro lado, pueden aparecer varices y hemorroides, los pies y las manos se hinchan y las piernas se acalambran. También hay modificaciones en el sueño, ya que en el inicio del embarazo la mujer tiende a dormir durante más tiempo o tomar pequeñas siestas y sentirse fatigada, a veces hasta el agotamiento; sin embargo, al final de la gestación suele dormir menos horas consecutivas debido al tamaño del bebe.

b) Cambios sociales

La vida de una persona atraviesa por una serie de estadios de desarrollo psicosocial. Durante cada estadio, la sociedad espera determinados comportamientos, que son los correspondientes a la edad y situación

por la que se esté atravesando. Tales expectativas de conducta son variables, según la cultura, constituyen exigencias que el sujeto debe afrontar mediante un trabajo interno de aceptación, primero, y de cumplimiento y éxito, después (Salvatierra, 1989).

El embarazo, representa un estadio de desarrollo de la mujer, el cual trae consigo una serie de expectativas y demandas para ella, ya que está cargado de preocupaciones, sobre todo cuando se trata del primero (Delval, 1994; Salvatierra, 1989). Delval, también menciona que algunas de las expectativas que se tienen en este periodo se relacionan con la anticipación que la futura madre tiene hacia lo que su hijo va a hacer y a ser; los cambios por los que ella atravesará; los cuidados que se deben tomar, y las preocupaciones por las complicaciones que el niño puede traer consigo.

Por otro lado, Langer, Bobadilla, Bronfman y Avila (1988) mencionan que el embarazo es una etapa que además de generar expectativas, genera demandas sociales para la mujer, las cuales desembocan en estrés. Salvatierra (1989) refiere que estas expectativas y demandas se dan debido a que existen objetivos biológicos y psicosociales, que se espera se logren durante este periodo. Uno de los objetivos biológicos que se espera, es el nacimiento de un niño sano y como objetivo psicosocial se espera que la mujer crezca y madure como madre. Sin embargo, esas son algunas de las demandas "universales", ya que cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo.

Las demandas sociales llegan a la futura madre por diversos medios, el primero de ellos, es el círculo en donde se desenvuelve la mujer, prioritariamente en el núcleo familiar; los medios de comunicación masiva y las instrucciones médicas, principalmente.

Estas demandas deben ser adoptadas por la mujer gestante, ya que la sociedad demanda y si la mujer no responde a esas demandas,

ésta la juzga y la condena (Olivar, 2002). Pero la sociedad no solo exige, sino también apoya de diferentes formas, algunas de ellas son asistiéndola profesionalmente durante la gestación, apoyándola cuando es madre soltera y adolescente con redes de apoyo, ya sean familiares y/o de amigos (Salvatierra, 1989; Olivar, 2002).

c) Cambios psicológicos

La gestación, como indica Molinski (1986; citado en Salvatierra, 1989) plantea a la conciencia de las mujeres tres realidades: 1) la aparición de un nuevo ser, en una relación que antes era de dos; 2) profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal, y 3) un cambio en el papel social.

Estas nuevas realidades provocan reacciones psicológicas en la mujer, provocando una ambivalencia, por un lado, se desea ser madre (porque socialmente es el objetivo cumbre de la mujer) y, por otro, está el conflicto de la aceptación o rechazo del embarazo (Hertz y Molinski, 1981; citado en Salvatierra, 1989; Olivar, 2002). Esta ambivalencia produce una situación de estrés, con altos niveles de ansiedad, condicionada por las demandas sociales, ya que significa que la mujer debe desarrollar nuevas habilidades para realizar nuevas tareas, con las cuales debe comprometerse (Salvatierra, 1989).

Así mismo, Olivar (2002) menciona que durante este periodo, el hecho estresante más importante es la gestación misma y es diferente si se trata del primer embarazo, o si ya se han tenido otros, si se trata de una adolescente o de una mujer añosa, si la mujer es soltera o casada, si se tienen recursos económicos o no; y lo más importante es, si el embarazo es planeado y el hijo es deseado.

Algunos autores proponen que la aceptación del embarazo y la llegada de un nuevo ser esta determinada por la percepción

consciente que la madre tiene de él, tal como refiere Gantus (1979), el cual menciona que la aceptación del nuevo ser se da de forma progresiva, ya que en la fase inicial del embarazo, el bebé es un concepto abstracto en la mente de la futura madre; este concepto cambia hasta que la mujer siente los movimientos de su bebé, logrando con ello una mayor aceptación y adaptación a la realidad de llevar a un nuevo ser en ella.

Por otro lado, pueden ser varias las causas que pueden provocar rechazo al nuevo embarazo, como las obligaciones futuras que implica un hijo, el temor al propio embarazo, un embarazo no programado, o que el embarazo va a hacerle "perder la línea" (Gantus, 1979).

Por su parte, Olivar (2002) indica que debido a los cambios físicos y sociales que acompañan a la gestación, la mayoría de las mujeres experimentan miedos y preocupaciones graves, que se pueden dar por las creencia de que el embarazo significa que se perderán los atractivos físicos, o que se puede lastimar al feto o de tener un hijo anormal; por ello, es que algunas mujeres se sienten tristes, irritables, nerviosas y llorosas.

Además de los cambios en el estado de ánimo antes mencionados, durante todo el embarazo se presenta cierto grado de ansiedad, que junto con el estado de ánimo tienden a tener fluctuaciones, con incrementos en el primer y en el tercer trimestre, los cuales están muy relacionados con la concientización y aceptación del embarazo, así como también con la preparación para el parto (Olivar, 2002).

Como puede verse, durante la gestación, la mujer experimenta modificaciones en el estado de ánimo, que pueden conjuntarse con la presencia de ansiedad, los cuales hasta cierto grado pueden considerarse "normales". Sin embargo, cuando estas fluctuaciones se vuelven más intensas y duraderas, comienzan a acarrear una serie de

problemas tanto para la mujer como a su descendencia, como se explicará a continuación.

4.2. Ansiedad en el embarazo

Prevalencia

González y colaboradores (1993), citando a Zajicek y Wolkind y Cox, mencionan que durante el periodo del embarazo, se presentan altos niveles de trastornos psiquiátricos, los más frecuentes son los de ansiedad y de depresión.

Con respecto a los trastornos de ansiedad en este periodo, son pocos los estudios realizados, entre ellos se puede mencionar el de Heron y colaboradores (2004), los cuales reportaron que de 8323 mujeres inglesas embarazadas, el 21.9% presentaba síntomas de ansiedad clínicamente significativos. Por su parte, Sutter-Dallay, y colaboradores (2004), que encontraron que de una muestra de 497 embarazadas, el 24.1% tenía un trastorno de ansiedad.

En México, Esquinca (1989), encontró que el 71.4% de 28 mujeres del grupo de embarazo de alto riesgo, cursaba con ansiedad, y que el 35% de 40 mujeres del grupo de embarazo normal también la presentaban. Por su parte, Zarco (1990), estudiando la relación entre la ansiedad y depresión con el número de gestación, reportó que, usando el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), las mujeres primíparas presentaban un 4% tanto en ansiedad estado como en rasgo, mientras que las multíparas, 0 y 12% respectivamente, y el grupo control 4% en ansiedad estado y 20% en ansiedad rasgo.

Factores de riesgo

Maldonado-Durán, Lartigue y Feintuch (2000) mencionan que para algunas mujeres, la preocupación normal del embarazo está altamente exacerbada, por lo cual les resulta difícil manejarla. Por otro lado, señalan que las situaciones más comunes que generan ansiedad en el embarazo son: alguna anomalía en las pruebas de laboratorio rutinarios que pudieran estar asociadas con algún peligro en el bebé, o con alguna malformación o patología; miedo intenso de que algo verdaderamente malo pudiera ocurrirle al bebé, o de que el bebé muriera en el útero o en un breve tiempo; dificultad en las circunstancias de vida, incluyendo estresores económicos o concernientes a la vivienda, el acceso a los servicios de salud, una marcada pobreza o no tener un hogar; un alto nivel de conflicto en la relación marital o violencia familiar y una ausencia total o relativa de apoyo social por parte de la pareja y/u otras personas significativas, resultando el embarazo para la mujer, más que una experiencia social compartida, una situación de abandono, aislamiento y temor.

Wilson y colaboradores (1996; citado en Maldonado-Durán, 2000), en un estudio meta-analítico del estrés durante el embarazo, encontraron algunos estresores particularmente asociados con dificultades emocionales en la madre, como la falta de apoyo social, problemas de vida recientes, disturbios psiquiátricos previos y embarazo no deseado. También mencionan que, incidentalmente, estos factores fueron fuertemente asociados con el abuso infantil y con maltrato de la madre por su esposo o pareja.

Se ha encontrado que el monto de ansiedad es mayor cuando menor es la edad materna y el número de hijos (Burstein y cols., 1973; citado en Langer y cols., 1988). En general, las mujeres más jóvenes, con bajo nivel de escolaridad y poco preparadas para la maternidad

presentaron mayor propensión a la ansiedad durante este periodo (Standley y cols., 1975; citado en Langer y cols. 1988).

Por otro lado, Gurun, Dunkel-Schetter, Collins, Rini y Hobel (2005) también encontraron que las mujeres que tienen menos actitudes favorables hacia el embarazo, que se perciben a sí mismas con menos control y autoeficacia y que experimentaron un gran número de sucesos de vida durante el embarazo reportaron un incremento en la ansiedad prenatal desde las etapas más tempranas del embarazo y hasta el final del mismo. Específicamente en el caso de las mujeres latinas, el autocontrol y/o autoeficacia, la falta de apoyo por parte del papá del bebé y los sucesos de vida resultaron ser un predictor de ansiedad.

4.3. Depresión en el embarazo

Prevalencia y factores de riesgo

Como ya se explicó anteriormente, durante el embarazo se dan grandes cambios que pueden considerarse "normales" de este periodo, como por ejemplo los cambios en el sueño y apetito, disminución de la libido, baja energía, entre otros; lo cual complica el diagnóstico de algún trastorno durante este periodo. Sin embargo, el embarazo a pesar de compartir una gama de signos neurovegetativos y síntomas característicos de la depresión mayor, no comparte los demás síntomas presentes de este trastorno, como son: la anhedonia, los sentimientos de culpa y los pensamientos de muerte, lo cual hace que sea posible el diagnóstico de este trastorno; siempre y cuando no se presente alguna otra enfermedad médica tales como: anemia, diabetes gestacional y disfunciones de la tiroides, ya que estas enfermedades pueden ser

generadoras de los síntomas depresivos (Fagioli, Nonacs, Viguera y Cohen, 2005; Nonacs, Cohen, Viguera y Mogielnicki, 2005).

