

“Antecedente de maltrato infantil y su relación con el estrés percibido y la vinculación materna prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales”



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz

“Antecedente de maltrato infantil y su relación con el estrés percibido y la vinculación materna prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
QUE PRESENTA:

Dra. Mónica Ortega Nájera

Asesoras metodológicas: Dra. Mónica Flores Ramos y Dra. Alejandra Rosales Lagarde

Asesora teórica: Dra. Lucía Münch Anguiano

Ciudad de México, México 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | ANTECEDENTES | 5 |
| 1.1 | Maltrato infantil | 5 |
| 1.2 | Implicaciones del maltrato infantil | 7 |
| 1.3 | Medición del maltrato infantil | 8 |
| 1.4 | El estrés y su apreciación | 8 |
| 1.5 | Implicaciones del estrés y su apreciación | 8 |
| 1.6 | Medición del estrés percibido | 10 |
| 1.7 | Vinculación materno-infantil | 10 |
| 1.8 | Implicaciones de la vinculación materno-infantil | 12 |
| 1.9 | Medición de la vinculación materno-infantil prenatal | 13 |
| 1.10 | Distinción entre periodo prenatal y perinatal | 13 |
| 1.11 | Salud mental perinatal | 14 |
| 1.12 | Implicaciones de la salud mental perinatal | 15 |
| 1.13 | Ciclos de maltrato infantil y sus implicaciones | 16 |
| 2 | MARCO TEÒRICO | 20 |
| 3 | JUSTIFICACIÒN | 25 |
| 4 | PREGUNTA DE INVESTIGACIÒN | 27 |
| 5 | HIPÒTESIS | 28 |
| 6 | OBJETIVOS | 29 |
| 6.1 | Objetivos principales | 29 |
| 6.2 | Objetivos específicos | 29 |
| 7 | DISEÑO DEL ESTUDIO | 30 |
| 7.1 | Tipo de estudio | 30 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 7.2 | Ubicación espacio temporal | 30 |
| 7.3 | Población en estudio | 30 |
| 7.4 | Sujetos en estudio | 30 |
| 7.5 | Tamaños de la muestra | 31 |
| 7.6 | Criterios de participación | 31 |
| 7.7 | Variables | 32 |
| 7.8 | Escalas clinimétricas | 34 |
| 7.9 | Recolección de datos | 39 |
| 8 | ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 41 |
| 9 | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 42 |
| 10 | RESULTADOS | 43 |
| 10.1 | Características sociodemográficas de la muestra | 43 |
| 10.2 | Diagnósticos psiquiátricos | 43 |
| 10.3 | Historia clínica gineco-obstétrica | 43 |
| 10.4 | Clinimetrías | 44 |
| 10.5 | Correlaciones | 45 |
| 10.6 | Regresiones lineales simples y múltiples | 46 |
| 11 | DISCUSIÓN | 50 |
| 12 | CONCLUSIONES | 56 |
| 13 | BIBLIOGRAFÍA | 57 |
| 14 | ANEXO | 70 |

AGRADECIMIENTOS

A todas las infancias y a todas las maternidades que han contribuido a ser la mujer que hoy soy.

A Chonito y Conchita que me enseñaron el valor del servicio y el trabajo, que con tanto amor sentaron los cimientos sobre los que hoy puedo soñar y seguir construyendo mis metas.

A Sebastián por caminar a mi lado, por recordarme cada día que hay que disfrutar el camino y que puedo alcanzar cualquier destino que me proponga en este viaje.

A mis asesoras por enseñarme lo apasionante que puede ser la investigación y por dejarme descubrir el excitante mundo de la psiquiatría perinatal.

A mis amigos que en los últimos años me han enseñado otro sentido de la palabra familia.

Por último, a todos mis maestros del Instituto de quienes aprendí la profesión que tanta gratificación me da y a la que me quiero dedicar por muchos años.

1. ANTECEDENTES

1.1 MALTRATO INFANTIL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (1).

En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) define al maltrato infantil como: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño, aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia define a los/as niños/as maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”. La Norma Oficial Mexicana de Prestación de servicios de salud – Criterios para la atención médica de la violencia familiar de 1999 define al maltrato infantil como: “Acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad y la condición física- en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono” (2). Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) señala que, “Los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren

ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial".

En el Boletín de Maltrato de Niños, Niñas y Adolescentes expedido por el Instituto Nacional de las Mujeres se definen cuatro tipos de maltrato: Maltrato emocional: Incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño (gritos, insultos, humillaciones y burlas, aislamiento del[la] niño[a], cortar el habla hacia el niño[a], amenazas). Maltrato físico: Actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo. Se divide en físico (cachetadas, patadas, mordidas, puñetazos, jalones de pelo, de orejas, nalgadas) y físico severo (golpizas, quemaduras — con cigarro o plancha, amenazas o agresiones con cuchillos, palos u otros objetos; agresiones que provocan moretones, heridas o fracturas). Descuido o negligencia: Alguno o ambos padres no toma medidas para promover el desarrollo del(a) niño(a) — estando en condiciones de hacerlo— en una o varias de las siguientes áreas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, amparo, higiene y condiciones de vida seguras. (Nunca ha recibido atención médica o cuidados, descuido en la higiene, se queda solo[a] en casa y a veces, además, él[ella] cuida a los[las] hermanos[as] menores, pasa más de 5 horas al día solo, ha sufrido accidentes graves estando solo[a]). Abuso sexual: Actos en los que una persona usa a un(a) niño(a) para su gratificación sexual (manoseos, tocamientos, relaciones sexuales o forzamiento del(a) niño(a) para tocar sexualmente al abusador)(3).

En nuestro país no se conoce con exactitud la prevalencia de la niñez víctima de maltrato infantil, y los estudios disponibles sólo muestran facetas parciales de este problema. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), por medio de

las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia registró de 1995 a 1999 un promedio de 22 000 casos de maltrato a menores cada año, y de 2000 a 2004, este promedio aumentó a 31 000 casos cada año. Con relación al tipo de maltrato que sufrió la población de niñas y niños atendida por el DIF, el maltrato físico es el más frecuente y, no menos importante, el maltrato por omisión de cuidados. Los demás tipos de maltrato presentan frecuencias menores, pero no por ello deben subestimarse: Es el caso del abuso sexual que ha sufrido alrededor de 5 por ciento de la población infantil atendida, y el hecho de que tanto niñas, niños y adolescentes suelen padecer más de un tipo de maltrato (3).

1.2 IMPLICACIONES DEL MALTRATO INFANTIL

Cualquiera de las expresiones de maltrato antes descritas en contra de los menores, trastorna su desarrollo integral y afecta de manera significativa su rendimiento y funcionamiento en todas las actividades que desempeñan, situaciones que comúnmente prevalecen en la edad adulta y los expone a un mayor riesgo de enfrentar desórdenes psiquiátricos, suicidio o consumo de sustancias, entre otros factores que actúan en detrimento de su salud física y mental (4). Los efectos del maltrato sobre el infante dependen de muchos factores: la edad al inicio u ocurrencia de la(s) experiencia(s) violenta(s), el sexo de la víctima, su relación con el(la) agresor(a), la cronicidad de la violencia, etc. Sin embargo, con la información disponible en nuestro país hasta el momento, no es posible afirmar que las consecuencias sean directas o que sea un asunto de causa-efecto. Por tanto, se requiere promover investigaciones sobre este tema y enfocarlas en los factores protectores que disminuyen la posibilidad de que la niñez maltratada de manera severa y crónica, desarrolle problemas de salud mental posteriores. La capacidad de algunos individuos a sobreponerse con mayor facilidad al maltrato infantil y sus efectos, radica en su nivel de resiliencia. Entendiéndose ésta como la capacidad de

la persona para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de sus condiciones adversas; de cambiar y aprender en situaciones estresantes o desfavorables. Esta resiliencia está dada por la contención afectiva y los límites claros puestos a lo largo de la crianza desde la infancia, por lo que quienes cuentan con escasa resiliencia son más vulnerables a padecer estrés postraumático.

1.3 MEDICIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

En 1998, Bertein y Fink desarrollaron la versión corta del Cuestionario de Trauma en (CTQ-SF) por sus siglas en inglés, que es un instrumento de auto-reporte retrospectivo dirigido a adultos y adolescentes para valoración de abuso y negligencia en la infancia, el cual permite evaluar el antecedente de los siguientes tipos de maltrato abuso emocional, abuso sexual, abuso físico, negligencia emocional y negligencia física, así como su clasificación categórica por su severidad; adicionalmente incluye una subescala que permite evaluar la minimización o negación del antecedente de maltrato infantil (5).

1.4 ESTRÉS Y SU APRECIACIÓN

Hay muchos enfoques y formulaciones del término estrés. Puede entenderse como un fenómeno del entorno externo: estimulación dolorosa, ruido, discusiones, entre otros, en cuyo caso, el estrés se considera un variable independiente. Se puede considerar una respuesta por el individuo: excitación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, entre otros, en cuyo caso, el estrés actúa como una variable dependiente. Y se puede ver como una interacción (transacción) entre el individuo y el ambiente — un proceso—(6). Con respecto a estos tres enfoques, Lazarus afirmó que no es apropiado definir el estrés psicológico como el estímulo o evento desencadenante, o como una respuesta o reacción orgánica generada por el estresor. En estos casos, es más apropiado referirse al estrés psicosocial o fisiológico. Señalando que, el estrés psicosocial

se refiere a eventos de la vida o estresores, y el estrés fisiológico a una perturbación de la homeostasis (7). Lazarus y Folkman propusieron que el estrés psicológico debería considerarse una relación particular entre el individuo y el medio ambiente, que el individuo valora como amenazante o abrumador de sus recursos, y lo que pone en peligro su bienestar. Esta definición de estrés de estos autores se conoce como la perspectiva transaccional del estrés, según la cual, deben existir condiciones internas y externas para que ocurra una respuesta al estrés y es precisamente la relación entre ellos lo que genera la aparición del estrés y sus características individuales (8). Esto explica por qué los individuos pueden responder de manera diferente al mismo estímulo y, dependiendo de su historia, experiencias y características personales, tenderán a manifestar diferentes interpretaciones y estilos de afrontamiento en cada situación (9).

Por lo tanto, desde el punto de vista transaccional de Lazarus y Folkman, el concepto de apreciación cognitiva es la idea central. La apreciación se define como el mediador cognitivo de la reacción al estrés; es un proceso universal por el cual las personas evalúan constantemente el significado de lo que está sucediendo, en relación con su bienestar personal (8).

1.5 IMPLICACIONES DEL ESTRÉS Y SU APRECIACIÓN

La investigación sobre el estrés ha sido con frecuencia una parte esencial de muchas áreas de la psicología. Por ejemplo, durante algún tiempo en psicología de la salud, los investigadores han reportado evidencia de que los factores psicológicos, conductuales y ambientales afectan el funcionamiento del sistema inmunológico en los seres humanos. El estrés y su relación con la salud ha sido uno de los temas que más interés ha despertado en la investigación en las últimas décadas. En esta línea, Segerstrom y Miller llevaron a cabo un metaanálisis de más de 300 artículos empíricos que describen la

relación entre el estrés y los parámetros del sistema inmunológico, concluyendo que el estrés en realidad altera la inmunidad (10).

1.6 MEDICIÓN DEL ESTRÉS PERCIBIDO

Seldom Cohen et al. crearon la Escala de Estrés Percibido (PSS por sus siglas en inglés), es un instrumento de auto-reporte transversal dirigido a adultos, que permite evaluar el estrés percibido, es decir como los eventos cotidianos son apreciados como estresantes por el individuo. Por lo tanto, este método de evaluación del estrés refleja la definición de estrés psicológico propuesto por Lazarus y Folkman (11).

