

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD



**ROLES SEXUALES, VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL Y DEPRESIÓN PRE
Y POSTPARTO EN LA MUJER**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

RUTH EUNICE CASTRO MATA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. BENITO ESTRADA ARANDA

MONTERREY, N. L., MEXICO, MAYO DE 2011

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Roles sexuales, vinculación afectiva prenatal y depresión pre y postparto en la mujer” presentada por Ruth Eunice Castro Mata ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. Benito Estrada Aranda
Director de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Dr. Manuel Gpe. Muñiz García
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, mayo de 2011

DEDICATORIA

Primeramente dedico esta tesis a Dios, agradeciéndole cada bendición otorgada, por permitirme cumplir una meta más en mi vida y por brindarme la sabiduría necesaria para lograrlo.

A mi familia ya que sin su apoyo no estaría donde estoy hoy; a mis abuelos que siempre me ha apoyado y creído en mi; a mi mamá por ser mi apoyo, inspiración y mi ejemplo de trabajo y constancia, de la cual entre muchas cosas aprendí el compromiso y amor por lo que haces, sin duda alguna ella planto la semilla en mi hacia este tema.

Así mismo, a mi esposo el cual ha estado a mi lado en todo el trayecto motivándome a ser mejor, escuchando hasta tarde sobre el tema, ayudándome a encontrar nuevas ideas y simplemente por estar a mi lado en cada momento, Te amo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Benito Estrada, asesor y director de mi tesis, por el apoyo comprensivo y constante que me ha brindado a lo largo de la maestría, por impulsarme a encontrar nuevas direcciones en el ámbito de mi investigación, por aprender conmigo y por enseñarme a tener una visión amplia de cómo combinar la clínica con la investigación.

También quiero expresar mi agradecimiento al Dr. José Moral de la Rubia y al Dr. Manuel Gpe. Muñiz García, quienes forman parte del comité de tesis, por sus valiosas aportaciones y sugerencias para la mejora del presente trabajo.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Al Hospital de alta especialidad Materno-Infantil por su apoyo, y a todas las personas que contribuyeron en la realización de este trabajo.

RESUMEN

Los roles sexuales al ser parte fundamental de la personalidad influyen en cómo se hace frente a situaciones de vida. La mujer embarazada estará determinada por su rol sexual, en cómo percibe esta etapa y la vida que se gesta dentro de su cuerpo, permitiéndose o no, una vinculación afectiva prenatal que ayude a la mejor aceptación del embarazo. El objetivo de esta investigación es estudiar la relación existente entre el rol sexual de la mujer embarazada y el nivel de vinculación afectiva con el feto; con la sintomatología depresiva en el período prenatal y postnatal. Participaron 90 mujeres que se encontraban entre las 32 y 36 semanas de embarazo, a las cuales se le aplicó el Inventario de masculinidad y femineidad (IMAFE), la Escala de Vinculación Materna Prenatal, la Escala de depresión postnatal de Edimburgo y el Inventario de depresión de Beck-II. A través de una tabla de contingencia se encontró que las mujeres con rol andrógino, presentan una vinculación fuerte/saludable; así mismo el rol andrógino fue el que menos casos de depresión presentó. Por otro lado, mediante el alfa de Cronbach se determinó que a mayor sintomatología depresiva menor vinculación prenatal materna.

Palabras clave: Roles sexuales, vinculación prenatal materna, depresión postparto, depresión pre parto

ABSTRACT

Sex roles are a fundamental part of the personality and they influence in how the persons faces life situations. The pregnant woman is determined by their sexual role in how she perceives this stage and the life that is brewing inside her body, allowing or not a prenatal bonding to help the greater acceptance of pregnancy. The aim of this research is to study the relationship between sex role of the pregnant woman and the level of bonding with the fetus, and the depressive symptoms during the prenatal and postnatal care. Participants were 90 women who were between 32 and 36 weeks of pregnancy, which was applied the Inventory of masculinity and femininity (IMAFE), the Prenatal Maternal Bonding Scale, the Depression Inventory of Beck-II and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. By a contingency table was found that women with androgynous role, have a strong relationship/healthy, likewise androgynous role was that fewer cases of depression. On the other hand, using the alpha Cronbach was determined that higher depressive symptoms lower maternal prenatal attachment.

Key words: Sex roles, prenatal maternal bonding, prenatal depression, postpartum depression.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	10
INTRODUCCION.....	10
Definición del Problema	13
Justificación de la Investigación.....	14
Objetivo General	15
Objetivo general:	15
Hipótesis de la investigación.....	16
CAPITULO II.....	17
MARCO TEORICO.....	17
1.- DEPRESION.....	17
Conceptualización de depresión.....	18
Depresión Prenatal.....	21
Factores de riesgo	22
Depresión Postparto.....	24
Síntomas de la depresión postparto	25
2. ROLES SEXUALES.....	27
Conceptualización de Roles sexuales.....	29
Femineidad.....	31
Características de Femeneidad	32
Masculinidad	34
Características de Masculinidad	35
Andrógino	37
Indiferenciado.....	38
3. VINCULACIÓN AFECTIVA.....	38
Teoría de la vinculación.....	39
Definición de Vinculación.....	41
Conceptualización de vinculación prenatal.....	42
Desarrollo de la vinculación prenatal	44

Medición de la vinculación prenatal.....	47
CAPITULO III.....	52
METODO.....	52
PARTICIPANTES	52
Criterios de inclusión:	52
INSTRUMENTOS	52
Roles sexuales	53
Vinculación prenatal materna	54
Traducción inversa.....	54
Depresión antes del parto	56
Depresión Postparto.....	57
PROCEDIMIENTO.....	57
Diseño utilizado:	57
Acceso a la muestra	58
Análisis de Datos.....	60
CAPITULO IV	61
RESULTADOS	61
CAPITULO V	67
DISCUSION.....	67
Limitaciones y Delimitaciones	72
CONCLUSIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1.	Factores de riesgo Depresión Postparto	28
Tabla 2.	Rol sexual de las participantes	64
Tabla 3.	Estilos de vinculación prenatal	64
Tabla 4.	Sintomatología depresiva antes del parto	65

Tabla 5.	Depresión Postparto	65
Tabla 6.	Tabla de contingencia tipos vinculación-rol sexual	66
Tabla 7.	Tabla de contingencia antes del parto y rol sexual	67
Tabla 8.	Tabla de contingencia depresión post-parto y rol sexual	67
Tabla 9.	Correlación vinculación-depresión pre y postparto	68
Tabla 10.	Correlación factores vinculación-depresión postparto	68

Figuras

Figura 1.	Proceso de traducción inversa	57
-----------	-------------------------------	----

CAPITULO I

INTRODUCCION

En siglos pasados se creía que el útero era un lugar al que solamente podría acceder el espermatozoide, y que no existía ninguna influencia estimular ni externa ni internamente, y que después de nueve meses la vida irrumpía de repente (MacFarlane, 1978). En cambio hoy en día se sabe que el bebé al nacer cuenta con las experiencias vividas en el seno materno (Rodrigues, 2001).