A diferencia de los trastornos de ansiedad, la depresión en el embarazo ha sido más estudiada, como se verá más adelante. Cabe señalar que se ha encontrado un gran margen de diferencias en las prevalencias entre los diferentes estudios, lo cual tiene relación con los métodos que se utilizaron en cada uno de ellos, tales como los instrumentos y el momento o tiempo de gestación, como lo señalan Bennet y colaboradores (2004). Estos mismos autores hicieron una revisión de 29 estudios sobre el tema realizados desde 1985 a 2002, encontrando prevalencias que van desde un 2 a un 51% de depresión en el embarazo. Sin embargo, tales discrepancias no se muestran en cuanto a los factores de riesgo asociados, pues en la mayoría se reportan hallazgos similares, a pesar del país en donde se realizó el estudio.

Existen varios estudios acerca de la prevalencia de los trastornos depresivos, los cuales reportan incidencias de 2 a 38% de depresión mayor en mujeres de bajo nivel socioeconómico cuando se utilizan entrevistas estructuradas (Bennet y cols., 2004) y de 8.5 a 11% de depresión mayor y menor (Gaynes y cols., 2005 citado en Lara y cols., 2006). En cuanto a las estimaciones de sintomatología depresiva, la prevalencia varía entre 8 y 31% y de 20 a 51% en mujeres de bajo nivel socioeconómico (Bennett y cols., 2004).

En los dos siguientes cuadros se presentan las prevalencias y factores de riesgo de los estudios internacionales más representativos referentes al tema y, posteriormente, los estudios realizados en México que también han estudiado el tema. Cabe destacar que Lara y colaboradores (2006), además de estudiar los factores de riesgo en mujeres mexicanas, reportan los días de discapacidad en el último mes debido a la sintomatología depresiva.

Cuadro 1. Estudios internacionales sobre depresión en el embarazo

Estudio	Prevalencia %	Factores de riesgo
Jadresic y cols., 1992	7.4%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor exposición a acontecimientos vitales ▪ Consulta previa con especialistas por problemas emocionales ▪ Dificultades económicas graves en el pasado reciente ▪ Separación de personas significativas para la mujer ▪ Dificultades en la relación con la pareja y/o la madre
Alvarado y cols., 1993	29%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo no deseado ▪ Relación de pareja insatisfactoria ▪ Antecedentes personales de depresión
Kitamura y cols., 1996; Kitamura y cols., 1996 (revisión)	4 a 29%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores obstétricos (primer embarazo, primer parto, historia previa de aborto) ▪ Experiencias tempranas (pérdida de los padres) ▪ Personalidad (altos puntajes en neuroticismo) ▪ Actitudes hacia el presente embarazo (perplejidad del esposo) ▪ Factores de alojamiento (vivienda compartida con expectativas de hacinamiento después del parto) ▪ Apoyo social (bajo nivel de intimidad con el esposo)
Da Silva, 1998	37.9% (en el tercer trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos apoyo de la pareja
Cunningham y Zayas, 2002 (revisión)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eventos de vida estresantes ▪ Falta de apoyo social ▪ Ser madre soltera ▪ Falta de relaciones de confianza ▪ Dificultades matrimoniales, económicas o de vivienda ▪ Tener varios niños en casa ▪ Embarazo no planeado
Bennett y cols., 2004 (revisión)	20% (estimado) (Revisión de 29 estudios con puntajes entre 2 y 51%)	
Chen y cols., 2004		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser joven ▪ Con historia de tabaquismo ▪ Complicaciones obstétricas, pasadas o actuales ▪ Consumo frecuente de alcohol ▪ Problemas médicos
Sutter-Dallay, 2004	5.7%	
Lee y cols., 2004	4.4%	
Rich-Edwards y cols., 2006	9%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maternidad a temprana edad ▪ Dificultades financieras ▪ Embarazo no deseado ▪ Falta de una pareja ▪ Historia previa de depresión

Cuadro 2. Estudios de México sobre depresión en el embarazo

Estudio	Prevalencia	Factores de Riesgo
Esquinca, 1989	Grupo de alto riesgo: 41.1% leve 29.4% moderada 29.4% severa	Grupo de embarazo Normal: 53.8% leve 46.1% moderada 0% severa
Zarco, 1990	Primíparas 8% Multifíparas 24% Grupo control 16%	
González y cols., 1993		Factores asociados a <i>malestar emocional</i> "probable caso" <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eventos de vida: desintegración de la pareja (divorcio), tener que dejar de trabajar, cambio en la frecuencia de actividades recreativas ▪ No contar con el apoyo de la pareja ▪ Restringir vínculos de compañerismo y amistad ▪ Método evitativo (negación) como respuesta al estrés
Ortega y cols., 2001	21.7% (<i>sintomatología depresiva</i>)	
Morales y cols., 2002	62.2% (" <i>casos probables</i> " de <i>malestar psicológico</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja escolaridad ▪ Mayor número de hijos
Lara y cols., 2006	30.7% (<i>sintomatología depresiva</i>) 19% (<i>algún nivel de discapacidad por sintomatología en el mes anterior</i>) 21.2% (<i>dejaron sus actividades por este motivo todos los días del mes anterior</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posible depresión en la madre ▪ Falta de apoyo social práctico ▪ No tener pareja

c) Relación entre ansiedad y depresión en el embarazo

Esquinca (1989), en México, estudió la ansiedad y la depresión en dos grupos, uno de "embarazo normal" y el otro "embarazo de alto riesgo", encontró que en el primero, el 32.3% de 40 mujeres puntuaron en depresión y ansiedad y en el segundo grupo, el 53.5% de 28 cursaban con ansiedad y depresión.

Por otro lado, Heron y colaboradores (2004), encontraron una correlación de 0.74 entre ansiedad y depresión a las 18 semanas de gestación.

En el estudio de Jadresic y colaboradores (1992) mencionan que 25 de 28 mujeres con síntomas de ansiedad y/o depresión tenían síntomas de ansiedad como primer diagnóstico.

Por su parte, Andersson, Sundström-Promaa, Wulff, Aström y Bixo (2004), al estudiar estos trastornos durante este periodo encontraron que factores como la edad, estatus marital (estar o no casada) y el nivel socioeconómico están asociados a esta condición. También se ha visto que las mujeres que se encuentran solas y con más hijos están en riesgo de incrementar en severidad dicha sintomatología (Gotlib y cols., 1989; citado en Cunnigham y Zayas, 2002).

En los estudios que han dado seguimiento desde el embarazo al posparto, han encontrado que los síntomas de ansiedad prenatal, son un predictor de la depresión posparto (Jadresic y cols., 1992; Sutter-Dallay y cols., 2004; Heron y cols., 2004) y para el desarrollo de problemas subsecuentes del estado de ánimo perinatal (Ross, Sellers, Gilbert y Romach, 2004).

4.4. Consecuencias

a) Efectos en la madre

La presencia de trastornos *depresivos* y de *ansiedad* prenatal están relacionados significativamente con el incremento de náuseas y vómitos; así como con el incremento de las visitas al doctor, específicamente por amenaza de aborto y contracciones, además de que inhabilitó por algunos días a las mujeres (Andersson y cols., 2004). La *depresión* también se ha asociado con término espontáneo del embarazo, y la *ansiedad* estado-rasgo con hipertensión gestacional, hospitalización durante el segundo trimestre (Dayan y cols., 2006) y partos prematuros (Maldonado-Durán y cols., 2000), así como con la presencia subsecuente de preeclampsia, incremento de infecciones vaginales (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila y Ylikorkala, 2000; Dayan y cols., 2006), riesgo de conductas suicidas, cuidados inadecuados y poco compromiso en los cuidados prenatales de la madre, además de que se incrementa el uso de drogas ilícitas, alcohol y cigarro (Zuckerman y cols., 1989; citado por Fagioli y cols., 2005).

b) Efectos en el feto y neonato

La presencia de síntomas de *ansiedad* durante el embarazo, está asociado con consecuencias adversas en el desarrollo fetal, ya que ésta condición produce una precipitada liberación de catecolaminas que pueden resultar en una vasoconstricción maternal y finalmente en una limitación de oxígeno y nutrientes vitales para el feto, además de que puede verse comprometido el sistema nervioso central (Desmond, 1980; Ross y cols., 2006). Además puede contribuir a una prematura labor de parto (Field y cols., 2003; Heron y cols., 2004), un acortamiento

del tiempo de gestación, se restringe el crecimiento del feto dando como resultado un menor tamaño para la edad gestacional y cambios en el nivel de algunos neurotransmisores (Orr y cols., 2002; Hoffman y cols., 2000 citados en Andersson y cols., 2004; Bennett y cols., 2004).

Algunos autores mencionan que la *depresión* materna esta asociada con: pretérmino del embarazo, baja talla del recién nacido, circunferencia pequeña de la cabeza y bajos puntajes en el Apgar (Dayan y cols., 2002; Orr y Millar, 1995; Steer y cols., 1992; y Zuckerman y cols., 1990 citados por Fagioli y cols., 2005), el cual también se ha asociado directamente con la presencia de *ansiedad*, lo que puede ser un indicador de una pobre adaptación neonatal (Berle y cols., 2005).

c) Efectos a largo plazo

En estudios longitudinales prospectivos, se ha encontrado que la *ansiedad* prenatal también puede predecir problemas conductuales y emocionales en los niños (O'Connor y cols., 2002; O'Connor y cols., 2003; Van de Berg y Marcoen 2004) ya que puede predisponer al bebé al desarrollo de estados patológicos, provocando problemas conductuales durante la edad escolar, así como déficit de atención, problemas de aprendizaje y conducta agresiva (Maldonado-Durán y cols., 2000).

En cuanto a la *depresión*, se ha visto que los niños de madres depresivas exhiben depresión como conducta, por ejemplo: expresión de poco interés, expresión de llanto, excesivo llanto, poca orientación, excitabilidad menor y mayores reflejos anormales (Lundy y cols., 1996 y 1999 citado en Bennett y cols., 2004).