1.7 VINCULACIÓN MATERNO-INFANTIL

El procrear un bebé no garantiza una respuesta maternal en la mujer que permita la supervivencia del infante y su desarrollo psicosocial. Es necesaria una vinculación afectiva entre la madre y su recién nacido denominada vínculo materno-infantil que incluya una relación recíproca, favorable y significativa entre ambos (12).

Broad, et al. (13) describieron que, dada la indefensión y vulnerabilidad del recién nacido, la vinculación afectiva entre madre y bebé representa una interacción social fundamental para la supervivencia del bebé, cuya respuesta materna es facilitada por mecanismos hormonales, de recompensa cerebral y reconocimiento sensorial. Los procesos fisiológicos no garantizan una respuesta maternal favorable hacia el recién nacido pues ésta requiere adicionalmente de conductas y respuestas afectivas, desarrolladas en circunstancias específicas no determinadas inherentemente por un patrón conductual instintivo. Stern, et al. (14) sugirieron que la mujer requiere desarrollar una nueva configuración psicológica que le permita la reorganización de su identidad para asumir un nuevo rol como madre. Winnicot llamó "preocupación primaria maternal" a un estado

psicológico durante el embarazo dirigido al bebé aún no nacido, que será fundamental para una adecuada vinculación afectiva entre madre y recién nacido (15).

El desarrollo de John Bowlby y sus colaboradores (16) de una teoría del apego, atrajo la atención hacia el estudio de las relaciones tempranas entre los progenitores y sus infantes. Para Bowlby un comportamiento de apego es un aspecto específico y circunscrito de la relación entre un infante y su cuidador principal que tiene como objetivo el hacer sentir al bebé seguro, a salvo y protegido. El apego será una conducta fundamental que permitirá la supervivencia del infante y protegerá al bebé de cualquier situación que ponga en riesgo su bienestar, brindándole una figura que actúe como una base segura en la cual resguardarse en caso de ser necesario y también fomente la exploración de su medio ambiente. El proceso será exitoso, si los padres son sensibles en identificar y entender las necesidades y el estado emocional de su bebé, para lograr disminuir la frustración y ansiedad del bebé originada por la interacción con el medio ambiente ofreciendo una base segura cuando la requiera. Esta conducta evolucionará en patrones de conducta organizados que se mantendrán estables a lo largo de la vida del infante afectando su desarrollo y las interacciones sociales futuras (13). Posteriormente el interés se centró en las interacciones más tempranas entre madre y bebé, cuando el bebé aún es incapaz de reaccionar de forma organizada con una conducta de apego hacia su cuidador. Esta temprana interacción fue definida por Klaus y Kennell (17) como "vinculación" entre una madre y su bebé, centrándose en la respuesta emocional materna. Aunque los conceptos de apego y vinculación materno-infantil analizan la diada madre-bebé, no son sinónimos pues se centran en diferentes procesos y momentos de la relación. La vinculación materno-infantil refiere a la relación temprana entre una madre y su infante cuya principal característica es la respuesta emocional materna hacia su bebé

(18) durante el primer año de vida del bebé. El apego es un proceso posterior centrado en la reacción del infante ya organizada en un patrón estable dirigida hacia el cuidador principal. La cercanía de ambos conceptos suele generar confusión sobre todo cuando la definición del vínculo materno-infantil aún muestra una evolución conceptual, lo cual representa un reto para su evaluación y estudio.

1.8 IMPLICACIONES DE LA VINCULACIÓN MATERNO-INFANTIL

Para Brockington (19) la relación entre una madre y su bebé es uno de los procesos psicológicos más importantes que se desarrollan después del parto. Si la vinculación materna con el bebé se altera puede generar consecuencias negativas de gran importancia para el bienestar psicosocial, principalmente del infante con efectos negativos de mediano y largo plazo en su desarrollo (15). Algunas de las consecuencias negativas en el infante incluyen afectaciones en la adaptación y autorregulación emocional (20) así como en el temperamento infantil y la regulación del estrés (21), el desarrollo cognitivo y del lenguaje (22), en la adaptación social, el desarrollo funcional y biológico cerebral, el tipo de apego infantil (23) que condicionará sus interacciones sociales y el desarrollo de psicopatología en la infancia y adolescencia. En casos de vínculos materno-infantil gravemente alterados, el bebé es expuesto a la agresión materna, con riesgo de negligencia grave, abuso, y maltrato infantil (15), con consecuencias duraderas físicas, emocionales y psicopatológicas (24) y en casos extremos riesgo de infanticidio seguido frecuentemente por el suicidio materno. A su vez, existe evidencia de que una vinculación temprana favorable entre la madre y su bebé puede disminuir el impacto de factores adversos en el desarrollo infantil, como por ejemplo la reducción del efecto negativo que una exposición in útero de cortisol (producida por estrés materno) tiene asociado a un desarrollo cognitivo alterado en el infante (25).

La confirmación de consecuencias negativas en el desarrollo psicosocial de infantes que han experimentado un trastorno en su relación afectiva temprana con su madre, han impulsado el estudio de la vinculación materno-infantil en los últimos 30 años.

1.9 MEDICIÓN DE LA VINCULACIÓN MATERNO-INFANTIL PRENATAL

La mayoría de las investigaciones acerca de la vinculación prenatal materna hacen uso de escalas de auto-reporte con el fin de medir este lazo entre la madre y el feto. El instrumento desarrollado por Condon llamado Escala de Vinculación Prenatal Materna (MAAS por sus siglas en inglés), permite estudiar el desarrollo del apego materno-fetal sin que las variables como el temperamento del niño y el ambiente postnatal influyan, de este modo, se enfoca casi exclusivamente en pensamientos y sentimientos acerca del bebé por parte de la madre, complementando así otros instrumentos, que a juicio de Condon, se centraban sólo en las actitudes de la madres respecto a estar embarazada y su rol materno. En este contexto, la herramienta permite en la madre, evaluar las conductas concretas como el deseo de interactuar con el feto, la elaboración imaginativa de características del bebé, y el placer o satisfacción derivadas de estas actividades, sin involucrar las actitudes hacia el embarazo o hacia el rol de la maternidad (26).

1.10 DISTINCIÓN ENTRE PERIODO PRENATAL Y PERINATAL

El periodo prenatal es el periodo que comprende el embarazo, desde su concepción hasta la resolución del mismo. Mientras que, el término perinatal cuenta con varias connotaciones, siendo su mayoría de índole epidemiológica, por ejemplo, para definir las muertes maternas y complicaciones obstétricas ocurridas desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana después del parto.

En el caso del diagnóstico de trastornos psiquiátricos, el periodo perinatal incluye el primer año después del parto, esto debido a que se trata de un periodo particularmente

vulnerable para el desarrollo de psicopatología en mujeres en edad reproductiva (27). Para fines de esta investigación se considerará periodo prenatal como el periodo comprendido durante el embarazo, y periodo perinatal como el periodo comprendido en el primer año después de la resolución del embarazo.

1.11 SALUD MENTAL PERINATAL

Cerca de la mitad de las personas tendrán una enfermedad mental a lo largo de su vida y una de cada cuatro padecerá un trastorno psiquiátrico en un determinado año. Debido a que la mayoría de estas enfermedades empiezan antes o durante los años de fertilidad, muchas mujeres embarazadas tienen comorbilidades psiquiátricas (28). Los estudios de prevalencia muestran que la enfermedad mental más prevalente en el embarazo es el trastorno depresivo mayor (13-20%) (29), seguidos por trastornos de ansiedad generalizado (8.5%) (30) y síndrome de estrés post-traumático (3.5%)(30). Murray y colaboradores predijeron que para el año 2020, la depresión sería la principal causa de años perdidos por discapacidad (DALY's) en mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, pese a que el suicidio en mujeres jóvenes ha ido en aumento en los últimos años, no existe aún información respecto de la mortalidad materna generada por la carga epidemiológica de las enfermedades mentales.(31)

En el pasado, se creía que el embarazo era un factor protector para desarrollar síntomas de enfermedad mental, ahora es bien sabido que es un periodo especialmente susceptible para que una mujer desarrolle estos síntomas. (32). La depresión prenatal es común, con tasas entre el 12 y 22%, siendo el doble que en la población general de mujeres. (33) En cuanto a los trastornos de ansiedad en el periodo prenatal, el más prevalente es el Trastorno de ansiedad generalizada con 8.5%, seguido del Trastorno de pánico, Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno de estrés postraumático con 1.4 a

2%, 0.2 a 1.2% y 0 a 8.1% respectivamente (30). Algunas investigaciones dicen que las mujeres que habitan en países en vías de desarrollo están en mayor riesgo de padecer estos trastornos que las mujeres que habitan en países desarrollados. (34).

1.12 IMPLICACIONES DE LA SALUD MENTAL PERINATAL

La enfermedad mental durante el embarazo está asociada con pobres desenlaces obstétricos, tasas altas de abuso de sustancias psicoactivas, un menor uso de los servicios médicos antenatales e incremento de la incidencia de síntomas psiquiátricos en el postparto (32). Por lo que es preocupante que estos síntomas frecuentemente no sean identificados en el periodo perinatal y que las tasas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales sean menores en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas(35). Además, menos del 8% de las mujeres que habitan en países en vías de desarrollo con un trastorno mental diagnosticable recibe tratamiento para su padecimiento durante el periodo perinatal.(34)

Se ha estudiado que la depresión postparto reduce la sensibilidad, aceptación y capacidad de respuesta de la madre a su hija(o)(36), lo cual hace que desarrolle más fácilmente apego inseguro(37). Patel y colaboradores examinaron el impacto de la depresión materna 6 a 8 semanas postparto sobre el desarrollo y crecimiento de niños en India(38); comparados con los controles, los hijos de madres con depresión tenían el doble de probabilidades de tener bajo peso a los 6 meses de nacido y tres veces más probabilidades de tener talla baja. Posteriormente, Hay y colaboradores(39) demostraron en un seguimiento a 132 hijos de madres con depresión durante el embarazo, que los niños, especialmente varones, cuyas madres tuvieron depresión, tenían menor puntaje en pruebas de inteligencia, mayor necesidad de educación especial y dificultades para el razonamiento matemático y el desempeño motor.

Por ello, la búsqueda intencionada, por medio de herramientas clínicas validadas, de síntomas de enfermedad mental, debería ser una práctica establecida en los servicios de ginecología y obstetricia. El uso de esta práctica incrementaría la calidad de vida en mujeres en edad reproductiva y embarazadas con trastornos mentales; y podría ayudar a reducir la probabilidad de desenlaces obstétricos adversos, enfermedad mental en el posparto y efectos no deseados en los recién nacidos (40).

1.13 CICLOS DE MALTRATO INFANTIL Y SUS IMPLICACIONES

Un ciclo de violencia dentro de las familias ha sido bien documentado literatura de las ciencias sociales (41). Una historia familiar de trastornos psiquiátricos es reconocida en las ciencias médicas y psicológicas como un factor de riesgo para diagnósticos psiquiátricos a lo largo de la vida.

Históricamente, tanto la "naturaleza" como la "crianza" han estado implicadas en las teorías de transmisión del abuso y la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos de padres a hijos. Las interpretaciones contemporáneas implican herencia, ambiente, crianza y adaptaciones epigenéticas tanto en estudios humanos como a través de experimentos con modelos animales (42,43).

Los estudios en animales han demostrado que la biología no es el destino cuando se trata de patrones intergeneracionales. Las crías nacidas de madres de ratas con comportamientos maternos inadecuados y características de respuesta ansiosa al estrés que son cuidadas por madres con comportamientos maternos adecuados y características de respuesta saludables al estrés modifican su expresión génica y exhiben fenotipos saludables observados como características de respuesta al estrés no ansioso. El estado de la ciencia de estos modelos

animales sugiere que es posible romper los ciclos tanto a nivel biológico como conductual (43).