Hoy en día se sabe que el mundo dentro del útero es ruidoso, estimulante y extremadamente complejo, esto para ayudar al desarrollo del sistema nervioso fetal que le permita reaccionar a los estímulos tanto dentro del útero como fuera de él (Palencia y Evies, 2004).

Por lo tanto el reconocimiento del neonato como un ser capaz y sensible, desde un punto de vista neuropsicofisiológico, que interactúa con su medio durante nueve meses antes de nacer para la sociedad, podría ser un medio de fomento de cambio de actitud y de comportamiento por parte de la madre para poder establecer un vínculo con este y así promover un trato sano del bebé no nacido que también ayude a una mejor adaptación de la mujer en el embarazo (Rodrigues, Pérez-López y Brito, 2004).

La vinculación afectiva con el neonato sería, una herramienta desde la cual la madre expectante podría valerse para hacer más llevaderos los problemas físicos y emocionales que sufre directa y/o indirectamente durante esta etapa (Rodrigues, Pérez-López y Brito, 2004).

Este sería el caso de la depresión materna sufrida durante periodos críticos del desarrollo fetal, que puede alterar los estados comportamentales del ser no nacido y como consecuencia su desarrollo neurobiológico (Gaviria, 2006). Se ha encontrado que después del nacimiento las madres depresivas presentan un menor apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disfóricas durante la interacción con sus hijos (Porter & Hsu, 2003).

Según Canaval y cols. (2000) "La maternidad y la crianza de los niños se consideran como una condición femenina; es por esto que la posibilidad de los orígenes estructurales sociales de la depresión postparto raramente se han investigado". De aquí surge la inquietud, de integrar el aspecto de las influencias de los roles sexuales al tema de la depresión durante y después del embarazo y en como la mujer puede estar influida por su rol en la manera en cómo vive esta etapa de cambio en general.

Simpson & Stroh (2004) han definido los roles sexuales como normas sociales que señalan cómo, cuándo y dónde las emociones deben ser suprimidas o expresadas. Los roles marcan las pautas de comportamiento en los individuos. Podríamos decir que los roles sexuales son el conjunto de rasgos y características que la cultura considera apropiados tanto para hombres como para mujeres.

Los estereotipos femeninos no sólo exaltan y subliman la maternidad y las cualidades de abnegación y sacrificio, sino también cumplen con el objetivo de legitimar el confinamiento de la mujer al ámbito familiar y les dicen a las mujeres como ser una "buena madre", como asumir su maternidad, engrandecen los valores de abnegación y sacrificio, así como condenan a la que se aparta de ese "ideal de ser madre" (Valadares, 1996).

La característica más sobresaliente del estereotipo masculino es el hecho de estar constituido por la apariencia exterior. Los rasgos masculinos se refieren, generalmente, a aspectos de autoafirmación o seguridad en sí mismo, a

conductas destinadas a la ejecución y logro de metas, a lo racional y analítico; mientras que lo femenino se refiere a lo afectivo, expresivo, a las relaciones interpersonales y a la preocupación por el bienestar de otros (Lara-Cantú, 1989).

Por otro lado encontramos que, un individuo andrógino mostraría un mayor ajuste psicológico ante las diversas situaciones que se le presenten, ya que se caracteriza por poseer un amplio espectro de conductas y rasgos que indistintamente provienen de lo masculino y lo femenino. La ventaja radica en que la persona andrógina cuenta con un arsenal más amplio de conductas y rasgos, y al mismo tiempo cuenta con una mayor libertad de elección en los distintos contextos, y es capaz de conducirse con mayor flexibilidad que aquellos individuos que rigen su conducta estereotipadamente según lo masculino o lo femenino (Cardona, 2003).

Lara-Cantú (1999), reseña los resultados que obtuvo durante 15 años de investigación respecto a la relación entre papeles de género y la salud mental, afirma que las personas andróginas (aquellas que expresaron un balance entre rasgos masculinos y femeninos) mostraron una mejor salud mental la cual se reflejó en una menor cantidad de síntomas de depresión y neurosis. En tanto que, observó una clara relación negativa entre los aspectos de machismo y sumisión con la salud mental, pues el rasgo de sumisión se correlacionó positivamente con rasgos neuróticos, el machismo con psicóticos, y los dos aspectos con rasgos depresivos.

Los roles sexuales son parte fundamental de la personalidad del individuo por lo que van a influir en la manera en que hace frente a situaciones de su vida, como es el caso de el embarazo en la mujer, determinaran como percibe ella esta etapa y como percibe la vida que se gesta dentro de su cuerpo.

Al entender las tres variables manejadas como influyentes entre sí, se podrá dar pie a la elaboración de programas que brinden a las mujeres embarazadas, así

como a sus parejas, herramientas que permitan una mejor preparación para la paternidad y sobre todo una óptima salud mental para la mujer en gestación.

Definición del Problema

La llegada de los hijos es vista como el comienzo de la formación de una familia, esta etapa comienza desde el embarazo, y es a la mujer a quien más afecta debido a todos los cambios físicos, hormonales y psicológicos que trae consigo.

Se conocen diversos factores que influyen en la presencia de cuadros depresivos durante y después del embarazo, como lo son: edad, calidad de vida, apoyo social, antecedentes psiquiátricos, cambios hormonales, etcétera y aunque estos son de gran importancia, no están completamente vinculados a la personalidad de la mujer.