JUSTIFICACIÓN

El interés por realizar este estudio fue tener un mayor conocimiento sobre la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo, y los factores psicosociales que se relacionan a ella, y así, contribuir a la investigación, ya que existen pocos estudios realizados referentes al tema, en nuestro país; no obstante los datos internacionales y algunos nacionales, que reportan que una gran parte de esta población se ve afectada por tal problema y no recibe la debida consideración a nivel de salud pública.

Los objetivos de este estudio fueron conocer si las mujeres con síntomas de depresión y que presentan síntomas de ansiedad en un primer momento incrementarán los síntomas de depresión tres meses después, así como también, determinar la relación de algunas variables sociodemográficas y clínicas como la edad, el nivel de estudios, si vive o no con la pareja, los ingresos y el trimestre de gestación con dicha sintomatología, en mujeres que ya presentaban síntomas de depresión. Para ello, nos planteamos las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la relación entre los síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con síntomas de depresión en el embarazo?, ¿Tienen las mujeres con síntomas de ansiedad en un primer momento, mayor probabilidad de incrementar los síntomas de depresión tres meses después de la primer evaluación?, y ¿Cuál es la relación entre algunas variables sociodemográficas y clínicas como la edad, el nivel de estudios, si vive o no con la pareja, los ingresos y el trimestre de gestación con los síntomas de ansiedad y de depresión?.

Para abordar esta problemática se evaluó la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en dos momentos, el primero antes

de la semana 26 de gestación y el segundo, en promedio tres meses posteriores a la primera evaluación, en mujeres que asisten a atención prenatal en tres instituciones de la Ciudad de México.

METODOLOGÍA

Si no conozco una cosa, la investigaré.

Louis Pasteur¹

Pregunta de investigación

Las preguntas de investigación planteadas fueron: ¿Existe relación entre los síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con síntomas de depresión en el embarazo?, ¿tienen las mujeres con síntomas de ansiedad en un primer momento mayor probabilidad de incrementar los síntomas de depresión en promedio tres meses después de la primer evaluación? y ¿cuál es la relación entre las variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, ingresos y vivir o no con la pareja) y la variable clínica (trimestre de embarazo) con los síntomas de ansiedad y de depresión en el embarazo?.

Objetivo

Los objetivos del estudio fueron conocer si las mujeres con síntomas de depresión y que presentaban síntomas de ansiedad en un primer momento incrementarían los síntomas de depresión en promedio tres meses después. También se pretendió conocer si las variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, vivir o no con la pareja e

¹ Extraído el 7 de abril de 2008, del sitio web: <http://www.proverbias.net/citastemas.asp?letra=D>

ingresos) y la variable clínica (trimestre de embarazo) están asociados a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el embarazo.

Hipótesis

Las hipótesis de trabajo fueron:

H₁ - Las mujeres que presentan síntomas de ansiedad en un primer momento (a las 26 semanas de gestación o menos) presentarán mayor sintomatología depresiva en promedio 3 meses después de la primera evaluación.

H₂ - Las variables sociodemográficas edad, nivel de estudios, vivir o no con la pareja e ingresos, están asociados con la sintomatología ansiosa y depresiva en el embarazo.

H₃ - La variable clínica trimestre de embarazo, está asociada con la sintomatología ansiosa y depresiva en el embarazo.

Variables

Las *variables sociodemográficas* son la edad, la escolaridad, vivir o no con la pareja y los ingresos mensuales. La *variable clínica* es el trimestre de embarazo.

La *variable independiente* son los síntomas de ansiedad, evaluada por la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos.

La *variable dependiente* son los síntomas de depresión, evaluada por la presencia de sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer por las ocupaciones habitualmente gozosas de la vida, pérdida de la vitalidad o energía, indecisión o dudas, insomnio o excesiva

somnolencia, pérdida de la libido, sentimientos de culpa y desgano o hiperactividad.

Diseño de la investigación

Se trata de un estudio prospectivo que evaluó los síntomas de ansiedad y de depresión en el embarazo en dos momentos que difieren entre sí por 3 meses en promedio.

Sujetos

Se trabajó con una muestra de 29 mujeres embarazadas provenientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México, a saber, el Centro de Salud José Castro de Villagrana (CSJCV), el Instituto Nacional de Perinatología (INPER), y la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA). Las participantes cumplieron con los siguientes **criterios de elegibilidad**: tener 26 semanas de gestación o menos al momento de la primer entrevista, tener 18 años o más, saber leer y escribir, tener una puntuación de 16 o mayor al momento de la aplicación, en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D por sus siglas en inglés *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, de Radloff, 1977) y/o tener historia previa de depresión, no estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico, no padecer trastorno bipolar, no consumir alcohol o algún tipo de drogas, ni tener riesgo suicida.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para evaluar las variables estudiadas estuvieron presentes en las dos entrevistas.

Para la *sintomatología ansiosa* se utilizó la **subescala de ansiedad de la Lista de 90 Síntomas** (SCL-90 por sus siglas en inglés, *Symptom Check List 90*, Derogatis y cols., 1978). Es una escala compuesta por 90 ítems (dividida en 9 subescalas) que evalúa el grado de "malestar" psicológico que un sujeto puede experimentar durante el periodo comprendido entre el día de la evaluación y dos semanas anteriores a la aplicación. La subescala de ansiedad, evalúa la presencia de síntomas y comportamientos clínicamente significativos como inquietud, nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos, etc. Esta subescala, está conformada por 10 reactivos que se contestan en una escala tipo likert de 5 puntos, que va desde "nada" (cero) hasta "extremadamente" (cuatro). Ha sido utilizada y validada en población mexicana por Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005) y por Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil y Carvazos (2005), mostrando características psicométricas adecuadas para su uso en nuestra población. Las subescalas aisladas han sido utilizadas en estudios anteriores por Lara (2003) y por Salgado de Snyder (1991).

Para la *sintomatología depresiva* se utilizó **El Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II)** (IDB-II, por sus siglas en español, Beck, Steer y Brown, 1996). El Beck I (IDB-I), se desarrolló para evaluar las manifestaciones conductuales de la depresión. Proporciona una evaluación estandarizada de la severidad de la depresión en pacientes diagnosticados con la enfermedad, pero también puede utilizarse para seleccionar pacientes que pudieran estar deprimidos y requirieran intervención (Arbabzadeh-Bouchez y Lepiné, 2003). La segunda versión

del Beck (IDB-II), elimina algunos síntomas de la versión anterior, tales como la pérdida de peso, cambio en la imagen corporal, dificultad en el trabajo y preocupación somática y, por otro lado, también pregunta por el incremento del sueño y el apetito. Otra modificación en la versión II es que cambia el tiempo de encuadre de una semana a dos para hacerlo más compatible con los criterios del DSM-IV (Nezu y cols., 2002). Este instrumento está compuesto de 21 reactivos cada uno contempla cuatro alternativas de respuesta, que se presentan de menor a mayor gravedad (intensidad de los síntomas). De los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. El IDB-I ha sido investigado, utilizado y estandarizado en México por Torres-Castillo, Hernández y Ortega (1991); y por Jurado y colaboradores (1998), los cuales utilizaron los siguientes puntos de corte: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63). También se ha utilizado en población obstétrica chilena, por Alvarado y colaboradores (1993). El IDB-II ha sido utilizado en mujeres hispanas embarazadas por Zayas, Jankowski y Mckee (2003); y en Estados Unidos, por Radecki y colaboradores (2006), en población principalmente hispana, quienes utilizaron los siguientes puntos de corte: mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) y severa (29-63).

Las *variables sociodemográficas* utilizadas para este estudio se investigaron a través de 4 preguntas que estuvieron presentes en la primer evaluación, las cuales fueron: "¿Me podría decir cuantos años cumplidos tiene usted?", "¿Vive con su pareja?", "¿Cuál fue el último grado escolar que curso usted en la escuela?" y "Sumando todos los ingresos de las personas que viven en su hogar, la cantidad mensual de ingresos es de \$____". Para la *variable clínica* se le preguntaba "¿Cuántas semanas de embarazo tiene?"

Procedimiento

Nota

Es necesario aclarar que el presente trabajo se desprende de una investigación mayor que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) bajo la dirección de la Dra. Ma. Asunción Lara Cantú y que lleva por título "Salud mental de mamás y bebés. Prevención de la depresión posparto", la cual tuvo por objetivo evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa durante el embarazo, sobre la sintomatología depresiva en el posparto. Dicha investigación tuvo un diseño aleatorio controlado con grupo de intervención (al cual se le dio un taller de ocho sesiones) y grupo control, en el que se seleccionaron mujeres embarazadas con sintomatología depresiva procedentes de las tres instituciones mencionadas anteriormente. Esta investigación empezó en el año 2004, de tal forma que se integraron cinco bloques (cada bloque conformado por un grupo control e intervención de cada institución). **También es importante resaltar que, para esta tesis se trabajó solamente con el grupo control del último bloque del estudio original, ya que las autoras de esta Tesis participaron en la selección del bloque citado y porque, cabe señalar, que los grupos control anteriores no contaban con la segunda evaluación durante el embarazo. Este grupo se captó en el mes de septiembre del año 2006, conforme a los tiempos definidos por la investigación mayor.**

Cabe mencionar que la investigación fue avalada por el comité de ética del INPRF.

En el procedimiento del presente estudio se realizaron dos evaluaciones las cuales se describen a continuación:

1ª evaluación: Se acude a las salas de espera de las tres instituciones citadas en donde las entrevistadoras se dirigían a las mujeres embarazadas y se presentaban con ellas, posteriormente se les preguntaba por sus semanas de gestación y su edad, y a partir de estos se le pedía su consentimiento para realizarle algunas preguntas con la finalidad de detectar a las posibles candidatas para el estudio, las cuáles debían cumplir con los criterios de elegibilidad antes mencionados. Quien cumplía con dichos criterios, se le explicaba los objetivos y procedimiento del estudio, los beneficios y riesgos de la entrevista, y se les solicitaba su participación voluntaria y cuando no aceptaban se les daba las gracias. Quienes aceptaban, firmaban una carta de consentimiento informado (ver anexo), se continuaba con la entrevista y se les indicaba la fecha de la segunda evaluación. Finalmente, se les obsequiaba el libro "¿Es difícil ser mujer? Una guía para la depresión" (Lara, Acevedo, Luna, Weckmann, Villarreal y Pego, 1997). A quien lo requería o lo solicitaba, se le canalizaba al servicio de atención psicológica de su institución.