El antecedente de maltrato infantil en una madre está asociado con depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en general (44) y específicamente durante el embarazo, y a veces la revictimización también juega un papel importante. Una de cada 3 mujeres informa antecedentes de abuso físico o sexual en la infancia (45), y el maltrato infantil aumenta el riesgo de revictimización en la edad adulta (46). El antecedente de maltrato infantil representa un riesgo 12 veces mayor de tener TEPT en el embarazo y se asocia con depresión prenatal y comorbilidad de TEPT y depresión (47).

Las condiciones de salud mental de una mujer durante el embarazo predicen la salud mental posparto y, a veces, el parto traumático o los resultados adversos del parto juegan un papel importante. La depresión prenatal se asocia significativamente con el desarrollo de la depresión posparto. El TEPT prenatal entre los sobrevivientes de abuso sexual infantil se ha asociado con la sintomatología de estrés postraumático posparto (48). Esto sugiere la posibilidad de que los eventos estresantes de la vida y las experiencias adversas relacionadas con el nacimiento puedan desempeñar un papel en el mantenimiento o la exacerbación en lugar de iniciar de novo la morbilidad de salud mental en el período posparto. Las enfermedades mentales maternas en el posparto y las alteraciones del vínculo madre-hijo coexisten. La mayoría de los estudios se han

centrado en la depresión posparto, la cual predice un vínculo materno deteriorado (49).

La salud mental posparto materna y el deterioro de la vinculación materna están implicados en alteraciones de la díada madre-hijo. Los efectos de la depresión posparto materna se han estudiado ampliamente en relación con las interacciones madre-hijo en el periodo de lactancia y el desarrollo infantil (50). Los bebés de madres deprimidas obtienen un puntaje más bajo en las medidas de participación social y muestran comportamientos de regulación emocional menos maduros(51). Como resultado de las relaciones diádicas alteradas, existe un mayor riesgo de déficit de desarrollo socioemocional y maltrato, lo que, a su vez, predispone a estos bebés a la morbilidad psiquiátrica en la adultez. Los estudios longitudinales han demostrado la naturaleza duradera de los efectos de la depresión perinatal en la díada madre-bebé y posteriormente en el ajuste psicológico del niño (52). La investigación sobre el trauma materno no resuelto relacionado con la pérdida o el maltrato infantil se ha asociado con un apego inseguro o desorganizado para el niño (53). El desarrollo socioemocional a largo plazo puede verse interrumpido de varias maneras, con niños que exhiben más problemas de conducta a los 9 años y puntuaciones de coeficiente intelectual (CI) más bajas y más problemas de atención y dificultades en el razonamiento matemático a los 11(54). Además, las actividades de cuidado materno parecen estar comprometidas en las madres deprimidas, incluida la alimentación, la lactancia materna, las rutinas de sueño, las visitas para niños sanos, las vacunas y un mayor uso de las visitas a la sala de

emergencias (49). Se han observado hallazgos similares para mujeres con antecedentes de abuso infantil. El historial de abuso infantil se asoció con un estilo intrusivo de crianza (55), ansiedades sobre la crianza íntima, estilos disciplinarios más punitivos (56), y trayectorias de comportamiento más pobres para niños de 4 a 7 años (52). También hay evidencia en la literatura sobre el desarrollo infantil de que tener una madre que fue maltratada se asocia con un riesgo de maltrato, ya sea por la propia madre, o por su pareja íntima o un miembro de su familia de origen (57). Hasta la fecha, los estudios que tienen una perspectiva intergeneracional sobre el abuso y la vulnerabilidad psiquiátrica durante el período perinatal son raros (48,52), y ninguno ha considerado tanto la depresión como el estrés en relación con el resultado de la vinculación.

2. MARCO TEÓRICO

El maltrato infantil se ha asociado con desenlaces físicos y de salud mental desfavorables para los individuos a lo largo de la vida (4,58). Adicionalmente, es bien reconocido que el trauma infantil tiene impactos notables en las generaciones subsecuentes, contribuyendo a los ciclos de adversidad (59). Cuando se compaginan el antecedente de maltrato infantil en la madre y las condiciones de salud mental relacionadas con el abuso durante el embarazo, hay un mayor riesgo de afecciones de salud mental materna posparto y de alteraciones en la vinculación materna. Esto a su vez incide en el desarrollo de la relación madre-hijo y en el bienestar a largo plazo del bebé en términos de seguridad contra el maltrato en la infancia y la esperanza de vida, así como la vulnerabilidad a la salud mental (60). Para poder interrumpir estos ciclos es necesario conocer cuándo y cómo ocurren. Una potencial ventana de transmisión intergeneracional de estos desenlaces desfavorables es el periodo perinatal. Existen estudios que comprueban las relaciones entre el antecedente de maltrato infantil, salud mental materna, estrés y vinculación madre-hijo.

En el 2015 Ma. Asunción Lara et. al. del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz realizaron un estudio que describía la asociación de maltrato infantil y el riesgo de síntomas de depresión prenatal, síntomas de ansiedad y conducta suicida en mujeres embarazadas mexicanas (61). Se trató de una muestra de 357 mujeres embarazadas quienes fueron entrevistadas para detección de antecedente de maltrato infantil por medio del Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA-Q), síntomas de depresión prenatal por medio del Beck Depression Inventory (BDI-II), síntomas de ansiedad por medio de la subescala de ansiedad del Hopkins Symptoms Checklist

(SCL-90) y detección de historia de conducta suicida por medio de preguntas verbales directas. Los análisis de regresión logística mostraron que las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia tenían 2.60 veces más probabilidades de desarrollar depresión prenatal, 2.58 veces más probabilidades de desarrollar síntomas de ansiedad y 3.71 veces más probabilidades de tener historia de conducta suicida. El abuso físico infantil aumentó el riesgo de presentar sintomatología de ansiedad ([OR] = 2.51) e historia de conducta suicida (OR = 2.62), mientras que el abuso verbal infantil aumentó la probabilidad de depresión prenatal (OR = 1.92). Experimentar múltiples tipos de abuso infantil aumentó el riesgo de depresión prenatal (OR = 3.01), sintomatología de ansiedad (OR = 3.73) e historia de conducta suicida (OR = 13.73). Concluyendo así que, el abuso sexual, físico y verbal en la infancia, especialmente cuando ocurren conjuntamente, tiene un impacto en depresión prenatal, sintomatología de ansiedad e historia de conducta suicida en mujeres embarazadas. Estos hallazgos sugieren que las mujeres embarazadas en riesgo de depresión también deben ser estudiadas para descartar antecedentes de trauma infantil como un factor de riesgo para desarrollo de psicopatología perinatal.

En el 2013 Julia S. Seng et. al. del Institute for Research on Women and Gender del estado de Michigan realizaron un estudio prospectivo en 566 mujeres que cursaban su primer embarazo (60), dividiéndolas en tres cohortes: 1) mujeres con antecedente de trauma infantil con diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático (TEPT), 2) mujeres con antecedente de trauma infantil sin TEPT y 3) mujeres sin antecedente de trauma infantil. Se les realizaron entrevistas estructuradas vía telefónica a las 28 semanas de gestación para detección de antecedente de trauma infantil, diagnóstico de TEPT y diagnóstico de depresión. Y nuevamente al cumplir seis semanas del posparto para evaluar trauma en dicho periodo, la experiencia durante el parto, diagnóstico de TEPT, diagnóstico

de depresión y desenlaces en la vinculación materna con el bebé. Los resultados del modelo de regresión indicaron que el estrés postraumático en el embarazo, solo o comórbido con depresión, se asoció con depresión posparto ($R^2 = .204$, $P < .001$). La depresión posparto sola, o comórbida con estrés postraumático, se asoció con alteraciones en la vinculación materna ($R^2 = .195$, $P < .001$). En ambos modelos, las calificaciones de mayor calidad de vida en el embarazo se asociaron con mejores resultados, mientras que la disociación en el trabajo de parto fue un riesgo de peores resultados. En conclusión, el efecto de una historia de maltrato infantil tanto en la salud mental posparto como en la alteración de la vinculación materna estuvo mediado por el estado de salud mental preexistente.

Existen pocos estudios que evalúen la relación entre estos factores en países en vías de desarrollo a pesar de la alta prevalencia de maltrato infantil y condiciones adversas que existe en dichos países (62). En 2017, Karmel W. Choi et. al. realizaron un estudio longitudinal en 150 mujeres embarazadas sudafricanas (63), las cuales fueron seguidas durante el embarazo y el posparto. Las mediciones incluyeron historia de trauma infantil por medio del Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), estrés antenatal por medio de la Kessler Psychological Distress Scale (K-10), depresión posparto a los 6 meses de la resolución del embarazo por medio de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), vinculación materno-infantil al año de edad por medio del Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), crecimiento y desarrollo de bebé al año de edad por medio de mediciones clínicas. El estudio incluyó una sub-grupo de estudio de 33 mujeres, que recibieron evaluación del procesamiento afectivo a los 6 meses de la resolución del embarazo, en un laboratorio, por medio de una prueba pictórica modificada del Stroop task, como potencial mecanismo mediador entre los factores antes descritos. El estudio

mostró que las mujeres con trauma infantil experimentaron más síntomas depresivos durante los seis meses posteriores al parto, que luego predijeron resultados negativos en los bebés al año de edad. Los efectos mediadores de la depresión posparto fueron significativos y persistieron para la vinculación materno-infantil y el crecimiento infantil después de controlar las covariables y la angustia prenatal. La evitación materna de los estímulos atemorizantes surgió como un posible mecanismo afectivo. Los resultados sugieren un papel mediador de la depresión posparto en la transmisión intergeneracional de resultados negativos del trauma infantil. Las intervenciones perinatales que abordan el historial de trauma infantil en la madre y la depresión, así como los mecanismos afectivos subyacentes, pueden ayudar a interrumpir los ciclos de adversidad, particularmente en entornos con alta prevalencia de entornos traumáticos como Sudáfrica y como nuestro país.

Existen pocos estudios que estudien la vinculación madre-hijo antes del parto (60), lo que permite evaluar la vinculación sin la influencia del temperamento del bebé y el ambiente posnatal, centrándose así únicamente en la actitud de la madre sobre estar embarazada y su rol materno. En 2009 Bárbara Figueiredo y Raquel Costa del Departamento de Psicología de la Universidad de Minho en Portugal (64), realizaron un estudio en 91 mujeres portuguesas que cursaban su primer embarazo, quienes fueron evaluadas tres meses antes del parto y tres meses posteriores al parto. El estudio incluyó la evaluación de estrés por medio de State-Trait Anxiety Inventory, síntomas depresivos por medio de la EPDS, la vinculación madre-hijo por medio de la Mother-to-Infant Bonding Scale y la medición de niveles de cortisol. El estudio demostró que, desde el embarazo hasta el período posparto, los niveles de cortisol de la madre, la ansiedad y la vinculación emocional hacia el niño disminuyen. No se observaron cambios significativos con respecto a la depresión de la

madre. La depresión de la madre predijo una peor vinculación emocional antes del parto, mientras que la ansiedad de la madre predijo una vinculación emocional peor con el bebé después del parto. Además, las mujeres embarazadas con una peor vinculación emocional prenatal con la descendencia corren el riesgo de peor vinculación emocional con el bebé y mayor ansiedad y depresión a los tres meses después del parto. Concluyendo así que, debería prestarse más atención a la escasa vinculación emocional de la madre con la descendencia durante el embarazo, ya que interfiere con la vinculación emocional con el bebé y el ajuste psicológico tres meses después del parto.

3. JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia que demuestra los efectos negativos del maltrato infantil sobre la salud mental y el desarrollo a lo largo de la vida de los individuos que lo sufren. Como se ha descrito hasta ahora, el maltrato infantil es altamente prevalente en México, y se estima que una de cada tres mujeres ha estado expuesta a algún tipo de abuso en la infancia.