Además de esto se pretende establecer si una vinculación afectiva con el feto por parte de la madre puede ayudar a una mejor adaptación durante los periodos pre y postnatales, y si esta vinculación podría llegar a ser un factor que aminore la posibilidad de una depresión postparto.

Considerando que el embarazo es una etapa en donde la mujer pasa por una compleja adaptación, se encuentran diversas interrogantes en la manera en que el rol sexual afectará esta adaptación, sobre todo al tratar el tema de la depresión, ya que este trastorno sigue siendo predominante en la población femenina y en el papel que tiene la vinculación afectiva prenatal.

Es por esto que surge la inquietud de contestar a la siguiente pregunta de investigación: **¿Qué relación existe entre el rol sexual de la mujer y la vinculación afectiva prenatal con la sintomatología depresiva durante y después del embarazo?**

Justificación de la Investigación

La sociedad establece de diversas maneras cómo se debe de vivir esta etapa, en donde la mujer hace frente a la maternidad, es aquí donde el rol de la mujer intervendrá de manera activa ya que este pondrá las pautas para una buena vinculación afectiva con el feto.

La prevención y tratamiento de la depresión debe ser un tema de primordial importancia para la salud pública, en especial cuando ocurre en el período de postparto ya que esta afectará el cuidado que la madre de al recién nacido, afectando por ende, su desarrollo emocional. Es decir no solo se cuida el bienestar de la madre, sino el óptimo desarrollo del recién nacido.

Al ser un trastorno único de la mujer, es relevante considerar el rol sexual de ésta, ver como la mujer toma su papel, si está regida por las normas sociales que dicta su entorno al adoptar el papel maternal de abnegación y sumisión o si tiene integrados rasgos masculinos que la limitan a expresar emociones o, en el mejor de los casos desde la teoría de la androginia, puede llegar a integrar ambos rasgos para encontrar un equilibrio mental lo cual pueda verse reflejado en menor sintomatología depresiva.

Por otro lado, es importante detectar en qué medida la vinculación puede ser un indicador protector para la depresión, para con esto ofrecer información que ayude fomentar la vinculación y que al mismo tiempo la mujer lleve un embarazo más saludable que brinde bases sólidas para su maternidad en puerta.

Al no encontrar estudios en México sobre vinculación afectiva, se propone explorar esta variable para dar paso al establecimiento de una cultura que fomente la salud mental materna con lo cual se prepare a la mujer mexicana y a sus seres significantes para una crianza en la que se establezca una relación basada en un apego seguro para su hijo.

Se espera que el presente estudio sirva de base para proponer tratamientos y mejorar los existentes en cuanto al tratamiento y prevención de la depresión en estos períodos, reforzar el tema de vinculación afectiva en los programas de educación perinatal, así como concientizar de la importancia de esta en el período gestacional.

Objetivo General

Durante el embarazo el estado psicológico de la mujer influye notablemente en su apego maternal, presentando un menor apego a sus hijos quienes presentan niveles de depresión y ansiedad altos (Armengol, Chamarro y García-Dié, 2007; Brunton & Russell, 2008). Debido a esto, el presente trabajo se enfocara en lo siguiente.

Objetivo general:

Estudiar la relación existente entre el rol sexual de la mujer embarazada y el nivel de vinculación afectiva con el feto; con la sintomatología depresiva en el período pre y postnatal.

Objetivos específicos:

1. Identificar el tipo de vinculación que presentan las mujeres según su rol sexual.
2. Encontrar cuál es el rol sexual que predomina en las mujeres con sintomatología depresiva.
3. Estudiar la relación de la vinculación afectiva con el feto y la sintomatología depresiva antes y después del parto.

Hipótesis de la investigación

- Las mujeres con rol andrógino tendrán una saludable vinculación afectiva.
- De cumplirse la hipótesis anterior, las mujeres con rol andrógino no presentaran sintomatología depresiva.
- A mayor sintomatología depresiva menor vinculación afectiva prenatal.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1.- DEPRESION

La Organización Mundial de la Salud define depresión como un trastorno mental común que presenta humor depresivo, pérdida de interés y placer, sentimientos de culpabilidad o baja autoestima, problemas para conciliar el sueño, pérdida del apetito, pobre concentración, entre otros. Estos problemas pueden volverse crónicos o recurrentes. Según datos de esta organización se estima que para el 2020 la depresión alcance el segundo lugar de las enfermedades con mayor ocurrencia, actualmente está afectando alrededor de 121 millones de personas a nivel mundial. Se ha visto que el tratamiento oportuno de la depresión, puede disminuir estos índices, sin embargo aunque se detecta este problema, no se le trata efectivamente (2009).

Según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2005 (SSA, 2007) el 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro depresivo alguna vez en su vida.

En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. A nivel nacional para el 2002, el estado de Nuevo León se situó en 19° lugar, en la prevalencia de depresión en mujeres.

De acuerdo con los datos de la encuesta nacional de desempeño 2002-2003, la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2 500 000. De estas mujeres, sólo 27.2% había sido alguna vez

diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. (Belló y cols., 2005).

Hasta hace algunos años se creía que la depresión era padecida solo por mujeres, y que se debía específicamente a los cambios hormonales relacionados con la menstruación, el embarazo, el posparto y el climaterio (Lara, Acevedo y Berenzon, 2004); en la actualidad se sabe que es un trastorno emocional que afecta a ambos sexos y aunque se presentan cada vez más casos en hombres, es un hecho que está aún prevalece mayormente en la población femenina, lo cual podemos corroborar en los datos publicados por la Secretaria de Salud (2007) que establecen que la depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y en donde se refleja que los periodos más críticos son el embarazo y el postparto.

Conceptualización de depresión

Las dos clasificaciones más ampliamente aceptadas por la comunidad científica y médica son el CIE-10 y el DSM-IV, de las cuales parten las definiciones de los problemas mentales.

De acuerdo al CIE-10 en los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Así mismo, de acuerdo con la clasificación que plantea el DSM-IV-TR, “los trastornos del estado del ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias” (APA, 2002).