2ª evaluación: Aproximadamente 3 meses posteriores a la primera entrevista se volvió a contactar a las señoras vía telefónica para concertar una cita en la clínica en donde se le entrevistó la primera vez, en su casa, o en el lugar en donde la señora consideraba conveniente. En este segundo encuentro se les proporcionó un cuestionario para que ellas mismas lo contestaran y se les dio un obsequio para sus bebés.

Como se menciono anteriormente, las autoras de ésta Tesis participamos con el equipo de trabajo en la selección de las participantes del último bloque y además, apoyamos en la intervención psicoeducativa y en las entrevistas de seguimiento.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS versión 13.

Las variables sociodemográficas se analizaron a través de los estadísticos descriptivos, al igual que los datos de las dos evaluaciones de los síntomas de ansiedad y depresión.

Para determinar si existía relación entre los síntomas de ansiedad y de depresión, y si la ansiedad de la primera evaluación incrementaría la sintomatología depresiva en la segunda evaluación, se utilizó la prueba de correlación de Pearson.

Para conocer si había una relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con las variables sociodemográficas y la variable clínica, se llevó a cabo un análisis mediante la prueba *t* de Student.

Adicionalmente, se determinó con la prueba *t* de Student, si el cambio en las puntuaciones de las escalas de ansiedad y depresión en las dos evaluaciones fue estadísticamente significativo. Además de ello, se analizaron los promedios de ambas sintomatologías por institución mediante la prueba de ANOVA de un factor, con la finalidad de conocer si había diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones.

RESULTADOS

*Sólo puedes tener dos cosas en la vida
Razones o resultados. Las razones no cuentan
Anónimo¹*

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

La muestra estuvo conformada por 29 mujeres, de las cuales 7 pertenecían al Centro de Salud José Castro de Villagrana (CSJCV); 10 al Instituto Nacional de Perinatología (INPER) y 12 a la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA). El promedio de edad de las participantes fue de 28.9 años (DE=7.28), con un rango de 18 a 41 años; la escolaridad tuvo una media de 11.93 años (DE= 2.65), lo que corresponde al nivel de preparatoria; 79.3% de las mujeres vive con su pareja, ya sea en unión libre o casadas. Respecto a los ingresos familiares mensuales, el 31.03% obtenía menos de tres salarios mínimos, el 51.73% más de tres y de 5 casos (17.24%) no se contaba con el dato. En cuanto al tiempo de gestación, durante la primer evaluación el 17.2% se encontraba en el primer trimestre y el 82.8% en el segundo; mientras que en la segunda evaluación el 27.6% se ubicaban en el segundo y el 72.4% en el tercero.

En la siguiente tabla se observan las características de la muestra, así como también el promedio de la sintomatología ansiosa y depresiva

¹ Patrón, L., Roger, (2005). *Un Regalo Excepcional*. México: Tercera Edición, S. A. de C. V. p. 130.

evaluada en la primera entrevista, descritos en medias y frecuencias (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas (N=29)

Variables	Media (DS)	f (%)
Edad	28.9 (7.282)	
< de 30		17 (58.62)
≥ de 30		12 (41.37)
Escolaridad (años)	11.93 (2.658)	
Secundaria		7 (24.1)
Preparatoria		15 (51.7)
Licenciatura		7 (24.1)
Vive con su pareja		
Si		23 (79.3)
No		6 (20.7)
Ingresos		
No sabe		5 (17.24)
< de 3 salarios		9 (31.03)
≥ de 3 salarios		15 (51.73)
Trimestre de embarazo		
1ª evaluación (sem)	16.69 (5.562)	
Primer Trimestre		5 (17.2)
Segundo Trimestre		24 (82.8)
2ª Evaluación (sem)	28.62 (5.454)	
Segundo Trimestre		8 (27.6)
Tercer Trimestre		21 (72.4)
Sintomatología (1ª evaluación)		
Ansiedad (SCL-90)	9.00 (6.980)	
Depresión (IDB-II)	19.00 (10.050)	

¿Existe relación entre los síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con síntomas de depresión en el embarazo?

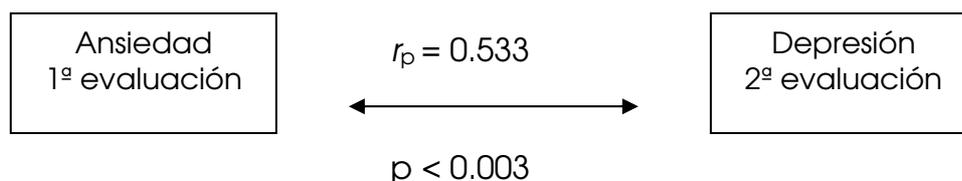
Para responder a ésta pregunta se analizó mediante la prueba de correlación de Pearson los síntomas de ansiedad (SCL-90) y de depresión (IDB-II) tanto de la primera, como de la segunda evaluación.

En ambas evaluaciones se observó que sí existe una correlación moderada estadísticamente significativa, para la primera de $r_p = 0.668$, $p < 0.00$, mientras que en la segunda fue de $r_p = 0.617$, $p < 0.00$.

¿Tienen las mujeres con síntomas de ansiedad en un primer momento mayor probabilidad de incrementar los síntomas de depresión en promedio tres meses después de la primera evaluación?

Para confirmar o no la hipótesis de si las mujeres que presentan síntomas de ansiedad en un primer momento (a las 26 semanas de gestación o menos) presentarán mayor sintomatología depresiva en promedio 3 meses después de la primera evaluación, se analizó, por medio de la prueba de Pearson, la relación entre los síntomas de ansiedad (SCL-90) de la primera evaluación y los síntomas de depresión (IDB-II) de la segunda evaluación, la cual mostró una asociación moderada estadísticamente significativa ($r_p = .533$, $p < 0.003$), es decir, que los síntomas de ansiedad en un primer momento, sí incrementan los de depresión en un segundo momento, con lo cual se acepta la hipótesis planteada (Fig. 1).

Figura 1. Relación entre ansiedad y depresión



¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas edad, el nivel de estudios, si vive o no con la pareja y los ingresos, y la variable clínica trimestre de gestación, con los síntomas de ansiedad y de depresión en el embarazo?

Para comprobar si la hipótesis sobre la relación de las variables sociodemográficas como la edad, la escolaridad, vivir o no con la pareja y los ingresos, y la variable clínica trimestre de gestación, están asociadas con la sintomatología ansiosa y depresiva en el embarazo, se analizó por separado cada una de estas sintomatologías, para ello se recodificaron las variables sociodemográficas en dos categorías: edad: "menos de 30 y mayor de 30"; escolaridad: "primaria/secundaria y medio superior/superior"; vive con su pareja "sí y no" y los ingresos: "menos de tres salarios mínimos y más de tres salarios mínimos". Así mismo, para la variable clínica trimestre de gestación sólo se compararon el primer y segundo trimestre debido a que el análisis se llevo a cabo con la primera evaluación de la sintomatología.

La prueba *t* de Student fue utilizada para el análisis de la sintomatología ansiosa, con la cual se mostró que no hubo relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la clínica con dicha sintomatología, como puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Relación entre la sintomatología ansiosa y las variables sociodemográficas y la variable clínica

Variable sociodemográfica	Ansiedad (SCL-90) 1ª Evaluación			
	Media (DS)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Edad		-.108	27	.915
< de 30	8.89 (6.498)			
≥ de 30	9.18 (8.035)			
Escolaridad		.367	27	.716
Primaria/Secundaria	9.86 (8.071)			
Medio Sup/ Superior	8.73 (6.784)			
Vive con su pareja		.650	27	.521
Sí	8.57 (7.197)			
No	10.67 (6.377)			
Ingresos		1.200	22	.243
< de 3 salarios mínimos	10.00 (5.916)			
≥ de 3 salarios mínimos	6.73 (6.745)			
Trimestre de embarazo		1.752	27	.091
Primer trimestre	13.8 (7.19)			
Segundo trimestre	8.0 (6.653)			

De igual forma, cuando se compararon las medias de los puntajes de la escala de depresión (IDB-II) de la primera evaluación y las variables sociodemográficas y la variable clínica, mediante la prueba *t* de Student, no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa en ninguna variable como se muestra en la tabla 3.

Con lo dicho anteriormente, podemos decir que la hipótesis planteada sobre estas relaciones se rechaza.

Tabla 3. Relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas y la variable clínica

Variable Sociodemográfica	Depresión (BDI-II) 1ª Evaluación			
	Media (DS)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Edad				
< de 30	18.11 (9.286)	-.602	27	.552
≥ de 30	20.45 (11.510)			
Escolaridad				
Primaria/Secundaria	18 (10.312)	.297	27	.769
Medio Sup/ Superior	19.32 (10.191)			
Vive con su Pareja				
Si	18.87 (9.479)	-.134	27	.894
No	19.50 (13.035)			
Ingresos				
< de 3 salarios mínimos	18.00 (8.185)	.253	22	.803
≥ de 3 salarios mínimos	17.07 (9.075)			
Trimestre de embarazo				
Primer trimestre	21.60 (11.393)	.629	27	.535
Segundo trimestre	18.46 (9.930)			

Cambios en síntomas entre las dos evaluaciones

Adicionalmente a los objetivos planteados en el estudio, se analizaron las diferencias observadas en las medias de la sintomatología ansiosa (SCL-90) y depresiva (IDB-II) de la primera a la segunda evaluación mediante la prueba *t* de Student, en la cual se encontró que no hubo un cambio estadísticamente significativo en la sintomatología ansiosa ($t=10$, $gl=28$, $p<0.921$); sin embargo, el decremento en la sintomatología depresiva sí fue estadísticamente significativo ($t=3.21$, $gl=28$, $p<0.003$) (Ver tabla 4).