El antecedente de maltrato infantil en mujeres afecta particular y negativamente la salud mental en el periodo perinatal, con especial relación con trastornos como depresión y Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el posparto, trastornos que a su vez alteran la forma en que una madre se vincula con su bebé. Más aún, el antecedente de maltrato infantil, por si solo, afecta la forma en la que una madre se vincula con su bebé antes y después de su nacimiento, lo que a largo plazo tienen implicaciones negativas sobre la propia salud mental de la descendencia y los vuelve vulnerables de ser receptores de maltrato infantil, lo que perpetúa ciclos de adversidad de maltrato infantil y psicopatología. Se ha propuesto que el periodo perinatal es una ventana de oportunidad para intervenir y detener los ciclos de transmisión intergeneracional de maltrato infantil.

Existen estudios que evalúan los efectos del maltrato infantil y la morbilidad de salud mental sobre la vinculación madre-hijo, la mayoría de los cuales se enfocan en la vinculación después del parto, con pocos estudios que evalúen la vinculación antes del parto durante el embarazo, periodo particularmente importante porque permitiría evaluar la vinculación madre-hijo sin la influencia del temperamento del

bebé o el ambiente posnatal. Tampoco existen muchos estudios que evalúen la influencia de la apreciación del estrés sobre la vinculación madre-hijo.

Ante este panorama, este estudio busca describir la influencia del maltrato infantil sobre la apreciación del estrés y la vinculación madre-hijo durante el periodo antenatal. Asimismo, busca relacionar los factores sociodemográficos con el maltrato infantil, la vinculación madre-hijo y el estrés percibido. Ello con la intención de conocer si pueden realizarse intervenciones oportunas para mejorar los estilos de vinculación, mejorar la percepción del estrés, tratar la sintomatología depresiva y de otros trastornos psiquiátricos desde el periodo prenatal, con la finalidad de interrumpir los ciclos de adversidad.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre el grado de maltrato infantil, el estrés percibido, la depresión y el apego materno prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales?

5. HIPÓTESIS

Las mujeres con trastornos mentales que reportan mayor gravedad en el maltrato infantil mostrarán mayor estrés percibido en la etapa prenatal, mayor depresión y peor vinculación materna prenatal.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivos principales

6.1.1 Identificar la asociación entre el grado de maltrato infantil, el estrés percibido y el apego materno prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales.

6.2 Objetivos específicos

6.2.1 Identificar la vinculación materna prenatal, el antecedente de maltrato infantil y el estrés percibido en mujeres embarazadas con trastornos mentales.

6.2.2 Conocer la asociación entre los distintos tipos de maltrato infantil, el estrés percibido y la vinculación materna prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales.

6.2.3 Identificar los principales factores sociodemográficos que se asocian con el antecedente de maltrato infantil, el estrés percibido y la vinculación materna prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales.

6.2.4 Correlacionar la presencia de depresión prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales con el antecedente de maltrato infantil, el estrés percibido durante el embarazo y la vinculación materna prenatal.

7. DISEÑO DEL ESTUDIO

7.1 Tipo de estudio

Según Feinstein (65): Comparativo, observacional, transversal, retrolectivo.

7.2 Ubicación espacio temporal

El protocolo actual se deriva del proyecto de investigación titulado "*Frecuencia de anomalías físicas menores y alteraciones en el neurodesarrollo medido mediante la escala de Bayley, en hijos e hijas de pacientes del INPRFM, tratadas con psicofármacos durante el embarazo: un estudio descriptivo*" (número CEI/C/026/2015). Mismo que se lleva a cabo en las Clínica de Genética Psiquiátrica y Psiquiatría Perinatal de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Para fines de esta investigación se incluirán valoraciones realizadas únicamente durante el periodo prenatal, es decir durante el embarazo.

7.3 Población en estudio

Mujeres embarazadas con diagnóstico de algún trastorno mental prenatal, que acudieron a la Clínica de Genética Psiquiátrica y Psiquiatría Perinatal de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

7.4 Sujetos en estudio

Mujeres embarazadas con diagnóstico de algún trastorno mental prenatal, ya sea psiquiátrico o de personalidad, que acudieron a la Clínica de Genética Psiquiátrica y Psiquiatría Perinatal de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para seguimiento prenatal, que aceptaron formar parte del estudio llevado a cabo en dicha clínica. Las valoraciones incluidas en este estudio comprenden aquellas realizadas durante el seguimiento prenatal, es decir

aquellas realizadas durante el embarazo. Las valoraciones realizadas en el periodo posnatal no fueron incluidas.

De 167 participantes incluidas en la base de datos original se seleccionaron 59 participantes que cumplían los criterios de inclusión (n=59).

7.5 Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra se determinó a conveniencia; se incluyeron todas aquellas participantes que contaban con las siguientes clinimetrías: Cuestionario de Trauma en la Infancia – Forma corta, Escala de Vinculación Prenatal Materna, Escala de Estrés Percibido y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, que hayan sido realizadas durante el embarazo. El estudio original ha reclutado pacientes desde su aprobación en mayo 2015, hasta el 2020.

7.6 Criterios de participación

7.6.1 Criterios de inclusión

6.6.1.1 Mujeres con diagnóstico de algún trastorno mental prenatal que aceptaron formar parte del estudio de las Clínica de Genética Psiquiátrica y Psiquiatría Perinatal de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

6.6.1.2 Con diagnóstico de algún trastorno mental según los criterios establecidos en el DSM-5. Incluidos trastornos psiquiátricos y trastornos de la personalidad.

6.6.1.3 Con edad cumplida igual o mayor de 18 años al momento de realizar el estudio.

6.6.1.4 Que hayan estado embarazadas al momento de recabar la información de los cuestionarios de estrés percibido y vinculación materna prenatal.

7.6.2 Criterios de exclusión

6.6.2.1 Pacientes con síntomas psiquiátricos graves agudos al momento de la evaluación que pone en riesgo la seguridad del paciente y/o terceros incluyendo riesgo suicida, agitación psicomotriz o agresividad.

6.6.2.2 Mujeres con discapacidad intelectual o síndromes genéticos conocidos.

7.6.3 Criterios de eliminación

6.6.3.1 A solicitud del paciente.

7.7 Variables

7.7.1 Variables demográficas y clínicas

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Número de Folio | Continua |
| Fecha de Nacimiento | Discreta; Categórica |
| Edad | Continua |
| Sexo | Discreta; Dicotómica |
| Nivel Socioeconómico | Discreta; Categórica; Ordinal |
| Nivel Máximo de Estudios | Discreta; Categórica; Ordinal |
| Relación de Pareja Estable | Discreta; Dicotómica |
| Diagnóstico psiquiátrico | Discreta; Categórica |
| Número de diagnósticos psiquiátricos | Continua |

7.7.2 Variables ginecoobstétricas

| | |
|---------------------------|-------------------------------|
| Edad del primer embarazo | Continua |
| Numero de embarazos | Continua |
| Número de embarazo actual | Discreta, Categórica; Ordinal |
| Cesáreas | Continua |
| Partos | Continua |

| | |
|--|----------------------|
| Abortos Electivos | Continua |
| Abortos Espontáneos | Continua |
| Planeación del Embarazo Actual | Discreta; Dicotómica |
| Deseo del Embarazo Actual | Discreta; Dicotómica |
| Estado de Embarazo Actual | Discreta; Categórica |
| Edad gestacional en la primera visita obstétrica del embarazo actual | Continua |
| Número de Consultas de Control Prenatal | Continua |
| Resolución de embarazo actual | Discreta; Categórica |
| Tratamiento con psicofármaco | Discreta; Categórica |

7.7.3 Variables de maltrato infantil

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| Total abuso emocional | Continua |
| Severidad abuso emocional | Discreta; Categórica |
| Total abuso físico | Continua |
| Severidad abuso físico | Discreta; Categórica |
| Total abuso sexual | Continua |
| Severidad abuso sexual | Discreta; Categórica |
| Total negligencia emocional | Continua |
| Severidad negligencia emocional | Discreta; Categórica |
| Total negligencia física | Continua |
| Severidad negligencia física | Discreta; Categórica |
| Total CTQ | Continua |
| Severidad CTQ | Discreta; Categórica |

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| Total minimización/ negación | Continua |
| Puntaje minimización/ negación | Discreta; Dicotómica |

7.7.4 Variables vinculación materna prenatal

| | |
|--|----------------------|
| Puntuación total de calidad de vinculación | Continua |
| Calidad de vinculación | Discreta; Dicotómica |
| Puntuación total de preocupación | Continua |
| Preocupación | Discreta; Dicotómica |
| Puntuación total | Continua |
| Tipo de vinculación materna prenatal | Discreta; Categórica |

7.7.5 Variables de estrés percibido

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Puntuación total | Continua |
| Clasificación del estrés percibido | Discreta; categórica |

7.7.6 Variables de depresión prenatal

| | |
|--|----------------------|
| Puntuación total | Continua |
| Presencia de depresión | Discreta; dicotómica |
| Presencia de conducta suicida y autolesiva (ítem 10 EPDS) | Discreta; dicotómica |

7.8 Escalas Clinimétricas

7.8.1 Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF)

El Cuestionario de Trauma en la Infancia – Forma corta, CTQ-SF por sus siglas en inglés es un instrumento de auto-reporte retrospectivo dirigido a adultos y adolescentes para valoración de abuso y negligencia en la infancia (5); el CTQ-SF se desarrolló a partir de la versión inicial de 70 ítems (66).

La longitud de la escala se redujo de 70 a 28 ítems según análisis exploratorios y confirmatorios. El CTQ-SF evalúa los siguientes cinco tipos de maltrato infantil: abuso emocional (AE), abuso sexual (AS), abuso físico (AF), negligencia emocional (NE) y negligencia física (NF). Cada escala está representada por cinco ítems que se puntúan en una escala de tipo Likert de cinco puntos que van desde “nunca cierto” hasta “siempre cierto”. Los tres ítems restantes conforman la subescala de minimización y negación para la detección de respuestas socialmente aceptables y falsos negativos en el informe retrospectivo de trauma (67).

El manual de la CTQ-SF (5) contiene una tabla que clasifica los resultados de las cinco escalas así como el puntaje total de la CTQ-SF en cuantiles de severidad: Ninguno/mínimo (AE ≤ 8 , AF ≤ 7 , AS ≤ 5 , NE ≤ 9 , NF ≤ 7 , CTQ ≤ 36), Bajo/moderado (AE > 8 y ≤ 12 , AF > 7 y ≤ 9 , AS > 5 y ≤ 7 , NE > 9 y ≤ 15 , NF > 7 y ≤ 9 , CTQ > 36 y ≤ 51), Moderado/severo (AE > 12 y ≤ 15 , AF > 9 y ≤ 12 , AS > 7 y ≤ 12 , NE > 15 y ≤ 17 , NF > 9 y ≤ 12 , CTQ > 51 y ≤ 68), Severo/extremo (AE ≥ 16 , AF ≥ 13 , AS ≥ 13 , NE ≥ 18 , NF ≥ 13 , CTQ ≥ 69). Por otro lado, los ítems de la subescala de minimización y negligencia que puntúan de 1-4 se codifican como 0, y los que puntúan 5 se codifican como 1, la “positividad de minimización y negligencia” entonces, significa puntajes mayores a 0.

La escala CTQ-SF ha sido validada para su uso en distintos idiomas, siendo uno de los instrumentos más usados para la valoración de antecedente de trauma en la infancia en el mundo (68). La validación inicial al español fue realizada por un grupo de investigadores

de la Universidad Autónoma de Barcelona, encabezados por la Maestra en Psicología Ana Hernández. Los resultados de dicho estudio respaldan la fiabilidad y validez de la adaptación al español de la CTQ-SF, la cual mostró propiedades psicométricas adecuadas y un buen ajuste de la estructura de las cinco escalas en una muestra clínica (69).