Existen numerosas definiciones de la depresión, sin embargo todas engloban cuatro tipos de síntomas, (Pérez y García, 2001):

- Síntomas afectivos: humor bajo, tristeza, desanimo
- Síntomas cognitivos: pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza, remordimiento.
- Síntomas conductuales: ausencia de actividades sociales, reducción de conductas habituales, andar y habla lenta, agitación motora, actitud desganada.
- Síntomas físicos: falta de apetito, sueño y en general falta de energía.

Como la mayoría de los trastornos mentales, la depresión tiene múltiples causas. Para que esta se dé pueden presentarse factores biológicos, condiciones de desarrollo en la infancia, sucesos vitales, la condición de género femenino y circunstancias sociales. Aunque se sabe de la influencia de estos factores, aun es difícil determinar en qué medida participan en los casos concretos (Lara, 2003).

Como ya se menciona, la depresión es un estado que afecta mayormente a la población femenina, esta prevalencia ha llevado a sugerir que las hormonas

reproductivas tienen un papel determinante en ellas, durante las diversas etapas de la vida. Sin embargo no hay que dejar de lado los aspectos psicológico y social, ya que se ha visto que debido a las diferencias en la socialización y condiciones de vida entre hombres y mujeres desde las primeras etapas de crecimiento, incluyendo la adolescencia, las mujeres tienen más experiencias estresantes en su proceso de maduración y la adquisición de su rol, así como un uso de estrategias de enfrentamiento menos efectivo por parte de las mujeres, lo cual las lleva a tener mayor vulnerabilidad a la depresión (Piccinelli y Gómez, 1997).

Otro factor que incrementa el riesgo de depresión en las mujeres, es la exposición a la violencia física o sexual que viven en la niñez y que se presenta mayormente en niñas que en niños, este factor influye de manera determinante ya que además de la depresión posterior al abuso, acarrea también baja autoestima y desesperanza (Bebbington, 1997).

Por otra parte, las expectativas que existen hacia las mujeres, en cuanto a que son responsables de las relaciones afectivas dentro de la familia y las cuidadoras de los demás, en vez de hacia sí mismas, les atribuye una pesada carga que muchas veces rebasa sus recursos, lo cual les lleva a una depresión. (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Algunos otros factores que influyen en la aparición de la depresión en las mujeres provienen de situaciones que están ligadas a su vida cotidiana, como son la inequidad de género, el papel tradicional femenino, la pobreza, dependencia económica, sobrecarga de trabajo, la violencia, desnutrición, estrés y la migración (Padgett, 1997).

Depresión Prenatal

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados. Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto (Grush y Cohen, 1998).

Estudios sobre la prevalencia de la depresión en el embarazo muestran índices de dos a 21% de depresión mayor. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de autorreporte (Lara y cols., 2006).

Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997), encontraron que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes. Se observa la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas; por una parte la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo. Estas alteraciones emocionales se asociaban con factores psicosociales diferentes. Mientras que la sintomatología depresiva se asociaba más al locus de control, relaciones interpersonales, estresores e historia psiquiátrica, los miedos relacionados con el embarazo estaban más asociados a factores sociodemográficos, relaciones interpersonales e historia familiar.

Sánchez, Bermúdez y Buela- Casal, (2000) observaron en su estudio que durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación. Una posible explicación al respecto es que durante el primer trimestre, el estado de gestación es apenas perceptible y es en este periodo cuando la mujer es informada de su estado. Por otra parte, durante el segundo trimestre de gestación es cuando comienza a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del

embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas.

Diversos estudios en mujeres embarazadas han demostrado que el estado emocional materno negativo como lo es la ansiedad, estrés y depresión tiene repercusiones en el comportamiento fetal, la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal, favorece el parto prematuro, mayor riesgo de abortos espontáneos; así como alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos (Nepomnaschy y cols., 2006; Van den Bergh y cols., 2005; Di Pietro y cols., 1996; Hedegaard y cols., 1993).

La depresión prenatal y postnatal se puede llegar a considerar como un trastorno de similar frecuencia a la depresión en mujeres en cualquier otro período de la vida, sin embargo estos son periodos de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer este trastorno es el doble que en cualquier otra etapa (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos y Figueiredo, 1996).

Según Lara y cols. (2006), algunas de las consecuencias de la depresión en el embarazo pueden ser el no buscar atención prenatal temprana, conductas de riesgo, preeclampsia, partos prematuros, bebés de menor tamaño e incremento significativo de depresión en el postparto.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo identificados se encuentran los siguientes (Lara y cols., 2006; Lara y cols., 2008):

- Historia previa de depresión
- Separación de los padres en la infancia
- Ser madre soltera

- Embarazo no planeado
- No desear estar embarazada
- Falta de apoyo social
- Baja escolaridad
- Embarazo en la adolescencia
- Ser el primer embarazo
- Inestabilidad en la relación de pareja
- Dificultades económicas
- Antecedentes psiquiátricos en la familia

Aunque los factores de riesgo de la depresión prenatal son muy similares y se comparten con los de la depresión postparto, las consecuencias en la depresión prenatal son diferentes ya que tienen influencia directa con la habilidad de la mujer para cuidarse a ella misma repercutiendo directamente en el desarrollo del feto y las posibles complicaciones que se presente en el momento del nacimiento (Lara y cols., 2008).

Indudablemente la salud de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella como para el feto, sin embargo cuando la mujer padece depresión en esta etapa su estado de salud disminuye y es pobre, presenta mayor numero de síntomas como los son náuseas, mareos, cansancio, hipocondrías, entre otros, los cuales pueden desarrollar en la mujer algún sentimiento de rechazo o incomodidad ante el embarazo, aumentando el que ya pueda estar presente; además de aumentar la probabilidad de dificultades durante el parto (Orr y cols., 2007).

Las investigaciones revisadas refieren que la depresión durante el embarazo se puede evitar si se detecta oportunamente y si se ofrecen técnicas e información adecuada para su prevención y/o tratamiento.

Depresión Postparto

La depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que comparte los mismos síntomas de un episodio depresivo con la diferencia de que la ansiedad tiende a ser peor durante ésta, las mujeres que la experimentan sienten que no están preparadas para cuidar de su hijo y tiende a ser más violentas (Moore y Jefferson, 2005). Tiene su aparición desde las 4 a 6 semanas después del parto, y puede durar desde un mes hasta más de un año (Canaval y cols., 2000).