Tabla 4. Medias de ansiedad (SCL-90) y depresión (IDB-II)

Variable	1ª evaluación Media (DS)	2ª evaluación Media (DS)	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedad (SCL-90)	9.00 (6.980)	8.86 (8.340)	.10	.921
Depresión (IDB-II)	19.00 (10.050)	14.10 (10.675)	3.21	.003*

Síntomas por institución

Después de haber observado los promedios de los puntajes de ambas sintomatologías en los dos momentos de evaluación, se quiso conocer cuál era el promedio de la sintomatología ansiosa y depresiva en ambas evaluaciones por institución, con la finalidad de identificar en qué institución se presentó mayor sintomatología. Como puede observarse en la figura 2 la sintomatología ansiosa tuvo promedios más altos en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en ambas evaluaciones, en comparación con la Clínica de Especialidades de la Mujer (SEDENA) y el Centro de Salud José Castro de Villagrana, sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, como lo muestra el resultado obtenido por medio de la prueba ANOVA (gl = 2, F =.198, p <0.822). En lo que concierne a la sintomatología depresiva, al igual que la ansiedad, el mayor promedio se encontró en el INPer (Figura 3); no obstante, estas diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas (gl = 2, F =.704, p <0.504).

Figura 2. Promedio de síntomas de ansiedad (SCL-90) por institución

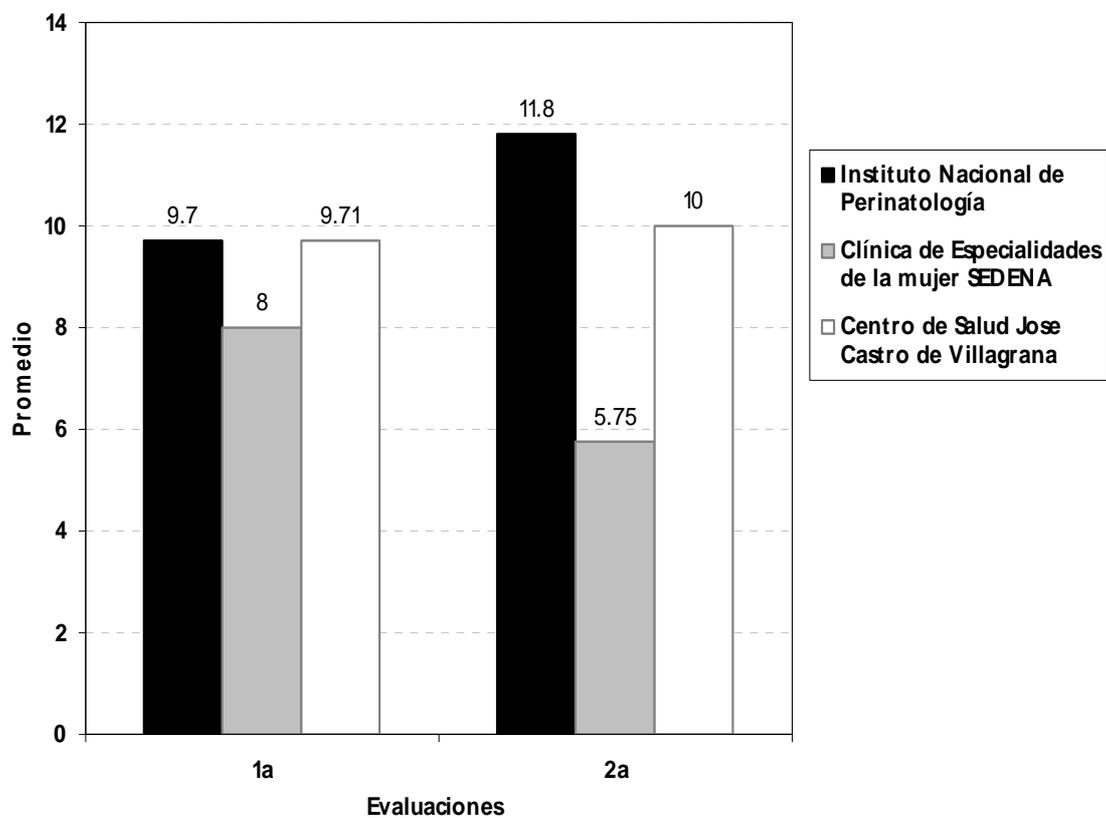
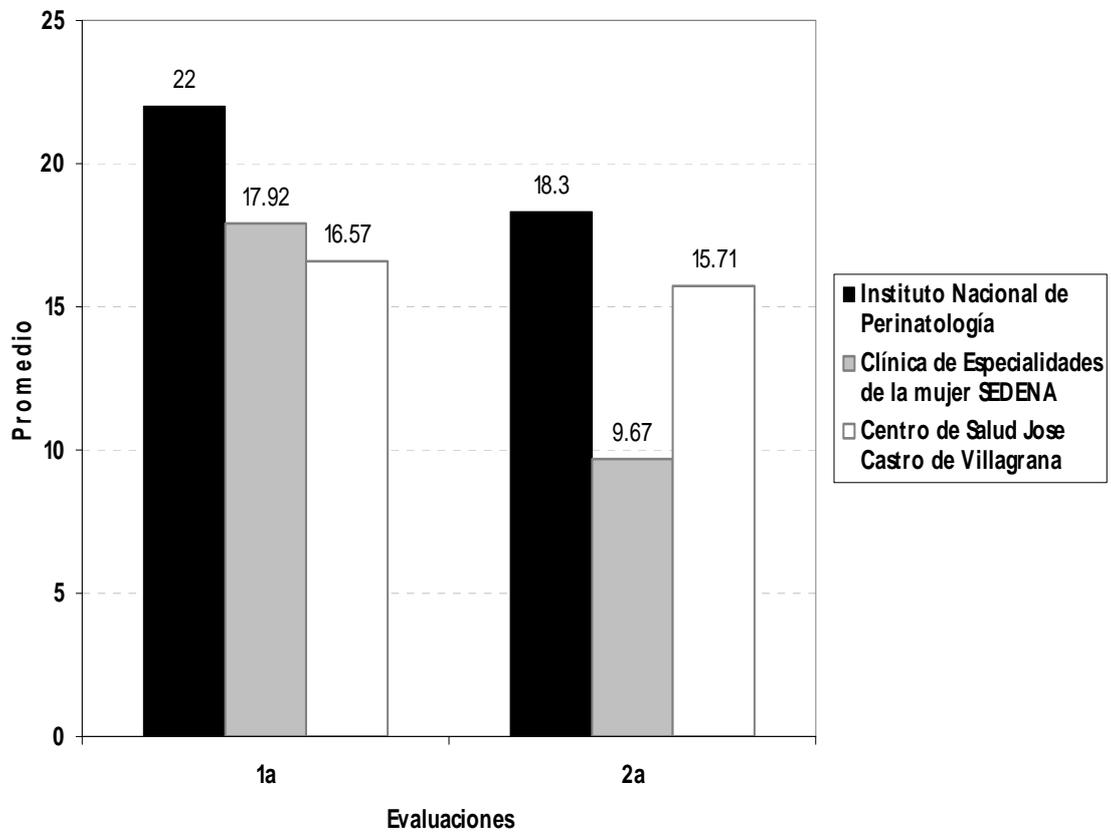


Figura 3. Promedio de síntomas de Depresión (IDB-II) por institución



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

*Es mejor debatir una cuestión sin resolverla,
que resolver una cuestión sin debatirla.*

Joseph Joubert¹

DISCUSIÓN

Los objetivos del presente trabajo fueron estudiar la relación entre los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión en dos momentos durante el embarazo, para observar la relación entre dichas sintomatologías y comprobar si los síntomas de ansiedad medidos en un primer momento incrementarían los síntomas de depresión en promedio tres meses después de la primera evaluación. Así mismo, se planteó conocer la relación entre las variables sociodemográficas edad, nivel de estudios, si vive o no con la pareja e ingresos, y la variable clínica trimestre de embarazo, con la sintomatología ansiosa y depresiva, en una muestra de 29 mujeres embarazadas que acudían a atención prenatal a tres instituciones de la ciudad de México.

Características sociodemográficas y clínicas

¹ Extraído el 7 de abril de 2008, del sitio web:
<http://www.proverbia.net/citastemas.asp?letra=D>

El promedio de edad de las mujeres que conformaron la muestra, fue de 28.9 años; de las cuales las tres cuartas partes (75.8%) tenían en promedio 12 años de estudios, es decir, un nivel de bachillerato, y el 24.2% contaban con estudios de licenciatura, lo cual las ubica en un nivel de educación mayor al promedio de nuestro país, ya que como lo reporta el INEGI (2005), el promedio de años de estudio de la población mexicana es de 7.9 para las mujeres, es decir, un nivel de educación básica; en específico para el Distrito Federal se reporta que las mujeres tienen en promedio 9.8 años de estudio. En cuanto a la relación de pareja, el 79.3% vivía con ella, ya sea que estuvieran casadas o en unión libre. Al respecto, en el XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000), se reporta que el 53.8% de las mujeres de México están casadas o en unión libre, por lo que, el porcentaje en la muestra también es mayor que el de la población general. Referente a la situación económica de la muestra, el 31.03% contaba con un ingreso familiar de menos de tres salarios mínimos, el 51.73% con más de tres salarios y del porcentaje restante no se tenía el dato porque las señoras no lo sabían o porque no lo quisieron reportar. En el año 2006, el Sistema de Administración Tributaria (SAT) menciona que el ingreso mínimo mensual de las familias mexicanas era de \$1,480.38, y las mujeres de la muestra obtenían alrededor de \$4,441.38 o más, con lo cual se observa que en esta variable, estas mujeres también están por encima del promedio de la población general, aproximadamente en dos salarios mínimos.

En cuanto al tiempo de gestación durante la primer evaluación el 17.2% de las mujeres cursaban el primer trimestre y el 82.8% estaba en el segundo. Para la segunda evaluación el 27.6% se encontraba en el

segundo, mientras que el 72.4% en el tercero. En algunas investigaciones se ha visto que el trimestre de embarazo por el cual cursan las mujeres se relaciona con la sintomatología ansiosa y depresiva. Algunos de estos estudios han encontrado que durante el primer trimestre se presentan mayores promedios de ambas sintomatologías en comparación con los otros trimestres (Kurki y cols., 2000; Bennett y cols., 2004). Por otro lado, Glynn, Dunkel, Wadhwa y Sandman (2004), con base en sus datos, sugieren que la respuesta o el impacto emocional cambia conforme avanza el embarazo, declinando en tanto éste último progresa. Al respecto, este trabajo no puede apoyar ninguno de los hallazgos citados, ya que debido al diseño de la investigación mayor no se pudo hacer ninguna comparación en este sentido, pues en él no se contempló hacer una evaluación por cada trimestre.

Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva

La primer pregunta que se planteó en este trabajo, consistió en conocer si existía alguna relación entre los síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con síntomas de depresión en el embarazo, para ello se analizaron las diferentes combinaciones entre las sintomatologías en ambos momentos. Lo que se encontró es que sí existe una correlación moderada estadísticamente significativa entre dichas sintomatologías en los periodos evaluados durante el embarazo. Respecto a esta relación, como se señalaba en el capítulo 3 en donde se hacía mención de las diferentes relaciones entre ansiedad y depresión (Klein y Riso, 1993 citado en Cassano y cols., 2003), nuestros resultados podrían sugerir: 1) que la co-ocurrencia de estas sintomatologías pudiera ser entendida como dos condiciones

distintas en donde la comorbilidad sea la vía final de éstas entidades, ó 2) que se pudiera tratar de un solo trastorno como lo han sugerido Zinbarg y colaboradores (1994); Heinze y colaboradores (1999) y Arcega (2001) quienes son de la opinión de incluir en el DSM el Trastorno mixto ansioso depresivo. Más adelante se abordaran otros elementos para seguir discutiendo sobre este punto.

Para contestar la segunda pregunta de investigación respecto a si las mujeres con síntomas de ansiedad en un primer momento tenían mayor probabilidad de incrementar los síntomas de depresión tres meses después de la primera evaluación, se encontró que, efectivamente, las mujeres que presentaban ansiedad en un primer momento sí presentaron un incremento de sintomatología depresiva en la segunda evaluación. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Heron y colaboradores (2004), los cuales mencionan que estas dos sintomatologías tuvieron una correlación moderada cuando se evaluaron de las 18 a las 32 semanas de gestación (tiempos de evaluación que concuerdan con los tiempos entre las dos evaluaciones efectuadas en este estudio). Este resultado podría apoyar uno de los planteamientos propuestos por Klein y Riso, (1993, citado en Cassano y cols., 2003) referente a las posibles relaciones entre ansiedad y depresión, entre los cuales se señalaba que la ansiedad puede predisponer a la depresión, es decir, que una sea primaria a la otra (Wittchen, Beesdo y cols., 2003). Sin embargo, dadas las condiciones de la investigación mayor de la cual se desprende éste trabajo, en el que, las mujeres de la muestra ya presentaban sintomatología depresiva o la habían presentado en algún momento de su vida, también se podría pensar que, entonces, cada una puede predisponer a la otra, como lo señalan Wittchen, Lecubrier y colaboradores (2003, citado en Nutt, 2004).

No obstante, debido a la falta de información respecto al comportamiento antecedente de éstas sintomatologías en las mujeres de la muestra, no se pueden dar más elementos para apoyar tal planteamiento.

Por otro lado, adicionalmente, a los objetivos planteados en el estudio se decidió, con base en los resultados obtenidos analizar si las variaciones que se dieron en la sintomatología evaluada de la primera a la segunda evaluación eran significativas. Lo que se encontró es que mientras que la ansiedad se mantuvo constante, la depresión sí tuvo un decremento estadísticamente significativo. Ésta información da un punto importante para continuar con la discusión anterior. Así que, sin la intención de aceptar o rechazar ninguna postura al respecto de la relación entre la ansiedad y la depresión, sólo se puede sugerir que, al parecer, se trata de dos condiciones distintas que se pueden presentar simultáneamente o co-ocurrir en una misma persona (Klein y Riso, (1993, citado en Cassano y cols., 2003), pues como se pudo ver en los resultados del estudio, estas dos sintomatologías se pueden presentar juntas, y además tienden a comportarse de manera distinta, pues mientras que la ansiedad se mantiene constante, la depresión tiene un decremento. Con ello se pudiera sugerir, a modo de resumen, que: 1) la ansiedad y la depresión son dos entidades separadas, 2) que pueden presentarse juntas y, que en tal caso, 3) la comorbilidad sea la explicación o vía final de estas dos condiciones. Además, existen autores como Kessler y colaboradores (1999) que consideran que dichos trastornos pueden ser diferenciados a pesar del solapamiento en muchos de sus síntomas centrales.

Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con las variables sociodemográficas y clínicas

En cuanto a las hipótesis propuestas sobre la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con la edad, la escolaridad, si vive o no con la pareja, los ingresos y el trimestre de gestación no se pudieron comprobar, ya que no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre estas variables. A diferencia de algunos estudios que han encontrado relación entre la edad (Chen y cols., 2004; Rich-Edwards, 2006; Bennett y cols., 2004); la baja escolaridad (Morales y cols., 2002; revisión de Cunningham y Zayas, 2002); el no tener pareja (Cunningham y Zayas, 2002; Lara y cols., 2006; González y cols., 1993; Rich-Edwards, 2006) y los bajos ingresos (Cunningham y Zayas, 2002; Rich-Edwards, 2006) con dichas sintomatologías. Al respecto, sólo se puede decir que si la relación entre las variables de este estudio no fueron significativas, podría deberse no al hecho de que tal relación no exista, como lo indican consistentemente otros estudios, sino que, por un lado, fue el pequeño número de la muestra lo que no permitió ver con claridad la asociación entre estas variables, además de, haber, tenido poca variabilidad en las sintomatologías, sobre todo en la depresiva, ya que, en la primer evaluación, como se recordara, para participar en el estudio, se incluía a las mujeres que cursaran con sintomatología depresiva o con historia previa de depresión.

Sintomatología ansiosa y depresiva por institución

Adicionalmente, se analizó el promedio de dichas sintomatologías que las mujeres presentaban por institución, con la finalidad de conocer si había

diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Lo que se encontró, fue que en lo que se refiere a la ansiedad, el INPer y el Centro de Salud José Castro Villagrana presentaron promedios similares en la primer evaluación, mientras que la Clínica de Especialidades de la Mujer (SEDENA) tuvo un promedio más bajo. En cuanto a la depresión el INPer tuvo un promedio más alto seguido por la SEDENA y el Centro de Salud; sin embargo, tales diferencias en ambas sintomatologías por institución no fueron estadísticamente significativas, lo cual nos demuestra en primer lugar, que la comparación realizada entre éstas tres instituciones es válida, es decir, que se trabajó y se comparó poblaciones similares y que ninguna era o estaba en mayor riesgo que otra, lo cual difiere con lo mencionado por Morales y colaboradores (2002), el cual reporta que en el INPer se presenta mayor malestar psicológico debido a que son mujeres que presentan en su mayoría molestias que surgen en el embarazo, es decir, mujeres que pasan por un embarazo de alto riesgo, lo cual las hace susceptibles para desarrollar esta sintomatología. Otro estudio que encontró diferencias entre instituciones es el de Lara y colaboradores (2006), en donde se vio que las mujeres que asisten al Centro de Salud tienden a presentar mayor sintomatología depresiva, ya que estas mujeres se caracterizan por ser mujeres jóvenes, solteras y con menos ingresos, características que en esta muestra no se comparten.

CONCLUSIONES

Con la información obtenida del presente estudio, se puede decir que la sintomatología ansiosa medida en un primer momento, sí incrementa la

sintomatología depresiva en un segundo momento, lo cual confirma lo hallado en otros estudios respecto a la relación entre estas dos sintomatologías.

Otro hallazgo importante es que, los resultados sugieren que la ansiedad y la depresión son trastornos distintos y no uno sólo, como algunos autores lo han planteado, ya que si bien es cierto que ambas sintomatologías se presentan juntas, también es cierto que tienden a comportarse de manera distinta, por lo que la comorbilidad puede ser el elemento que dé explicación de la co-ocurrencia de éstas entidades.

Es importante mencionar que no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y clínicas como la edad, el nivel de escolaridad, si viven o no con la pareja, los ingresos y el trimestre de gestación con la sintomatología ansiosa y depresiva, como tampoco se encontró al analizar dichas variables por institución. Cabe señalar que dichas variables se han encontrado consistentemente relacionadas en algunos otros estudios. En el presente trabajo el hecho de no haber encontrado tal relación no indica que no exista, sino que el pequeño número de la muestra, que fue la principal limitante del estudio, puede ser la explicación de tal resultado.

En otro orden de ideas, cabe destacar que, el que no existieran diferencias estadísticamente significativa entre las instituciones, valida a su vez este estudio, pues ello indica que las poblaciones que acuden a cada una de estas tres instituciones son muy similares y por lo tanto es factible la comparación entre ellas.

La relevancia de este trabajo es que se enfoca en aspectos que en nuestro país han sido muy poco estudiados, no por el hecho de carecer de importancia, sino porque a su vez, no han habido suficientes estudios que

saquen a la luz dicha problemática, porque, aunque si bien son numerosas las investigaciones respecto a la relación entre ansiedad y depresión, ya sea en población general o en el posparto, el foco de atención de este trabajo fue estudiar la relación entre estas entidades limitadas al embarazo, lo cual, incluso a nivel internacional ha sido muy poco estudiado, no así las consecuencias que por separado, uno u otro trastorno tiene en la prole de las mujeres que las padecen. Por ello, la importancia de estudiar esta problemática, es poder prevenir y detectar a las mujeres que cursan con uno o ambos trastornos durante esta etapa de su vida, para así, poder tomar medidas pertinentes que eviten en lo posible las consecuencias que se derivan de estos trastornos tanto en las mujeres como en sus descendientes.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La mayor limitación del estudio fue el tamaño de la muestra, ya que el número de mujeres que se pudieron entrevistar en el periodo considerado por el estudio original para la primer entrevista (primer evaluación), fue de 33, de las cuales sólo 29 mujeres respondieron también a la siguiente entrevista (segunda evaluación). Como es sabido, con muestras tan pequeñas, no se pueden tener resultados más concluyentes y significativos como se desearía, por ello, la primer sugerencia sería contar con una muestra mayor.

Otra de las limitantes fue el no contar con los datos de sintomatología de los tres trimestres en cada una de las mujeres estudiadas, ya que durante las dos evaluaciones las 29 mujeres se dividieron entre los tres

trimestres, lo cual a la hora de realizar los análisis sólo nos permitió comparar el primer y segundo trimestre. Por ello, sería conveniente que en futuras investigaciones se seleccionaran muestras de mujeres que cursen por el mismo trimestre de gestación y se realicen 3 evaluaciones, con la finalidad de contar con los datos de cada uno de los trimestres de gestación, es decir que, en cada evaluación las mujeres entrevistadas cursen por el mismo trimestre (primera evaluación-primer trimestre, segunda evaluación-segundo trimestre, etc.), con la intención de analizar a todas las participantes en los tres trimestres, y de esta forma realizar comparaciones por trimestre de gestación.