7.8.2 Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)

La Escala de Vinculación Prenatal Materna (MAAS por sus siglas en inglés) es un instrumento de auto-reporte transversal dirigido a mujeres embarazadas, que permite evaluar el desarrollo del apego materno-fetal sin que las variables como el temperamento del recién nacido o el ambiente posnatal influyan (26).

La escala se encuentra conformada por 19 ítems que se puntúan en escala tipo Likert del uno al cinco, lo cuales se distribuyen en dos factores: el primer factor "Calidad" integrado por 10 ítems, evalúa las emociones y pensamientos positivos con respecto a la representación interna del bebé, cercanía, ternura, deseo de conocer y ver a su bebé; el segundo factor "Intensidad de preocupación" integrado por 8 ítems, evalúa la preocupación de la madre hacía el bebé, incluyendo la cantidad de tiempo que pasa pensando y hablando de él; el ítem numero 7 no forma parte de los factores y se incluye únicamente en la sumatoria del puntaje total (70).

La MAAS clasifica la vinculación en cuatro cuadrantes (Figura 1) en donde cada uno representa un estilo: "fuerte/saludable", "afecto positivo/baja preocupación", "desvinculado/ambivalente", y "ansioso, ambivalente o preocupación sin afecto".

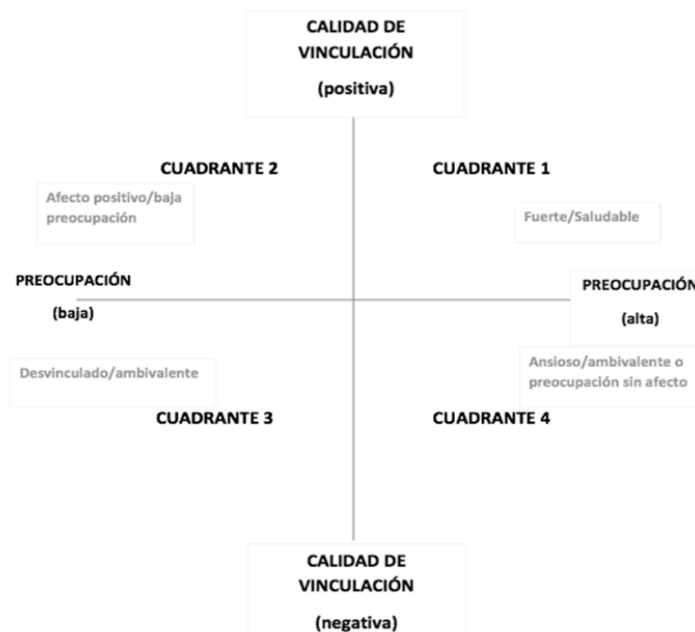


Figura 1. Se muestran dimensiones de acuerdo a los cuadrantes de la MAAS, de acuerdo a Castro Mata.

La validación al español de la MAAS fue realizada por un grupo de investigadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León encabezado por la Maestra en Psicología Ruth Castro Mata en el 2015, la cual demostró adecuada consistencia interna de acuerdo con los criterios de Nunnally y Bernstein. La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de .694, la subescala de Calidad un alfa .771 y la de Preocupación de .550. (71)

7.8.3 Perceived Stress Scale (PSS)

La Escala de Estrés Percibido (PSS por sus siglas en inglés), es un instrumento de auto-reporte transversal dirigido a adultos, que permite evaluar el estrés percibido, es decir como los eventos cotidianos son apreciados como estresantes por el individuo.

La escala se encuentra conformada por 14 ítems que se puntúan en escala tipo Likert del cero al cuatro, siendo cero "casi nunca o nunca" y cuatro "muy frecuente", los ítems

4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 se califican inversamente. A mayores puntuaciones mayor estrés percibido.

La PSS clasifica el estrés percibido en cuatro cuantiles dependiendo de la puntuación total: 0 a 14 puntos corresponde a "casi nunca o nunca", 15 a 28 puntos "de vez en cuando", 29 a 42 puntos "a menudo" y 43 a 56 puntos corresponde a "muy a menudo" (11).

La escala se encuentra validada en español-europeo (72) y existe una adaptación cultural para su uso en México validada por Mónica Teresa González Ramírez y René Landero Hernández de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La cual mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha = .83$) y se confirmó la estructura factorial al utilizarse análisis factorial confirmatorio. Asimismo, se evaluó, con resultados satisfactorios, la adaptación cultural realizada para el PSS (73).

7.8.4 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

La escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS por sus siglas en inglés) es un instrumento de auto-reporte para detección de depresión en el periodo posnatal (74), sin embargo cada vez existen más estudios que validan su uso para detección de depresión en el periodo prenatal.

La escala se encuentra conformada por diez ítems que se puntúan en escala tipo Likert del cero al tres, se establece que a mayor puntuación mayor probabilidad de presentar depresión prenatal, siendo el punto de corte ≥ 13 puntos con moderada sensibilidad y alta especificidad para la detección de depresión mayor. Algunos estudios utilizan como punto de corte ≥ 10 puntos, lo que ha demostrado moderada sensibilidad y especificidad para la detección de depresión mayor. El ítem número diez evalúa el riesgo suicida y de

autolesión por lo que si este puntúa ≥ 1 se recomienda valoración psiquiátrica inmediata para la determinación de riesgo suicida (75).

La EPDS fue validada para su uso en español en mujeres embarazadas por Rubén Alvarado de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en 2014, en un estudio de 111 mujeres embarazadas. El análisis factorial mostró que había un alto grado de consistencia interna (α de Cronbach = 0.914) y una buena validez convergente con el BDI-I ($\rho = 0,850$, $p < 0,001$). La EPDS fue capaz de diferenciar casos de depresión de no casos. El mejor punto de corte fue entre 12 y 13, que corresponde a una precisión general de 87,4% (76).

7.9 Recolección de datos

7.9.1 Procedimiento y flujograma

La médica residente recibirá la base de datos realizada ya por el personal de la Clínica de Genética Psiquiátrica y Psiquiatría Perinatal. La medica residente realizará la revisión meticulosa de la base de datos para la identificación de las participantes que cuentan con las clinimetrías de interés realizadas durante el embarazo (Cuestionario de Trauma en la Infancia – Forma corta, Escala de Vinculación Prenatal Materna, Escala de Estrés Percibido y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo). Posteriormente procederá a la organización de los resultados de dichas clinimetrías en una hoja de cálculo Excel para facilitar su lectura y análisis estadístico. A continuación realizara el análisis estadístico, mismo que se explica en el apartado número siete, y finalmente presentara los resultados obtenidos de manera gráfica y escrita para su fácil comprensión.

7.9.2 Recursos humanos

Personal médico de la Clínica de Genética Psiquiátrica y Psiquiatría Perinatal , Médica Residente, Asesora Metodológica y Asesora Clínica

7.9.3 Recursos materiales

Las consultas que se realizaron a las participantes para la recolección de datos no generaron costo.

8. Análisis estadístico

- 8.1 El análisis estadístico fue realizado por la médica residente y sus asesoras metodológicas.
- 8.2 Para la descripción de características demográficas se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviación estándar para las variables dimensionales.
- 8.3 Se realizaron correlaciones entre las variables sociodemográficas y las escalas aplicadas.
- 8.4 Se realizaron regresiones lineales simples cuando se pretendía predecir una variable dependiente a partir de una variable independiente y regresiones múltiples, para predecir una variable dependiente de dos independientes:
 - 8.4.1 Se utilizó un modelo de regresión para identificar si el antecedente de maltrato infantil y el estrés percibido predicen la vinculación prenatal materna.
 - 8.4.2 Se utilizó un modelo de regresión lineal para identificar si el antecedente de maltrato infantil predice el estrés prenatal percibido.
 - 8.4.3 Se utilizó un modelo de regresión múltiple para identificar si el antecedente de maltrato infantil y el estrés prenatal percibido predicen la presencia de depresión perinatal.
 - 8.4.4 Se utilizó un modelo de regresión múltiple para identificar si el antecedente de maltrato infantil y la presencia de depresión perinatal predicen la vinculación materna prenatal.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto original de investigación titulado "Frecuencia de anomalías físicas menores y alteraciones en el neurodesarrollo medido mediante la escala de Bayley, en hijos e hijas de pacientes del INPRFM, tratadas con psicofármacos durante el embarazo: un estudio descriptivo" con número de identificación CEI/C/026/2015, es realizado en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de la Clínica de Genética Psiquiátrica y Psiquiatría Perinatal del Instituto Nacional de Psiquiatría, quienes han acordado su participación por medio de la lectura, comprensión y firma del consentimiento informado (anexo 1). Dicho proyecto se encuentra aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se consideró una investigación de riesgo mínimo. El formato de aprobación se adjunta a este documento (anexo 2).

Se envió el formato de reanálisis de datos al Comité de Ética en Investigación, donde la investigadora principal firmó acuerdo de uso de base de datos, para análisis estadístico por parte de la médica residente.

10. RESULTADOS

10.1 Características sociodemográficas de la muestra

Dentro de las características de la muestra seleccionada, la edad media de las participantes fue de 30.23 años, el 42% de las mujeres reportaron ser solteras, 31% casadas y 27% vivir en unión libre; 36% de las participantes reportaron contar con escolaridad licenciatura, 32% preparatoria, 17% secundaria, 8% carrera técnica, y 7% posgrado, la media de años de escolaridad es de 13.45 años; 39% de las participantes estaban clasificadas socioeconómicamente en el Nivel 2, 37% en el Nivel 3, 20% en el Nivel 1 y 3% en el Nivel 4.

10.2 Diagnósticos psiquiátricos

La media de diagnósticos psiquiátricos por participante fue de 2.37, el diagnóstico psiquiátrico principal más reportado fue Trastorno depresivo mayor (61%), seguido de Trastorno depresivo persistente (15%) y Trastorno de ansiedad generalizada (12%) (para conocer otros diagnósticos consultar la Tabla 1 en el Anexo). En cuanto al diagnóstico de personalidad, 26% de las participantes presentaron diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad, 7% presentó rasgos de personalidad límite y 5% presentó otro diagnóstico, el resto de las participantes (21%) no presentaron diagnóstico de personalidad.

10.3 Historia clínica ginecoobstétrica

En cuanto a las características del historial ginecoobstétrico, 27% de las participantes cursaban su primer embarazo, 21% el segundo, 9% el tercero, 1% el cuarto y 1% el quinto. 73% de las participantes reportaron embarazo no planeado y 7% reportaron embarazo no deseado. 17% de las participantes contaban con antecedente de aborto inducido y 22% con antecedente de aborto espontáneo. La edad media del primer embarazo por participante fue de 26.5 años (n=56). La edad media gestacional en la que las pacientes

recibieron la primera consulta de Psiquiatría perinatal fue a las 16.65 semanas de gestación; 100% de las participantes recibió seguimiento por algún servicio de gineco-obstetricia; 100% de las participantes recibió al menos un psicofármaco en algún momento del seguimiento. En cuanto a la planeación del embarazo 27% de las participantes reportaron embarazo planeado, 73% no planeado, y 7% no deseado. En cuanto a la resolución de embarazo, solo contamos con información de 43 participantes (n=43): 37% de los embarazos se resolvieron por parto, 29% por cesárea y 7% por aborto espontáneo.

10.4 Clinimetrías

10.4.1 Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF)

La puntuación total media fue de 44.68, con un desviación estándar (D.E) de 13.39. En cuanto a maltrato en la infancia 37% de las participantes puntuaron para "Ninguno/mínimo", 34% "Bajo a moderado", 24% "Moderado a severo" y 5% "Severo a extremo".