Los trastornos afectivos que sufre la mujer tras el nacimiento del bebé se han dividido en tres categorías, las cuales son (Requena V.E., 2003; Sánchez, 1999):

1. **Baby Blues:** se presentan durante los 10 primeros días después del parto, y se caracterizan por llanto, ansiedad, humor depresivo, fatiga, hipocondría, irritabilidad, culpabilidad, insomnio, antipatía por sí misma, sentimientos negativos hacia la pareja y el niño. De acuerdo con Moore y Jefferson (2005), la tristeza del postparto, como también es conocida, se considera una respuesta depresiva normal a los cambios hormonales acontecidos. Los síntomas tienen un pico en unos días y después remiten de forma gradual aproximadamente a las dos semanas del parto. Puede presentarse en embarazos posteriores, sin embargo tiende a ser menos grave.
2. **Depresión postparto:** el inicio de los síntomas se produce de forma gradual, puede aparecer tras varias semanas o varios meses tras el parto. Sus síntomas son más extensos, los cuales se mencionaran mas adelante.
3. **Psicosis de postparto:** caracterizada por insomnio, agitación irritabilidad alternancia entre estados de alborozo y depresión, confusión irracionalidad, incoherencia, delirio, alucinaciones.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) considera que para diagnosticar la especificación de depresión, ya sea mayor o menor, con inicio en el postparto, esta se debe presentar en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo. Las actitudes maternas frente al niño pueden incluir desinterés, miedo a

encontrarse sola con el niño o excesiva atención que dificulta su descanso adecuado (APA, 2002).

Las complicaciones de la depresión postparto pueden llegar a suicidios y aunque rara vez, pueden presentarse infanticidios (Moore & Jefferson, 2005).

Síntomas de la depresión postparto

Se habla de una depresión postparto si la mujer presenta 5 o más de estos síntomas en el período posterior al alumbramiento, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos de una depresión mayor o menor (Requena V.E., 2003; APA, 2002; Cárdenas, 2005):

- Llanto fácil
- Labilidad emocional
- Desaliento
- Anorexia
- Disminución o aumento del apetito
- Notable desinterés o falta de placer en realizar actividades la mayor parte del día
- Apatía
- Indecisión
- Dificultad en concentrarse
- Complicaciones somáticas
- Fatiga
- Irritabilidad
- Inapetencia sexual
- Desánimo
- Fluctuaciones del estado de ánimo
- Preocupación por el bienestar del niño, que va desde preocupación excesiva hasta ideas delirantes.

- Rumiaciones intensas o ideas delirantes sobre el niño, asociado a un aumento significativo de producirle daño
- Sentimiento de tristeza la mayor parte del día
- Insomnio o tener demasiado sueño
- Pesadillas
- Ideación suicida
- Miedo a ser rechazada por la pareja
- Sentimiento de culpa
- Ataques de pánico
- Sentimiento de desvalorización

Como ya se menciona en el apartado anterior, los factores de riesgo para la depresión postparto coinciden con la mayoría de los encontrados para la depresión prenatal. Siendo los factores psiquiátricos y psicosociales los que mayor influencia tienen en la predicción de este trastorno, mientras que los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión postparto (Aramburú y cols., 2008).

Aunque los factores de riesgo conocidos influyen en la aparición de la depresión postparto, cada uno va a tener un mayor índice de influencia en esta, sin olvidar las diferencias individuales, sin embargo las recientes investigaciones arrojan nuevos datos que nos permiten realizar una clasificación de los diferentes factores que influyen en la depresión postparto que se presentan en la siguiente tabla (Lara y cols., 2006; Rojas y cols., 2006; Canaval y cols., 2000).

Tabla 1. Factores de Riesgo Depresión Postparto

RIESGO MAYOR	RIESGO MODERADO	RIESGO MENOR
Calidad de vida	Depresión prenatal	Escolaridad
Apoyo social	Antecedentes familiares	Cambios hormonales
Antecedentes psiquiátricos	Embarazo no planeado	Numero de embarazo
Eventos vitales	Parto prematuro	Ocupación
Embarazo no deseado	Separación de la madre y el bebé	Estado civil
Nivel socio-económico	Patología en el embarazo	Edad
Satisfacción en la relación de pareja		

2. ROLES SEXUALES

En un principio, se mantuvo la creencia que las diferencias encontradas entre hombres y mujeres son “naturales” y genéticamente determinadas (Díaz–Loving, Aragón y Sánchez, 1994); por ende la masculinidad y la feminidad, eran consideradas, estrechamente ligadas al sexo biológico, al hecho físico de ser hombre o mujer (Vallejo 2000).

Es cierto que los atributos de la personalidad surgen de las diferencias innatas determinadas por la biología, pero también y de manera fundamental, se dan como resultado de un arduo proceso de socialización vinculado al aprendizaje y reforzamiento de ciertos patrones culturales sobre los comportamientos y características adecuadas para hombres y para mujeres (Rocha, 2000). Sin embargo es probable que la influencia de los roles sexuales en los adultos sea tan importante como la del sexo cromosómico, genital u hormonal (Coon, 2005).

Bem (1974), desarrollo lo que sería una nueva perspectiva de rol sexual, en donde concibe a la masculinidad y la feminidad como dos dimensiones independientes, definidas por lo socialmente deseable para hombres (masculinidad) y para mujeres (feminidad).

Esta misma autora desarrolla el concepto de androginia, en donde el individuo presenta niveles balanceados de masculinidad y feminidad, es decir, independientemente de su sexo biológico, puede estar dotado de un repertorio conductual constituido por características masculinas y femeninas, lo que involucra ser más flexible y adaptativo a la sociedad y el mantener mayores grado de autoestima y autoconcepto (Bem, 1984).

Diversos autores (Diaz-Loving y cols., 2004; Orlofsky, 1981; Spence y Helmreich, 1978) han elaborado instrumentos y teorías respecto a este tema, sin lugar a dudas una de las pioneras ha sido Sandra Bem (1981), quien publicó el primer test, "Sex Role Inventory" (SRI), diseñado para proporcionar medidas independientes de la masculinidad y feminidad, midiendo estas mismas en términos de la percepción que los sujetos tienen sobre sí mismos acerca de las características de personalidad positiva que poseen de acuerdo con lo socialmente deseable.