Así mismo, se sugiere realizar un análisis por reactivo de ambos instrumentos, con la finalidad de conocer el tipo de síntoma más frecuente (fisiológico, cognitivo, psicológico) que presentan estas mujeres. Teniendo mucho cuidado de hacer una clara diferenciación entre un síntoma debido al estado normal del embarazo y uno debido a un trastorno específico.

Otra sugerencia para estudios futuros con éste tipo de poblaciones, es que se tome más en cuenta el análisis de la sintomatología ansiosa y no sólo de la depresiva como lo hacen la gran mayoría de los estudios sobre el tema a nivel nacional e internacional, ya que como lo sugieren los resultados, es una de las sintomatologías que se presenta y que puede persistir durante el embarazo afectando tanto a la madre como a los hijos.

Finalmente, con este tipo de estudios se pretendería que se desprendieran consideraciones a nivel preventivo y de atención oportuna a la madre, pues en tanto que la salud mental de ellas se encuentre en grado óptimo para hacer frente a su maternidad, su progenie no tendría que sufrir las consecuencias adversas de ocurrir lo contrario y, sin embargo,

sí poder disfrutar de éste importante papel que sólo ellas pueden desempeñar en la sociedad.

Yo moriré, pero mi obra quedara.

Horacio.

A N E X O

CONSENTIMIENTO INFORMADO “Salud mental de mamás y bebés. Prevención de la depresión posparto”

Propósito:

Como le decía, esta Institución _____ tiene especial interés en estudiar la **Depresión Posparto**, debido a que algunas de sus pacientes presentan esta alteración.

Procedimiento

La invitamos a participar en este estudio, contestando algunas preguntas respecto a su embarazo, su estado de ánimo y otros problemas de salud. Los resultados de esta entrevista se los daré a conocer al finalizarla.

Su participación es **voluntaria** y su decisión no influirá sobre ninguno de los tratamientos que recibe actualmente o que deba recibir en el futuro.

Beneficios

Los beneficios que puede obtener al participar en el estudio son:

- Hablar de temas importantes para usted conmigo, o con otros especialistas.
- En caso de ser necesario, se le referirá a atención especializada.
- Podrá ser elegida para participar en un curso sobre mamás y bebés para prevenir la depresión posparto **que para usted, no tendría costo.**

No hay ningún costo si decide participar en este estudio.

Riesgos

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

Confidencialidad

Toda la información que proporcione será tratada de forma confidencial; nunca se hará mención de su nombre. Esta información se mantendrá bajo resguardo y se hará todo lo necesario para que nadie pueda identificarla como la persona que dio las respuestas.

Preguntas

Toda duda que le surja antes, durante o después de la entrevista, podrá consultarla conmigo.

Nombre: _____ Teléfono: _____

También puede dirigirse a la titular del proyecto Dra. Ma. Asunción Lara, al 56 55 28 11 ext. 155.

¿Le gustaría participar?

Si sí, le agradecemos de antemano su colaboración y le pedimos completar los siguientes datos:

Yo. Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en esta entrevista, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por la entrevistadora. Ella me ha ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el desarrollo de la entrevista. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique afectaciones en la atención médica que se me proporciona.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto a la especialista que me brindó la información para obtener mi autorización.

México D. F., a _____ de _____ del _____

PARTICIPANTE

Testigo

Testigo

BIBLIOGRAFIA

El conocimiento nos conduce a lugares sin fronteras.

Roger Patrón Luján.

Alvarado, M. R., Perucca, P.E., Neves, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E. y Vera, A. (1993). Cuadros depresivos en el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 58(2): 135-141.

American Psychiatric Association. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales *DSM-IV-TR*, (4ª ed.). España: Masson.

Andersson, L., Sundström-Promaa, I., Wulff, M., Aström, M. y Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104(3): 467-476, september.

Arbabzadeh-Bouchez, S. y Lépine, J-P. (2003). Measurements of depression and anxiety disorders. En Kasper, S., den Boer, J. y Ad Sitsen, J. M. (eds). *Handbook of depression and anxiety* (2ª. Ed. pp.127-145). U.S.A: Marcel Dekker, Inc.

Arcega, J. M. (2001). Relaciones entre ansiedad y depresión: sobre el trastorno mixto ansioso depresivo. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 28(2):85-88.

Ayuso, J. (1997). Comorbilidad depresión – ansiedad: aspectos clínicos. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 1 (1) marzo. Extraído el 16 agosto, 2007, de:
http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/art_2.htm

Ayuso, J. (1988). La angustia. Concepto y clasificación. En J. Ayuso (Ed.), *Trastorno de Angustia* (pp. 13 – 34) Barcelona: Martínez Roca. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000.

Beck, A. T., Steer, R., Brown (1996). *Manual for de Beck Anxiety Inventory*. New York. Psychological Corporation.

Bedirhan, U. T. (2002). El coste mundial de la depresión en el siglo XXI. En Weissman (Ed). *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI* (pp. 33-42). España: Psiquiatría Editores, S. L.

Belle, D. y Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 101-113.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47, suplemento 1, 4-11.

Bennet, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. y Einarson, T. (2004). Depression during pregnancy. Overview of clinical factors. *Clinic Drug Investigation*, 24 (3): 157-179.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 45(5), 417-424, septiembre-octubre.

Berlanga, C. (1993). La comorbilidad en los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 16(1), 1-9, marzo.

Berle, J. Q., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F. y dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8 :181-189.

Boland, R. y Keller, M. B. (2002). Course and outcome of depression. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depression* (pp.43-60). New York: Guilford.

Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Meron, R. A., Walters, E. E. y Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12 mont suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36, 1747-1757.

-
- Borges, G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J. y Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization, *Salud mental*, 28 (2), 40-46.
- Bousoño, G. M., Fernández, D. J. M., González-Quirós, M. L. M. y Bobes, G. J. (2003). Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. En Bobes, G. J., Bousoño, G. M. y Sain, M. P. A. *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en la atención primaria* (Eds. pp 93-103) Masson, Barcelona.
- Bousoño, G. M., González, G. E., Paino, P. M. y Pedregal S. J. A. (2003). Interpretación y delimitación de la naturaleza de los trastornos de ansiedad y depresivos. En Bobes, G. J., Bousoño, G. M., González, G. P. M. y Sain, M. P. A (Eds). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 37-46). Barcelona: Masson.
- Burt, J. y Brower, L. (1976). Embarazo, parto y lactancia. En J. Burt y L. Brower (Eds.), *Educación sexual. Información y planes de enseñanza* (pp. 64 – 84) México: Interamericana, segunda edición, traducido por Agut V.
- Bystritsky, A., Waikar, S. V. y Vapnik, T. (1996). Four-dimensional anxiety and depression scale: a preliminary psychometric report. *Anxiety*, 2: 47-50.
-

Cassano, G. B., Rossi, N. B. y Pini, S. (2003). Comorbidity of depression and anxiety. En Kasper, S., den Boer, J. y Ad Sitsen, J. M. (eds). *Handbook of depression and anxiety* (2ª. Ed. pp.69-87). U.S.A: Marcel Dekker, Inc.

Chen, H., Chan, Y. H. y Tan, K. H. (2004). Depressive symptomatology in pregnancy. A Singaporean perspective. *Social Psychiatry Psichiar Epidemiological*, 39: 975-979.

Chinchilla, M. A. (2004). *Abordaje práctico de la depresión en atención primaria*. Masson, España.

Conway, K., Compton, W., Stinson, F., et al. (2006). Lifetime mood, anxiety, and drug use disorders are common in the United States population. *Journal of Clinic Psychiatry*, 67(9): 247-257, november.

Craske, M. y Zucker, B. (2002). Prevention of anxiety disorders: A model for intervention. *Applied and Preventive Psychology*, 10: 155-175.

Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad del Symptom Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28 (1): 72-81, febrero.

Cunningham, M. y Zayas, L. H. (2002). Reducing depression in pregnancy: dedigning multimodel interventions. *Social Work*, 47(2):114-123, april.

Da Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R., Carballo, M. S., Martins, M. L. P. y Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and posnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31: 799-804.

Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M. y Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68 (6): 938-946, november/december.

Delval, J. (1994). El desarrollo antes del nacimiento. En J. Delval (Ed.), *El desarrollo humano* (pp. 85 – 93) Madrid: siglo XXI.

Derogatis, L. R. (1978). SCL-90-R. Revised version manual 1 USA.

Desmond, K. (1980). Anxiety and emotions: Physiological basis and treatment. U.S.A.: Springfield

Echeburúa, E. (1998). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 24 – 31) Madrid: Pirámide.

Esquinca, R. J. L. (1989). *Frecuencia de depresión y ansiedad en embarazo de alto riesgo y embarazo normal*. Tesis de especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Fagioli, L., Nonacs, R., Viguera, A. y Cohen L. (2005). Course of Psychiatric Illness during pregnancy and the postpartum. En L. Cohen y R. Nonacs (Eds.), *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum* (pp. 01 – 15) Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Fava, M., Rush, A. J., Alpert, J. E. Carmin, C. N., Balasubramani, G. K., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M. y Shores Wilson, K. (2006). What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize with anxious major depressive disorder: A replication and extension. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(13): 823-835.

Ferrando, M. C. (1984). Fecundación. En M. C. Ferrando (Ed.), *Sexualidad: Formación e Información* (pp. 89 - 110) Madrid, España: Narcea.

Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R. y Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17: 140-151.

Freeman, A. y DiTomasso, R. (2004). Conceptos cognitivos de la ansiedad. En D. Stein y E. Hollander (Comp.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (pp. 85 -95) Barcelona, España: Psiquiatría Editores.

Gantus, V., (1979). Tu embarazo. Respuestas a las preguntas de la futura madre, editorial Diana 3ª reimpresión.

García, C. J. y Lou, A. S. (Eds)(2004). Comorbilidad ansiedad – depression: Problemas diagnósticos. Claves en Salud Mental. Monografías No. 3. Extraído el 15 de agosto, 2007 de http://www.faes.es/archivos_pdf/download/bases_bibliograficas/claves_salud_mental/2005/CSM_03.PDF.