10.4.2 Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)

La puntuación total media fue de 74.78, con un D.E. de 11.84, la puntuación media de la subescala de calidad de la vinculación fue de 43.5 y de la subescala de tiempo de preocupación fue de 26.86. En la clasificación por cuadrantes 37% de las participantes fueron clasificadas como apego "Fuerte/Saludable", 25% "Afecto positivo/Baja preocupación", 34% "Desvinculado/Ambivalente" y 3% "Ansioso/Ambivalente o preocupación sin afecto".

10.4.3 Perceived Stress Scale (PSS)

La puntuación total media fue de 27.36, con un D.E. de 9.57. En cuanto a estrés percibido 37% de las participantes puntuaron para "Casi nunca o nunca", 34% "De vez en cuando", 24% "A menudo" y 5% "muy a menudo".

10.4.4 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

La puntuación total media fue de 9.75 con una D. E. de 6.03. Tomando en cuenta el punto de corte ≥ 13 puntos 35% de las participantes fueron detectadas para depresión en el periodo prenatal, mientras que con el punto de corte ≥ 10 el 50% de las participantes participantes fueron detectadas para depresión.

10.5 Correlaciones

En la Tabla 2 se describen los valores Rho y de la r de las correlaciones significativas y no significativas entre las variables. La Rho de Spearman se empleó para correlacionar las variables ordinales (entre las escalas y entre éstas y el nivel socioeconómico) y la r de Pearson para asociar las variables de razón (edad y escolaridad). Se observó un patrón de tres correlaciones positivas entre las variables sociodemográficas y de tres asociaciones negativas entre éstas y las variables de algunas escalas. La correlación entre los años de escolaridad y la edad fue altamente significativa ($p < 0.001$), así como entre la escolaridad y el nivel socioeconómico ($p < 0.001$). La misma tendencia positiva se halló entre la edad y el nivel socioeconómico ($p < 0.03$). Las correlaciones negativas fueron evidentes entre el CTQ-SF y el nivel socioeconómico ($p < 0.02$); la PSS y el nivel socioeconómico ($p < 0.02$) y, finalmente, entre la PSS y los años de escolaridad ($p < 0.01$).

Entre las escalas se observaron tres correlaciones significativas. La asociación más significativa se observó entre el PSS y el EPDS con un sentido positivo ($p < 0.001$). Otra de las correlaciones más robustas, ahora negativa, se encontró entre el MAAS y la EPDS

Tabla 2

Correlaciones, medias y desviaciones estándar para las variables estudiadas

| MEDIDA | 1.Edad | 2.Escolaridad | 3.Nivel Socio-económico | 4.MAAS | 5.CTQ-SF | 6.PSS | 7.EPDS |
|-------------------------|---------|---------------|-------------------------|---------|----------|---------|--------|
| 1.Edad | -- | | | | | | |
| 2.Escolaridad | 0.50*** | -- | | | | | |
| 3.Nivel Socio-económico | 0.26* | 0.46*** | -- | | | | |
| 4.MAAS | -0.13 | 0.02 | -0.12 | -- | | | |
| 5.CTQ-SF | 0.02 | -0.21 | -0.30* | -0.26 | -- | | |
| 6.PSS | -0.06 | -0.32* | -0.29* | -0.29* | 0.10 | -- | |
| 7.EPDS | 0.03 | -0.21 | -0.08 | -0.40** | 0.09 | 0.62*** | -- |
| Media | 30.23 | 13.45 | 2.23 | 74.78 | 44.68 | 27.36 | 9.75 |
| D.E. | 13 | 3 | 0.81 | 11.84 | 13.39 | 9.57 | 6.03 |

Tabla 2. MAAS = escala de vinculación prenatal materna, por sus siglas en inglés; CTQ-SF = cuestionario de trauma; PSS = escala de estrés percibido, por sus siglas en inglés; EPDS = escala de depresión postnatal de Edinburgo; DE = desviación estándar. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$. La Rho de Spearman se empleó para correlacionar las variables ordinales (entre las escalas y entre éstas y el nivel socioeconómico) y la r de Pearson para asociar las variables de razón (edad y escolaridad).

($p = 0.002$). La correlación negativa entre el MAAS y el PSS no fue tan grande como la anterior, sin embargo, sí fue significativa ($p = 0.02$).

10.6 Regresiones lineales simples y múltiples

Como argumentos para llevar a cabo regresiones lineales simples y regresiones múltiples se consideraron varios criterios: aunque las escalas a relacionar son eminentemente de nivel ordinal, en estricto sentido, se tendrían que haber establecido puntos de corte para todas las escalas y no todas tienen esos intervalos de severidad. Otra razón fue que dos de las variables de las escalas con mayor asociación tuvieron una distribución normal de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov (PSS y EPDS), mientras que el MAAS y CTQ no se distribuyeron normalmente. Sin embargo, los gráficos de dispersión percentil-percentil (P-P) fueron usados para contrastar de manera descriptiva una distribución empírica con una distribución conocida, en este caso normal por medio de la comparación de los percentiles esperados según la distribución

seleccionada. Los gráficos P-P mostraron un ajuste a la línea de 45°, justificando entonces la probabilidad acumulada observada parecida a la esperada. De esta manera, se observó que las cuatro escalas se ajustaron a la línea recta. Igualmente, las variables mostraron diferencias aleatorias en el gráfico sin tendencia P-P.

Para todos los contrastes se cumplieron cercanamente los supuestos del modelo de regresión lineal:

10.6.1 linealidad cercana a 1 ó -1 que variaba según las comparaciones ($R = 0.24$; $R = 0.11$; $R = 0.67$; $R = 0.35$, respectivamente, de acuerdo a los objetivos específicos enunciados);

10.6.2 independencia de las observaciones muestrales con el estadístico "d" de Durbin-Watson aproximado a 2 (1.51, 1.64, 1.94 y 1.57, respectivamente para los cuatro objetivos);

10.6.3 los residuales contra predictores estandarizados siguieron una distribución normal (los histogramas se asemejaron a la curva normal y los gráficos P-P se distribuyeron alrededor de la línea de 45°);

10.6.4 homocedasticidad (los residuos tuvieron varianzas iguales, esto es, hubo una buena dispersión de los cúmulos de datos) y;

10.6.5 existió ausencia de multicolinealidad (la tolerancia y el factor de inflación de la varianza respectivamente para los resultados arrojados de acuerdo a los cuatro objetivos específicos a probar, fueron de 0.98 y 1.01; de 1 y 1; 0.98 y 1.01; y de 0.99 y 1.00 y son valores muy cercanos a 1).

10.6.7 MAAS como variable dependiente, CTQ-SF y PSS como variables independientes

ANOVA: $F(2, 56) = 1.76$, $p = 0.18$; donde $R^2 = 0.05$. Por lo tanto, no es posible afirmar que el grado de trauma infantil ($p = 0.96$) ni el estrés percibido ($p = 0.06$) predijeran el apego materno prenatal.

10.6.8 PSS como variable dependiente, CTQ-SF como variable independiente

ANOVA: $F(1, 57) = 0.74$, $p = 0.39$; donde $R^2 = 0.01$. Por lo tanto, no es posible afirmar que el grado de trauma infantil prediga el estrés percibido.

10.6.9 EPDS como variable dependiente, CTQ-SF y PSS como variables independientes

ANOVA: $F(2, 56) = 23.09$, $p < 0.00$; donde $R^2 = 0.45$ (CTQ-SF: límite inferior, -0.08 y superior 0.09; PSS: límite inferior, 0.29 y límite superior, 0.54). Es posible afirmar que el grado de trauma no contribuyó en una gran medida al modelo ($p = 0.88$) y que el estrés percibido ($p < 0.00$) fue un mejor predictor de la depresión prenatal. En este caso, el modelo implica que al aumentar el trauma infantil en una unidad, la depresión prenatal aumenta en 0.007 unidades. Y, además, que, al aumentar el estrés percibido en una unidad, la depresión se incrementa en 0.42 unidades.

Lo que se conceptualiza en la siguiente ecuación:

$$\text{La depresión prenatal (EPDS)} = -2.10 + (0.007 \cdot \text{CTQ-SF}) + (0.42 \cdot \text{PSS})$$

10.6.10 MAAS como variable dependiente, CTQ-SF y EPDS como variable independiente

ANOVA: $F(2, 56) = 3.97$, $p = 0.02$; donde $R^2 = 0.12$ (CTQ-SF: límite inferior, -0.22 y superior 0.22; EPDS: límite inferior, -1.18 y límite superior, -0.19). Por lo tanto, es posible afirmar que el grado de trauma infantil no contribuye tanto como el nivel de la depresión prenatal para predecir el apego materno prenatal. El modelo implica que al disminuir el trauma infantil en una unidad, el apego materno prenatal aumenta en 0.002 unidades. Y,

"Antecedente de maltrato infantil y su relación con el estrés percibido y la vinculación materna prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales"

además, que al disminuir la depresión prenatal en una unidad, el apego materno prenatal se incrementa en 0.69 unidades.

Lo que se conceptualiza en la siguiente ecuación:

$$\text{El apego materno prenatal (MAAS)} = 81.60 - (0.002 * \text{CTQ-SF}) - (0.69 * \text{EPDS})$$

11 DISCUSIÓN

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2018 (ENADID 2018) (77) el 53.1% de las mujeres mexicanas están en edad fértil, la mayoría entre los 15 y los 29 años. 9.7 millones de mujeres en edad fértil tienen entre 30 y 39 años lo que representa el 29.1% de todas las mujeres en edad fértil. Esto contrasta con las características de nuestra muestra, al tratarse en su mayoría de mujeres mayores de 30 años, esta diferencia puede ser explicada por nuestros criterios de inclusión en los que solo se estudiaron mujeres mayores de 18 años.

Según ENADID 2018 (77) el 32.7% de las mujeres en edad fértil son solteras, mientras que el 57.4% se encuentran unidas, lo que guarda relación con nuestra muestra. Por otro lado, ENADID 2018 reporta que la mayoría de las mujeres en edad fértil cuentan con un nivel educativo de preparatoria o más (51.1%), seguido de nivel secundaria (32.7%), primaria (10%) y analfabetas o que cuentan con la primaria trunca (6.2%). Lo que contrasta con nuestra muestra en la que 75% de las mujeres cuenta con un nivel de preparatoria o más, y 36% cuenta de las participantes con licenciatura. Nuevamente esta particularidad puede deberse a la selección de mujeres mayores de 18 años para este estudio, así como a que las mujeres con mayor grado de escolaridad suelen buscar atención médica especializada con mayor frecuencia.

La tasa global de fecundidad (TGF) representa el número de hijos que en promedio tendrá una mujer al final de su vida reproductiva, actualmente estimado en nuestro país en 2.07 hijos por mujer en edad fértil, la mayoría de las participantes de nuestra muestra se encontraban cursando su primer embarazo. Según el Instituto Nacional de las Mujeres, la edad promedio de las mujeres mexicanas para tener a su primer hijo es a los 21 años, lo que contrasta con nuestra muestra en la que la edad media del primer embarazo se

calculó a los 26.5 años(78). Estas diferencias pueden atribuirse al nivel educativo ya que se ha demostrado que una mayor escolaridad disminuye los comportamientos sexuales de riesgo (79).

Según la ENADID 2018, el 61.6% de las mujeres planearon su embarazo, mientras que 18.4% no lo planearon y 20% no lo desearon; lo que contrasta con nuestra muestra en la que la mayoría de los embarazos (73%) fueron reportados como no planeados (77), esto puede explicarse debido a que mujeres con trastorno mentales tienen conductas anticonceptivas de riesgo, como lo son no usar métodos anticonceptivos, mal uso y discontinuación de estos, y optar por métodos anticonceptivos menos efectivos(80). Desde un enfoque cognitivo conductual, los síntomas de enfermedad mental interfieren con la capacidad cognitiva de una mujer para poder tomar decisiones, incluyendo aspectos como la estimación del riesgo, planeación y aprendizaje social; así mismo pueden influenciar o distorsionar su percepción sobre los beneficios y riesgos del uso de anticonceptivos y su propia susceptibilidad para embarazarse (81).