A partir de este instrumento se han desarrollado adaptaciones o variaciones de este. Es el caso del realizado por Lara-Cantú (1993), el Inventario de Masculinidad y Feminidad (IMAFE), cuyo propósito al diseñarse fue medir los papeles de género de manera confiable y válida en México y sujeto a prueba en otros países. El interés de este instrumento se orientó a medir características de Masculinidad y Feminidad de la personalidad, incluyendo aspectos de machismo y sumisión. Dicho instrumento será el utilizado para fines de la presente investigación.

Por su parte, Diaz-Loving y cols. (1981), realizaron un cuestionario de “Atributos personales extendido para México” (MEPAQ), el cual consta de cuatro factores: masculinidad positiva, feminidad positiva, masculinidad negativa y feminidad negativa.

Conceptualización de Roles sexuales

Simpson & Stroh (2004) han definido los roles como normas sociales que señalan cómo, cuándo y dónde las emociones deben ser suprimidas o expresadas. Los roles marcan las pautas de comportamiento en los individuos.

El rol de género es considerado como las creencias y actitudes individuales acerca de los adecuados roles para el hombre y la mujer; es como cada quien juzga los comportamientos y características adecuados para el hombre y la mujer en nuestra sociedad. Son características de comportamiento previamente establecidas en una sociedad destinada para ser realizadas por un hombre o una mujer, según sea el caso (Fitzpatrick & cols., 2004).

Un rol sexual es el patrón favorecido de comportamiento esperado de los individuos, con base en su género. Los roles sexuales influyen en la forma de comportarnos, pues son creencias simplificadas de lo que somos en realidad (Coon, 2005).

Los estereotipos de los roles sexuales son creencias simplificadas y sostenidas acerca de cómo son los hombres y las mujeres (Coon, 2005). Así mismo, Diaz-Loving y Rocha (2005), mencionan que los estereotipos parecen inamovibles y delimitan el conjunto de creencias y prescripciones sobre el significado que tiene ser hombre y ser mujer en una cultura determinada.

Desde nuestra posición, el concepto de rol sexual se entiende como todas las características, cualidades y atributos que presenta una persona y que son típicamente asignados y deseables para cada género.

De acuerdo con Vera (1987), en todas las sociedades a través de los tiempos han existido la distribución de los roles sexuales. En la antigüedad se usaba como medio de organización mediante diversas disposiciones, restricciones y prohibiciones que cada época o región determinó si era conveniente para su desarrollo. Desde entonces se ha hecho una división sexual del trabajo que ha separado a los sexos en dos grandes grupos sociales, ya que existen trabajos considerados femeninos, como labores domésticas o de cuidado, y otros masculinos, que implican fuerza física.

Según este mismo autor, el introyectar estas conductas sexuales estereotipadas se lleva a cabo a través del condicionamiento educativo, la presión del medio ambiente, el peso del consenso social, las costumbres y tradiciones morales y religiosas.

Por consiguiente, los estereotipos surgen de la percepción generalizada, incorrecta, ambigua, absolutista y rígida de algo o alguien y se concibe el estar estereotipado como el ser rígido, puesto que inhibe el repertorio de conductas sociales asociadas con el otro sexo (Carreón y Ortiz, 2005).

Aunque esto no significa que necesariamente cada hombre o mujer sigan al pie de la letra las características que cada estereotipo indica. Sin embargo, hay una serie de aspectos muy relacionados con ellos como son las relaciones sexuales, el poder y la violencia, en los que pueden verse reflejados en distintas formas y niveles (Bem, 1974).

A partir de lo anterior se llega a la conclusión de que los roles están determinados por la cultura y la sociedad de acuerdo al género masculino o femenino, y que estos se enmarcan dentro de un estereotipo, constituyéndose como rasgos de personalidad relativamente permanentes, que derivan indudablemente de las

situaciones y los cambios socio-culturales en México (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2004).

Sin embargo, podemos encontrar modificaciones o adaptaciones a estos estereotipos, como lo señala Bem (1974), que con su trabajo apoyó la idea de que las personas pueden ser más ó menos masculinas y más ó menos femeninas, en tanto otras son andróginas, ya que poseen niveles balanceados de ambas características.

Por su parte Lara (1993) establece que los roles sexuales son rasgos de personalidad asociados a los papeles de género y no comportamientos en sí, debido a que para la presente investigación se utilizó el instrumento de esta autora, se toma como definición de roles la propuesta por Lara.

Femineidad

Existen conductas esperadas y promovidas, específicas de la mujer como que sean sensibles, expresivas, emotivas, dependientes, tiernas, conformistas, intuitivas, pasivas y emocionalmente interesadas de manera natural en la crianza de los niños. Estas características se definen como comportamientos expresivos u orientados a la emoción (Coon, 2005).

La visión de la mujer se vincula a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha, 2000).

Por su parte Díaz-Loving y cols. (2001), relacionan femineidad con rasgos de expresividad, la cual está asociada con la sumisión, la dependencia, el socorro, el afecto y la adhesión. Este autor divide expresividad en positiva y negativa, en donde la positiva son aquellas características que dirigen la energía hacia buscar

el bienestar de los otros, que favorecen las relaciones comunales e interpersonales, que incitan la armonía del grupo, por lo que se consideran de tipo afectivo–comunales y que son las socialmente deseables. Mientras que las negativas serían todas aquellas características de tipo afectivas que desfavorecen las relaciones interpersonales y la salud social.

Características de Femenidad

De acuerdo a Lara-Cantu (1993, 1999), el estereotipo femenino se caracteriza comúnmente por:

a) La actitud servicial: es interpretado como una filosofía, ya que sirven con todo su ser; las mujeres no se consideran serviles sino que hacen favores a los otros, por lo tanto se someten de una manera absoluta a los intereses de quienes la rodean.

Desde este punto lo femenino, se caracteriza por la necesidad de involucrarse con otras personas más que con las ideas y abstracciones; por lo inconsciente y lo subjetivo; por la pasividad y la docilidad, y por una orientación hacia los sentimientos y la intuición (Lara-Cantú, 1993).