Glynn, L. M., Dunkel, C., Wadhwa, P. y Sandman, C. A. (2004). Pregnancy affects appraisal of negative life events. *Journal Psychosomatic Research*, 56:47-52.

González-Forteza, C., Morales, F. y Gutiérrez, E. (1993). Detección oportuna de pacientes gineco-obstétricas con disfunción psicosocial. *Ginecología y Obstetricia de México*, 61: 15-21, enero.

González, G-P. M. P., Paredes, O. B., Bascarán, F. M. T. y Bobes, G. J. (2003). Clasificación y algoritmos de diagnóstico de los trastorno de ansiedad y depresivos. En Bobes, G. J., Bousorio, G. M. y Sain, M. P. A. *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en la atención primaria* (Eds. pp 47-54) Masson, Barcelona.

Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. (Abstrac) *Depression and Anxiety* 4:160-168.

Gurung, R., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini C. y Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (4): 497-519.

Heinze, G., Escalante, C. A., Fernández, L. R., Galli, E., Leon, A. C., Moreno, R. A., Nardo, A. E., Pacheco, A., Peñalver, J. L. y Bengoechea, J. (1999). The coexistence of depression and anxiety. *Salud Mental, 22* (3):1-4.

Heron, J., O'Connor, T., Evans, J., Holding, J. y Glover V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*: 65-73.

INEGI, (2005). *II Conteo de Población y Vivienda 2005*. Extraído el 06 de noviembre de 2007, de <http://www.inegi.gob.mx>.

INEGI, (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*. Extraído el 06 de noviembre de 2007, de <http://www.inegi.gob.mx>.

Jadresic, E., Jara, C. y Araya, R. (1992). Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 39*(1): 63-74.

Jiménez, M. (1997). Clasificación de los problemas psicológicos. En M. Ortiz-Tallo (Ed.), *Trastornos psicológicos* (pp. 51 – 87) España: ediciones ALJIBE.

Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H-U. y Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatr Scand, 98* (suppl. 393): 6-11.

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V y Ruber, V. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), junio.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). Trastornos de ansiedad. En H. Koplan y B. Sadock (Eds.), *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta*, (8ª edición, pp. 657- 710) Madrid: Medica Panamericana.

Kessler, R. C. (2002). Epidemiology of depression. En Gotlib, I y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depresión* (pp.23-42). New York: Guilford.

Kessler, R. C., DuPont, R., Berglund, P. y Wittchen, H-U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety and mayor depression al 12 months in two National Surveys. *American Journal Psychiatry*, 156 (December):1915-1923.

Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M. y Toda, M. A. (1996). Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: a review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 117-123.

Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M. A. y Shima, S., (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 168: 732-738.

Kurki, T., Hillesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. y Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 95 (4):487-490, april.

Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Monahan, P. y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146 (5): 317-325. March, 06.

Kumar, R. y Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women.. *Br. Journal Psychiatry*, 144:35-47. January.

Langer, A., Bobadilla, J. L., Bronfman, M. y Ávila, H. (1988) El apoyo Psicosocial durante el periodo perinatal Revisión conceptual y bibliográfica. *Salud Pública de México*, 30(1): 81-87, Enero-Febrero.

Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. y Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(4): 55-62, julio-agosto.

Lara, M. A. Acevedo, M., Luna, S., Weckmann, C., Villarreal, A. L. y Pego, C. (1997). *¿Es difícil ser mujer?. Una guía para la depresión*. México: Ed. Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A..

Lara, C., Espinosa, I., Cardenas, M.L., Fócil, M. y Cavazos J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), junio.

Lee, D. T. S., Chan, S. S. M., Sahota, D. S., Yip, A. S. K., Tsui, M. y Cheng, K. H. A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. *Journal of Affective Disorders*, 82:93-99

Mackinnon, D. F. y Hoehn-Saric, R. (2003). Is there a common etiology for depression and anxiety?. En Kasper, S., den Boer, J. y Ad Sitsen, J. M. (eds). *Handbook of depression and anxiety* (2ª. Ed. pp.111-122). U.S.A: Marcel Dekker, Inc.

Maldonado-Duran, J. M., Lartigue, T. y Feintuch, M. (2000). Perinatal psychiatry: infant mental health interventions during pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), 317-343.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4): 1-16 Agosto.

Milrod, B., Cooper, A. y Shear, M. K. (2004). Conceptos psicodinámicos de la ansiedad. En D. Stein y E. Hollander (Comp.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (pp. 97 - 11) Barcelona, España: Psiquiatría Editores.

Morales, F., Luque, M. y Barroso, J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología Reproducción Humana*, 16(4): 157-162, octubre-diciembre.

Navarrete, L. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa. Efectos en síntomas depresivos y somáticos. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., McClure, K. S. y Zwick, M. L. (2002). Assessment of depression. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depresión* (pp.61-82). New York: Guilford.

Nonacs, R., Cohen, L., Viguera, A. y Mogielnicki, J. (2005). Diagnosis and treatment of mood and anxiety disorders in pregnancy. En L. Cohen y R. Nonacs (Eds.), *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum* (pp. 17 – 49) Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Nutt, D. (2004). Anxiety and depression: individual entities or two sides of the same coin?. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8 (suppl. 1):19-24.

O'Connor, T., Heron, J., Golging, J. y Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7): 1025-1036.

O'Connor, T., Heron, J., Glover, V. y The ALSPAC Study Team. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (12): 1470-1477, December.

Olivar, A. (2002). Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, 201: 37-51, Octubre-Febrero.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10*. (10ª revisión). Madrid.

Ortega, L., Lartigue, T. y Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatología Reproducción Humana*, 15(1): 11-20, enero-marzo.

Otero, C. M. y Gonçalves, E. F. (2007, agosto 15). Ansiedad en atención primaria. Síndrome ansioso depresivo. El médico interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad. Extraído el 15 de agosto, 2007 de: <http://version2005.medynet.com/elmedico/aula2002/tema4/ansiedad4.htm>

Papp, L. y Kleber, M. (2004). Fenomenología del trastorno de ansiedad generalizada. En D. Stein y E. Hollander (Comp.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (pp. 133 - 144) Barcelona, España: Psiquiatría Editores.

Parker, G. (2006). Through a glass darkly: The disutility of the DSM nosology of depressive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), december: 879-886.

Perales, C. A. y Sogi, U. C. (1999). Ansiedad y depresión: unidad o diversidad clínica. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*, 45(1):13-23.

Pérez, A. F. A. (2000). Depresión – Biología de los trastornos afectivos. Geo Salud. Extraído el 15 julio, 2007 del sitio Web:
http://www.geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_biologia.

Radecki, C., Primeau, L., Levine, R., Olson, G., Wu, H. y Berenson, A. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic & Gynecology*, 27 (3): 157-162, september.

Radloff, L. (1997). The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401.

Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H. y Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictor of antenatal postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:221-227.

Rojas, E. (1998). Concepto. En E. Rojas (Ed.), *La ansiedad. Como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones* (3ª reimpresión, pp. 25 – 74) México: Planeta Mexicana.

Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert, S. E. y Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 457-466.

Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000. Barcelona, España. Editorial Martínez Roca.

Sánchez, A., Fernández, J. M., Iglesias, C. y González J. C. (2003). Factores etiopatogénicos. En J. Bobes, M. Bousoño, P. Gonzáles y P. Sáiz (Eds.), *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 16 - 36) Barcelona: Masson.

Sáiz, P. A., Duran, A., Paredes, B. y Bousoño, M. (2003). Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En J. Bobes, M. Bousoño, P. Gonzáles y P. Sáiz (Eds.), *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 61- 91) Barcelona: Masson.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1996). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (Eds. pp 343-375) McGraw Hill, España.

Simonds, V. M. y Whiffen, V. E. (2003). Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety?. *Journal of Affective Disorders*, 77:197-202.

Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Manual del Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)*, Manual Moderno, California, U.S.A.

Spielberger, C., (1979). El miedo y la ansiedad. En C, Spielberg (Ed.), *Tensión y Ansiedad* (pp. 49 – 61) México: La Psicología y tú.

Stein, M. (2003). Attending to anxiety disorders in primary care. *Journal Clinic Psychiatry*, 64(suppl 15): 35-39.

Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcasche, V., Glatigny-Dallay, E. y Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUIT cohort. *European Psychiatry*, 19: 459-463.

Thase, M. E., Jindal, R. y Howland, R. H. (2002). Biological aspects of depresión. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depresión* (pp.192-219). New York: Guilford.

Tobal, M. y Vindel, C. (1988). *Manual del Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*, TEA, Madrid.

Torres, Castillo, Hernández y Ortega (1991). Validez y reproductibilidad del inventario de Depresión de Beck en un hospital de oncología. *Salud Mental*, 14(2), junio.

Van den Berg, B. R. H. y Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8 and 9 year old. *Child Development*, 75(4),1085-1097.

Wallace, J., Scheider, T. y McGuffin, P. (2002). Genetics of depression. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depression* (pp.169-191). New York: Guilford.

Wetzler, S., van Praag, H. M. y Katz, M. M. (1991). Diagnosticando la depresión: una doble línea de aproximación. En J. P., Feighner y W. F. Boyer (Eds.), *Perspectivas en Psiquiatría volumen 2. Diagnóstico de la depresión* (pp.83 – 97) England: John Wiley & Sons.

Wittchen, H-U., Beesdo, K., Bittner, A. y Goodwin, R. D. (2003) Depressive episodes – evidence for a causal role of primary anxiety disorders?. *European Psychiatry, 18:384-393*.

Wittchen, H-U., Kessler, R. C., Pfister, H. y Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective – Longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102* (Suppl. 406):14-23.

Zarco, V. I. S. (1990). *Estudio comparativo de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas primíparas, multíparas y no embarazadas*. Tesis para optar al título de Psicóloga, Escuela de Psicología, Universidad Intercontinental, Distrito Federal, México.

Zayas, L., Jankovski, K. y McKee, M. D. (2003). Prenatal and postpartum depression among low-income dominican and puerto rican women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 25(3)*, august.

Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., Liebowitz, M., Street., L., Broadhead, E.,
Katon, W., Byrne, P. R., Lepine, J. P., Teherant, M. y Richards, J.
(1994). The DSM-IV field trial for mixed anxiety – depression (Abstrac).
The American Journal psychiatry, 151:1153-1162.