La prevalencia de Trastorno Depresivo en población mexicana en mujeres según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 es de 17.7%(82), considerando que el objetivo de este estudio fue estudiar a mujeres con trastorno mentales, es comprensible que la prevalencia de este diagnóstico en nuestra sea mucho mayor (76% como diagnóstico psiquiátrico principal).

La prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad en la población general se estima en 1-2%, en este estudio, este número es mayor (26%) (83). Esto se explica a que cuando se analiza la prevalencia en población con trastornos psiquiátricos, la prevalencia de esta entidad aumenta a un 11-20%, siendo similar al de la muestra analizada.

La correlación positiva entre escolaridad y nivel socioeconómico, como se observó en nuestro estudio ha sido previamente demostrada, los sistemas de educación en los niveles socioeconómicos bajos generalmente tienen menos recursos, afectando negativamente su progreso académico y sus desenlaces, al mismo tiempo una educación inadecuada y una tasa de deserción incrementada afecta el desarrollo académico del individuo perpetuando un bajo nivel socioeconómico comunitario (84).

Estudios recientes muestran que el nivel socioeconómico del vecindario y la pobreza son modificadores importantes de la relación entre la depresión materna y el antecedente de trauma infantil (85), ello explica la correlación negativa encontrada en nuestro estudio entre nivel socioeconómico y antecedente de trauma infantil.

Un estudio en Dinamarca, mostró que los vecindarios con menor nivel socioeconómico tenían más riesgo de estrés percibido. Ello conlleva a una mayor probabilidad de comportamiento de riesgo para la salud (86). Los hallazgos de este estudio son compatibles con la correlación negativa entre nivel socioeconómico y estrés percibido observada en este trabajo.

Como se observó en este estudio el antecedente de trauma infantil, si bien demostró ser un predictor de apego materno antenatal, resultó que su contribución fue menor que la de la depresión prenatal y el estrés percibido, creemos que esto puede deberse a que en nuestro estudio se incluyeron las valoraciones de la CTQ-SF de todas las participantes, sin excluir aquellas que respondieron la CTQ-SF con algún tipo sesgo, ya sea que minimizaran o que negaran el antecedente de maltrato infantil al responderla, como se puede evidenciar con las subescalas de minimización de maltrato y negación de maltrato de este instrumento, las participantes que puntuaron positivamente en estas subescalas no se excluyeron del estudio, por lo que el fenómeno de trauma infantil puede estar

subestimado y por lo tanto no puede observarse completamente su efecto. Otra posible explicación es que las participantes del estudio en su mayoría reportaron grados leves de maltrato infantil, y pocas reportaron grados más graves (24% "moderado a severo" y 5% "severo a extremo"), lo anterior puede relacionarse, como se discutió anteriormente, con el grado de escolaridad y el nivel socioeconómico de las participantes el cual se asocia con mejores entornos psicosociales y con menos antecedentes de maltrato infantil (86).

En este estudio se observó que el estrés percibido en la etapa prenatal predijo de forma importante la presencia de depresión prenatal, pues a mayor estrés percibido se encontró mayor depresión, aunque este hallazgo puede relacionarse con varios estudios que definen la presencia de estrés y de factores ambientales de adversidad como factores de riesgo para el desarrollo de depresión en el periodo prenatal (87), es difícil de compararlo con otros estudios, ya que pocos se enfocan en el periodo prenatal y en su mayoría se dirigen a la influencia del estrés percibido sobre la sintomatología depresiva en el posparto, por ejemplo, un estudio realizado en 91 mujeres que cursaban el primer embarazo, en el que el estrés y la ansiedad en el embarazo predijeron sintomatología depresiva en el posparto (64). Cabe mencionar un ensayo clínico realizado en 197 mujeres en su primer embarazo, cuyo objetivo fue probar la eficacia de una intervención basada en atención plena (Mindfulness) para disminuir el estrés percibido en mujeres embarazadas y disminuir la depresión prenatal en comparación con un grupo control que recibió una intervención tradicional, en el cual la intervención basada en atención plena resultó más efectiva que la segunda para reducir el estrés percibido en el periodo prenatal y el riesgo de depresión en este periodo, lo que puede ayudar a comprender los procesos psicológicos relacionados con el estrés y la depresión prenatal encontrados en nuestro estudio.

En nuestro estudio la depresión prenatal demostró contribuir de manera importante a la vinculación materna prenatal, evidenciándose que a mayor depresión existía peor vinculación materna prenatal, este resultado se relaciona con el estudio de Bárbara Figueredo y Raquel Costa del 2009 (64), en el cual se demostró que los síntomas depresivos en la etapa prenatal predijeron la presencia de peor vinculación en el periodo prenatal, en comparación con el estrés y la ansiedad que demostraron contribuir con la vinculación materna después de parto.

Un estudio comparativo entre mujeres con y sin antecedente de trauma infantil, realizado por Julia S. Seng et. al. (47), que buscaba encontrar diferencias en la vinculación materna posnatal, demostró que el efecto del antecedente de maltrato infantil sobre la alteración de la vinculación materna posnatal estaba mediado por la salud mental preexistente de las participantes, en particular el antecedente de depresión y estrés postraumático, aunque este no fue el objetivo de nuestro estudio, como se describió anteriormente se trata de una muestra con particularidades clínicas al tratarse de mujeres que reciben atención psiquiátrica y que la mayoría de las participantes contaban con antecedente de depresión, lo que puede explicar que se reportaran síntomas depresivos en la EPDS y que estos demostraran ser el principal contribuyente sobre la vinculación materna prenatal.

En este punto es importante retomar que una pobre vinculación prenatal tiene efectos negativos en el bebé, algunas de estas consecuencias incluyen dificultades en la adaptación y regulación emocional (20), alteraciones en el temperamento infantil y la regulación de estrés (21), retraso en el desarrollo cognitivo y de lenguaje (22), la adaptación social, el desarrollo funcional y biológico cerebral (23), lo que a su vez puede condicionar el tipo de apego infantil, las interacciones sociales y el desarrollo de psicopatología en la

infancia y adolescencia (23). En casos de alteraciones graves del vínculo materno el bebé está expuesto a maltrato físico, negligencia grave y abuso (15), lo que a su vez predispone a psicopatología en la adolescencia (24). Lo anterior incide en el bienestar del bebé, predisponiéndolo a psicopatología a largo plazo, así como conferirle mayor vulnerabilidad para ser receptor de maltrato infantil (60). Nuestro estudio encontró relaciones importantes entre el estrés percibido en el periodo prenatal, la depresión prenatal y la vinculación materna prenatal, por lo que resulta interesante evaluar estos factores como potenciales ventanas de intervención para interrumpir la transmisión intergeneracional de riesgo de psicopatología y riesgo de maltrato infantil. Un estudio demostró que la reducción de estrés percibido por medio de intervenciones basadas en atención plena resultó ser efectivo para reducir la depresión prenatal (88), por otro lado una revisión sistemática con meta-análisis demostró que el tratamiento de la depresión prenatal con Terapia interpersonal y Terapia cognitivo conductual pueden mejorar los síntomas depresivos y a su vez impactar favorablemente en la interacción madre-bebé, los estilos de maternaje y desarrollo del bebé (89). Sin embargo, hasta el momento no se cuentan con evidencia del impacto a largo plazo o intergeneracional de este tipo de intervenciones, abriendo un panorama para posibles escenarios de investigación en el periodo prenatal.

12 CONCLUSIONES

- 12.1 No se encontraron asociaciones significativas entre el antecedente de maltrato infantil y la presencia de depresión prenatal-
- 12.2 No se encontraron asociaciones significativas entre el estrés percibido y la vinculación materna prenatal.
- 12.3 El primer resultado significativo puede observarse en el nivel de predicción de los modelos, la depresión prenatal explicó el 45% de la varianza de la vinculación materna prenatal, mientras que el trauma infantil explicó únicamente el 12.4%.
- 12.4 Se evidenció que las participantes que reportaron mayor trauma infantil tenían peor vinculación materna prenatal, y que las participantes que reportaron mayor depresión tenían peor vinculación materna prenatal.
- 12.5 Si bien el antecedente de maltrato infantil mostró influencia en la vinculación materna prenatal, su contribución no fue tan importante como si lo fue la de la depresión prenatal.
- 12.6 Otro de los hallazgos demostró que las participantes que reportaron mayor estrés percibido tenían mayor depresión prenatal, y que ésta a su vez contribuye de forma importante en la presencia de peor vinculación materna prenatal.

13 BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Maltrato infantil [Internet]. [cited 2020 Jul 30]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar [Internet]. [cited 2020 Aug 2]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
3. Instituto Nacional de las Mujeres. Maltrato de niñas, niños y adolescentes en el seno familiar [Internet]. [cited 2020 Aug 2]. Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100892.pdf
4. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DAR, Ellis PM. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: Comparison of prospective and retrospective findings. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2012 Jun [cited 2020 Aug 2];200(6):469–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22661679/>
5. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report. First. NCS, Pearson Inc, editors. Texas; 1998.
6. Ferrero BS. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Rev Int Psicol clínica y la salud= Int J Clin Heal Psychol*. 2003;3(1):141–57.
7. Lazarus RS. *Stress and Emotion A New Synthesis* [Internet]. Nueva York: Springer; 1999 [cited 2020 Aug 2]. Available from: <https://www.springerpub.com/stress-and-emotion-9780826102614.html>
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer; 1984.
9. Taboada ML. Eventos traumáticos y reacciones de estrés: | *Psiquiatría.com* [Internet]. *Psiquiatría.com Revista electrónica*. 1999 [cited 2020 Aug 2]. Available from: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/eventos-traumaticos-y-reacciones-de->

estres-identificacion-y-manejo-en-una-situacion-de-desastre-natural/

10. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull* [Internet]. 2004 Jul [cited 2020 Aug 2];130(4):601–30. Available from: </pmc/articles/PMC1361287/?report=abstract>
11. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–96.
12. Spinner MR. Maternal-infant bonding. *Can Fam Physician* [Internet]. 1978 Nov [cited 2020 Aug 2];24:1151–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21301556>
13. Broad KD, Curley JP, Keverne EB. Mother-infant bonding and the evolution of mammalian social relationships [Internet]. Vol. 361, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. Royal Society; 2006 [cited 2020 Aug 2]. p. 2199–214. Available from: </pmc/articles/PMC1764844/?report=abstract>
14. Stern D, Bruschweiler-Stern E, Freeland A. *The Birth of a Mother. How the Motherhood Experience Changes You Forever*. Basic Books, editor. New York; 1998.
15. Brockington I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome [Internet]. Vol. 44, *Psychopathology*. *Psychopathology*; 2011 [cited 2020 Aug 2]. p. 329–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21734436/>
16. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1977 [cited 2020 Aug 2];130(3):201–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843768/>

17. Klaus M, Kennel J. Maternal-Infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development. Mosby, editor. Missouri USA; 1976.
18. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2005 May [cited 2020 Aug 2];8(1):45–51. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15868385/>
19. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. In: Lancet [Internet]. Lancet Publishing Group; 2004 [cited 2020 Aug 2]. p. 303–10. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14751705/>
20. Hay DF, Pawlby S. Prosocial Development in Relation to Children's and Mothers' Psychological Problems [Internet]. Vol. 74, Child Development. Blackwell Publishing Inc.; 2003 [cited 2020 Aug 2]. p. 1314–27. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14552400/>
21. Muzik M, Borovska S. Perinatal depression: Implications for child mental health. Ment Health Fam Med [Internet]. 2011 Mar [cited 2020 Aug 2];7(4):239–47. Available from: [/pmc/articles/PMC3083253/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14552400/)
22. Trevarthen C, Aitken KJ. Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications [Internet]. Vol. 42, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. J Child Psychol Psychiatry; 2001 [cited 2020 Aug 2]. p. 3–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11205623/>
23. Tomlinson M, Cooper P, Murray L. The mother - Infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. Child Dev [Internet]. 2005 Sep [cited 2020 Aug 2];76(5):1044–54. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16150001/>
24. Sundermann JM, DePrince AP. Maltreatment Characteristics and Emotion