En este sentido, las mujeres son definidas en función del otro, existe porque el otro le da vida, le crean una identidad. De esta manera, se interpreta que la misión de las mujeres se centraría en ser esposas, madres, hijas, hermanas; sin embargo la complicación no viene de las tareas que realizan, sino del valor que se le dé a estas tareas, ya que al ser definidas terminan desempeñándose en función al hombre (padre, marido, hermanos, hijos) y por ende no ocupan el mismo lugar que ellos, situándose en un lugar secundario debido según la sociedad y sus instituciones.

b) La actitud Sexual: vivimos en una sociedad en la que a los hombres se les da más libertad de decidir cómo, cuándo y con quién mantener relaciones sexuales; mientras se espera que las mujeres limiten sus relaciones a las demandas y necesidades de un solo hombre.

Para la mujer representa un área frecuentemente problemática y conflictiva, por falta de información y por la dificultad de hablar libremente de ella (Lara-Cantú, 1993).

A las mujeres se les enseña que la sexualidad es sólo para tener hijos, sin considerar que es una experiencia que abarca muchos otros aspectos como lo son: disfrutar de sus cuerpos y de las relaciones sexuales y, el poder expresar abiertamente lo que sienten y desean, sin embargo si logran hacerlo, socialmente son castigadas por lo que su sexualidad a veces la ejercen bajo presión o a escondidas (Suarez, 2001).

De acuerdo con Lara-Cantú (1993) estas características se ven reflejadas en dos estereotipos, el Síndrome de la Mujer Sufrida que evalúa mediante el IMAFE y el relacionado con la Maternidad.

1) La Sumisión o Síndrome de Mujer Sufrida (Marianismo)

La sumisión transmite a las mujeres que son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres, aunque en lo físico y social no sea así (Blancas, 2000).

Se les caracteriza por su gran dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez en la relación con el varón. Este comportamiento lleva a las mujeres a no evitar el sufrimiento, sino a luchar por hacer que se conozca, mostrando las actitudes correspondientes de abnegación (Lara-Cantú, 1994).

La mujer abnegada es aquella que sabe soportar con resignación enfermiza las adversidades de la vida, en otras palabras, la que no protesta, la que nunca se

rebela ni exige, la que se olvida de sí misma a favor de los intereses de otros, en otras palabras, la que se nulifica (Blancas, 2000).

2) La Maternidad

Considerada como uno de los roles más importantes en la vida de una mujer, la maternidad a llegado a ser vista como la realización de una mujer para la mayoría de las sociedades (Carreón y Ortiz, 2005).

Toda una carga de valores, significados, ideas y deseos colectivos van conformando la ideología de ser madre, a través de mitos y estereotipos sociales, psicológicos, religiosos y culturales (Lara y cols., 2004).

Es por eso que el estereotipo de la maternidad se deriva de la creencia de que una mujer es sinónimo de madre (Ruiz y Ortiz, 1994) y así un conjunto de prescripciones legalizan las diferentes acciones en el concebir, parir y criar a los hijos, así como los proyectos de vida posibles de las mujeres.

Masculinidad

Según Díaz-Loving y Rocha (2005), la visión del hombre en la cultura mexicana está asociada con el prototipo de rol instrumental, es decir a realizar actividades productivas que están encaminadas a la manutención y provisión de la familia, teniendo como características la autonomía, estar orientado al logro, ser fuerte, exitoso y proveedor.

Los estereotipos marcados para los hombres, afectan casi todos los aspectos de su vida, ya que al tener la necesidad de mostrarse fuertes y controlar sus emociones, tienden a tornar superficiales las relaciones entre hombres (Fasteau 1974, citado en Vander, 1986). Asimismo, se ha encontrado que los hombres que expresan sus emociones tienden a mantener relaciones sanas (Knobloch, Solomo & Haunani, 2002 citado en Rochlen & Mahalik, 2004).

Díaz-Loving y cols. (2001), interpretan la masculinidad positiva como aquellos rasgos que favorecen el desempeño laboral, el trabajo cognoscitivo, el logro y la competitividad; además de ser caracterizados por adjetivos que se consideran habilidades o «instrumentos» para alcanzar dicha meta previa. Por otro lado la masculinidad negativa serían los rasgos de tipo instrumental que desfavorecen la productividad, la autosuficiencia y autonomía de la persona.

Características de Masculinidad

Algunos de los elementos que conforman el estereotipo tradicional masculino son:

a) La restricción emocional

Consiste en no hablar acerca de sus propios sentimientos, especialmente entre hombres. Es común ver que los hombres huyen a la intimidad, se niegan a hablar de sus afectos y a pedir ayuda. Por consiguiente, la vulnerabilidad, los sentimientos y emociones en el hombre son signos de debilidad, en donde también se incluye el pedir ayuda o tratar de apoyarse en otros, justificando así la creencia de que el hombre es el que se auto controla y ejerce control sobre los otros y sobre el entorno (Díaz-Loving y Rocha, 2005).

b) La obsesión por los logros y el éxito.

La forma en que los hombres aprenden a relacionarse con otras personas, implica estar en un permanente estado de alerta y competencia, ejerciendo un autocontrol represivo que regula la exteriorización de dolor, tristeza, placer, temor, etc., o sea de aquellos sentimientos asociados con la debilidad (INJUVE, 2000).

c) El ser fuerte como un roble.

Durante una crisis tiene que ser confiable, algo completamente estable que jamás demuestre señales de flaqueza, esto es no mostrar temor ante una amenaza.

Por eso a los hombres se les inculca que deberán prepararse para hacerse cargo y responsabilizarse de la manutención de la familia, también se espera que reproduzca un rol idealizado del padre: formal, serio, valiente y autoritario (Corsi, 2001).

d) El ser atrevido.

El tomar riesgos, tener un cierto grado de atrevimiento y agresión.

De este modo, en la literatura se ha caracterizado a lo masculino por la agresividad, combatividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, discernimiento, respeto por el orden, capacidad de abstracción y objetividad (Corsi, 2001).

Los rasgos masculinos se refieren, generalmente, a aspectos de autoafirmación o seguridad en sí mismo, a conductas destinadas a la ejecución y logro de metas, a lo racional y analítico (Lara-Cantú, 1999).