- Regulation (ER) Difficulties as Predictors of Mental Health Symptoms: Results from a Community-Recruited Sample of Female Adolescents. *J Fam Violence* [Internet]. 2015 Feb 12 [cited 2020 Aug 2];30(3):329–38. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-014-9656-8>
25. Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor TG. Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant-Mother Attachment. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2020 Aug 2];67(11):1026–32. Available from: </pmc/articles/PMC2872196/?report=abstract>
 26. Condon J. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Br J Med Psychol* [Internet]. 1993;66(2):167–83. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=mwic&NEWS=N&AN=930724058%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=23206092>
 27. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987 [cited 2020 Aug 31];150(MAY.):662–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651704/>
 28. Gold KJ, Marcus SM. Effect of maternal mental illness on pregnancy outcomes. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2008;3(3):391–401.
 29. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5, Part 1):1071–83.
 30. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2006 Aug [cited 2019 Jul 6];67(8):1285–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16965210>
 31. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health :

- a global review of the literature. 2009. 1–181 p.
32. Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. BMJ [Internet]. 2016 Jan 20 [cited 2019 Jul 6];532:h5918. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26791406>
 33. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. Obstet Gynecol [Internet]. 2004 Apr [cited 2019 Jul 6];103(4):698–709. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15051562>
 34. du Toit E, Jordaan E, Niehaus D, Koen L, Leppanen J. Risk factors for unplanned pregnancy in women with mental illness living in a developing country. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2018 Jun 9 [cited 2019 Jul 6];21(3):323–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29124444>
 35. Rochat TJ, Tomlinson M, Bärnighausen T, Newell M-L, Stein A. The prevalence and clinical presentation of antenatal depression in rural South Africa. J Affect Disord [Internet]. 2011 Dec [cited 2019 Jul 6];135(1–3):362–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21880372>
 36. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. Child Dev. 1996 Oct;67(5):2512–26.
 37. Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. J Child Psychol Psychiatry. 1999 Nov;40(8):1259–71.
 38. Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. BMJ. 2004 Apr;328(7443):820–3.

39. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001 Oct;42(7):871–89.
40. Accortt EE, Wong MS. It Is Time for Routine Screening for Perinatal Mood and Anxiety Disorders in Obstetrics and Gynecology Settings. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Jul 6];72(9):553–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28905985>
41. Schuetze P, Eiden R Das. The relationship between sexual abuse during childhood and parenting outcomes: Modeling direct and indirect pathways. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2020 Aug 2];29(6):645–59. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213405001158>
42. Uddin M, Aiello AE, Wildman DE, Koenen KC, Pawelec G, De Los Santos R, et al. Epigenetic and immune function profiles associated with posttraumatic stress disorder. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2010 May 18 [cited 2020 Aug 2];107(20):9470–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439746/>
43. Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene X environment interactions [Internet]. Vol. 81, *Child Development*. *Child Dev*; 2010 [cited 2020 Aug 2]. p. 41–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20331654/>
44. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2007 Jan [cited 2020 Aug 4];64(1):49–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17199054/>
45. Cogle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res*

- [Internet]. 2010 May 9 [cited 2020 Aug 4];177(1-2):150-5. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178109001085>
46. Barnes JE, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK. Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2009 Jul [cited 2020 Aug 4];33(7):412-20. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19596434/>
47. Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 Oct [cited 2020 Aug 4];114(4):839-47. Available from: [/pmc/articles/PMC3124073/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19596434/)
48. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2008 Apr 16 [cited 2020 Aug 4];8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18412979/>
49. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review [Internet]. Vol. 33, *Infant Behavior and Development*. *Infant Behav Dev*; 2010 [cited 2020 Aug 4]. p. 1-6. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19962196/>
50. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2000 [cited 2020 Aug 4];12(2):157-75. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10847622/>
51. Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2009 Sep [cited 2020 Aug 4];48(9):919-27. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19625979/>

52. Collishaw S, Dunn J, O'Connor TG, Golding J. Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2007 [cited 2020 Aug 4];19(2):367–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17459175/>
53. Lyons-Ruth K, Block D. The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. - *PsycNET* [Internet]. [cited 2020 Aug 4]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1996-06168-005>
54. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* [Internet]. 2001 [cited 2020 Aug 4];42(7):871–89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11693583/>
55. Moehler E, Biringen Z, Poustka L. Emotional Availability in a Sample of Mothers With a History of Abuse. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2007 Oct [cited 2020 Aug 4];77(4):624–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18194042/>
56. Schuetze P, Eiden R Das. The relationship between sexual abuse during childhood and parenting outcomes: Modeling direct and indirect pathways. *Child Abus Negl*. 2005 Jun 1;29(6):645–59.
57. McCLOSKEY LA, BAILEY JA. The Intergenerational Transmission of Risk for Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence* [Internet]. 2000 Oct 2 [cited 2020 Aug 4];15(10):1019–35. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/088626000015010001>
58. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abus Negl* [Internet]. 2007 May [cited 2020 Aug

- 2];31(5):517–30. Available from: [/pmc/articles/PMC3031095/?report=abstract](#)
59. Roberts R, O'Connor T, Dunn J, Golding J. The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2004 May [cited 2020 Aug 2];28(5):525–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15159068/>
60. Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood Abuse History, Posttraumatic Stress Disorder, Postpartum Mental Health, and Bonding: A Prospective Cohort Study. *J Midwifery Women's Heal* [Internet]. 2013 Jan [cited 2020 Aug 2];58(1):57–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23374491/>
61. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Le HN. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in mexican pregnant women. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37(3):203–10.
62. Cyr C, Michel G, Dumais M. Child maltreatment as a global phenomenon: From trauma to prevention [Internet]. Vol. 48, *International Journal of Psychology*. 2013 [cited 2020 Aug 2]. p. 141–8. Available from: [/record/2013-14158-007](#)
63. Choi KW, Sikkema KJ, Vythilingum B, Geerts L, Faure SC, Watt MH, et al. Maternal childhood trauma, postpartum depression, and infant outcomes: Avoidant affective processing as a potential mechanism. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;211(December 2016):107–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.004>
64. Figueiredo B, Costa R. Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(3):143–53.
65. Feinstein AR, Haven W. DATA DESCRIPTION AND ACQUISITION TAXONOMY

AND LOGIC IN CLINICAL DATA * Feinstein: Taxonomy and Logic in Clinical Data. (19493).

66. Bernstein DP, Fink L, Handeisman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1132–4.
67. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abus Negl*. 2003;27(2):169–90.
68. Baker AJL, Maiorino E. Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Child Youth Serv Rev [Internet]*. 2010;32(5):740–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.01.011>
69. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM, et al. Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor Structure, Reliability and Association With Parenting. *J Interpers Violence*. 2013;28(7):1498–518.
70. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol*. 1997;70(4):359–72.
71. Castro Mata R, Estrada Aranda B, Landero Hernández R. Propiedades psicométricas de la traducción al español de la Escala de Vinculación Prenatal Materna TT - Psychometric properties of the Mexican version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *Summa psicol UST [Internet]*. 2015;12(1):103–9. Available from: <http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/193/228>
72. Remor EA, Carrobles J. Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*. 2001 Jan

1;7:195–201.

73. Ramírez MTG, Hernández RL. Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *Span J Psychol.* 2007;10(1):199–206.
74. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry [Internet].* 1987 [cited 2020 Aug 2];150(JUNE):782–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/>
75. Austin M-P, Hight N. Mental Health Care in the Perinatal Period. *Aust Clin Pract Guidel [Internet].* 2017;(October):1–23. Available from: <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>
76. Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, Rojas G. First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(4):607–12.
77. *situacion-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-republica-mexicana-2018-resumen-ejecutivo @ www.gob.mx [Internet].* Available from: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-republica-mexicana-2018-resumen-ejecutivo>
78. INMUJERES. Una mirada a la maternidad en México Publicación de interés Referencias. 2020.
79. Thongnopakun S, Pumpaibool T, Somrongthong R. The association of sociodemographic characteristics and sexual risk behaviors with health literacy toward behaviors for preventing unintended pregnancy among university students. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:149–56.
80. Hall KS, Kusunoki Y, Gatny H, Barber J. The risk of unintended pregnancy among young women with mental health symptoms. *Soc Sci Med [Internet].* 2014 Jan

[cited 2019 Jul 6];100:62–71. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24444840>

81. Yuen KSL, Lee TMC. Could mood state affect risk-taking decisions? *J Affect Disord* [Internet]. 2003 Jun [cited 2019 Jul 6];75(1):11–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12781345>
82. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):840–50.
83. Espinosa JJ, Grynberg BB, Patricia M, Mendoza R. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Ment.* 2009;32(4):317–25.
84. Aikens NL, Barbarin O. Socioeconomic Differences in Reading Trajectories: The Contribution of Family, Neighborhood, and School Contexts. *J Educ Psychol.* 2008;100(2):235–51.
85. Mal-Sarkar T, Keyes K, Koen N, Barnett W, Myer L, Rutherford C, et al. The relationship between childhood trauma, socioeconomic status, and maternal depression among pregnant women in a South African birth cohort study. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2021;14(March):100770. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100770>
86. Algren MH, Ekholm O, Nielsen L, Ersbøll AK, Bak CK, Andersen PT. Associations between perceived stress, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1–12.
87. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9956):1775–88.

Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)

88. Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi M. Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression—Results from a randomized controlled trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2020;262(March 2019):133–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.048>
89. Letourneau NL, Dennis CL, Cosic N, Linder J. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depress Anxiety*. 2017;34(10):928–66.

14 ANEXO

Tabla 1

Características clínicas psiquiátricas de la muestra

| Diagnóstico psiquiátrico 1 (principal) | % |
|---|----------|
| Bulimia nervosa | 2 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 12 |
| Trastorno de estrés postraumático | 2 |
| Trastorno de pánico | 3 |
| Trastorno delirante | 2 |
| Trastorno depresivo mayor | 61 |
| Trastorno depresivo persistente | 15 |
| Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo | 2 |
| Trastorno explosivo intermitente | 2 |
| Diagnóstico psiquiátrico 2 | % |
| Bulimia nervosa | 2 |
| Fobia específica | 2 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 27 |
| Trastorno de estrés postraumático | 3 |
| Trastorno de pánico | 19 |
| Trastorno depresivo mayor | 5 |
| Trastorno disfórico premenstrual | 3 |

"Antecedente de maltrato infantil y su relación con el estrés percibido y la vinculación materna prenatal en mujeres embarazadas con trastornos mentales"

| | |
|--|----------|
| Trastorno negativista desafiante | 3 |
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | 5 |
| Diagnóstico psiquiátrico 3 | % |
| Fobia social | 2 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 2 |
| Trastorno de estrés postraumático | 3 |
| Trastorno de pánico | 5 |
| Trastorno por consumo de cannabis | 2 |
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | 5 |
| Trastorno por dolor genitopélvico | 2 |
| Diagnóstico psiquiátrico 4 | % |
| Trastorno de estrés postraumático | 1 |
| Trastorno de la conducta | 1 |
| Trastorno disfórico premenstrual | 1 |
| Trastorno negativista desafiante | 1 |
| Trastorno por consumo de etanol | 2 |
| Diagnóstico psiquiátrico 5 | % |
| Anorexia nervosa | 1 |