Estas características apoyan el fenómeno denominado machismo, el cual puede resumirse como un culto a la virilidad y cuyas principales características son una exagerada agresividad e intransigencia entre hombres y una actitud de arrogancia y agresión sexual hacia a las mujeres (Lara-Cantú 1994).

El machismo también se manifiesta en una necesidad de "salirse con la suya", de presionar a que otras personas acepten los puntos de vista propios y de ganar cada discusión, considerando cada diferencia de opinión como una declaración de

enemistad, es por eso que el poder, la dominación y la competencia son esenciales como prueba de masculinidad. Dentro del machismo, la preocupación primordial, que llega al grado de extrema ansiedad, es la demostración de la masculinidad, de la potencia sexual y la capacidad de engendrar. Un aspecto importante en el mito del macho es el control de la sexualidad (Díaz-Guerrero, 2003).

Andrógino

Cuando una persona presenta de igual manera rasgos de personalidad femeninos y masculinos se le denomina andrógino.

El concepto de androginia fue introducido por Jung al describir que una parte de la integración de la personalidad se da cuando la persona toma conciencia de sus áreas femeninas y masculinas (Lara, 1993).

Las personas andróginas han sido definidas de dos maneras: como aquellas que tienen un autoconcepto que incorpora las definiciones culturales de masculinidad y feminidad; y como personas que en su autoconcepto no intervienen las definiciones culturales de lo apropiado para cada género (Bem, 1974).

Debido a las exigencias sociales se ha ido dando una transformación, en la cual, hombres y mujeres han ido permeando espacios y actividades que tradicionalmente asignadas de manera diferente. Lo anterior se ha visto reflejado en la adquisición de características instrumentales en las mujeres y de expresividad en los hombres, tanto de negativas como positivas en ambos (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2004).

El individuo andrógino al contar con características y rasgos tanto del rol femenino como del masculino podrá hacer uso de estos recursos indistintamente,

dependiendo de la situación en la que se encuentre, de manera que pueda ser asertivo, enérgico y con don de mando en ciertas ocasiones, o sensible y expresivo en otras. Asimismo cuentan con una mayor flexibilidad ya que no rigen sus conductas estereotipadamente (Cardona, 2003).

Indiferenciado

El rol indiferenciado ha sido poco estudiado, ya que este surge de la necesidad de clasificar a aquellos individuos que en la medición de los roles sexuales puntúan bajo tanto en masculinidad como en femeneidad.

Por lo que dentro de este rol, se sitúan aquellos individuos que no han madurado en lo que respecta a sus rasgos de rol de género (Lara-Cantú, 1993).

El individuo indiferenciado se rebela ante lo que la sociedad establece como apropiado para cualquiera de los dos géneros, por lo que no se identifica con ningún rol, se puede explicar como una resistencia a la norma (Cardona, 2003).

3. VINCULACIÓN AFECTIVA

El embarazo es un período para el desarrollo óptimo del feto y su crecimiento orgánico. Así como el feto necesita de este proceso, para la madre es también un tiempo de compleja adaptación, en el cual además de experimentar cambios físicos, hay una mayor conciencia de su hijo al imaginarlo lo cual la aproxima afectivamente a este, lo que a su vez la lleva a visualizarse como madre y a adaptarse a los roles que esto conlleva (Lafuente, 1995; Cohen y Slade, 2000).

Diversos campos, áreas y disciplinas han ofrecido datos que permiten tener una imagen mucho más cercana a la realidad sobre la vida prenatal y respecto al papel del útero (Rodrigues, Pérez-López, Brito, 2004).

La vinculación que se establezca con el feto puede ayudar a mitigar la presión que suele aparecer en algunos momentos de la gestación así como en las tareas de cuidado y crianza, a ser de incentivo para mejorar la calidad de vida de los padres y el nuevo miembro de la familia. Del mismo modo, el establecer un vínculo temprano incrementara la curiosidad de los padres por adquirir conocimientos del desarrollo del neonato, lo que traerá consigo un interés por desarrollar las habilidades y necesidades del bebé antes y después de su nacimiento, también se adquirirá información acerca del embarazo, lo que permitirá que la mujer al estar informada tenga una mayor aceptación de este y de los cambios que trae consigo (Rodrigues, Pérez-López, Brito, 2004).

Teoría de la vinculación

John Bowlby (1969), fue uno de los pioneros en contribuir al tema de vinculación-apego, su trabajo original se centro en la necesidad biológica del infante de experimentar una cercanía o proximidad física con la madre, complementando posteriormente que la vinculación es también una necesidad psicológica y que esta va mas allá de procesos inconscientes.

Este autor, sugiere que la vinculación surge como una motivación interna que ayuda a protegerse a sí mismo en situaciones donde se sienta cansado, enfermo o con miedo, lo cual genera que se busque y mantenga la proximidad hacia la persona que ofrece el cuidado, la cual sería el objeto de vínculo y que en la mayoría de los casos sería la madre. Además, propone que el infante nace con comportamientos de vinculación, tales como llanto, buscar a la madre, o sonreír, los cuales permiten que se incremente y se mantenga la proximidad con la madre (Bowlby 1969).

En 1973, Bowlby en sus trabajos llamó “modelo de trabajo interno”, a la habilidad del bebé de desarrollar expectativas en base de las respuestas de su objeto de vínculo, es decir el bebé refuerza la creencia de que su objeto de vínculo le

ofrecerá seguridad en el momento en que lo requiera a través de las experiencias previas.

A partir de los trabajos de Bowlby se desarrollaron investigaciones más profundas respecto al apego y vinculación, una de las investigadoras que ahondó en el tema fue Mary Ainsworth, la cual sostiene que la vinculación del infante va más allá de solamente un proceso biológico, es decir, que esta incluye la apreciación interna del comportamiento materno (Ainsworth y cols., 1978).

Ainsworth y Bell (1970) fueron los primeros, que se aproximaron a medir científicamente la vinculación entre madre e hijo; entre sus primeros experimentos se encuentran los realizadas en ambiente de laboratorio en donde se observaba la reacción de los niños ante las situaciones controladas de que la madre estuviera presente en el mismo cuarto, y en donde la madre estuviera ausente, y se observaba la reacción y comportamiento de los niños en lapso de tiempo en que la madre regresara.

La mayoría de los niños responden a estas ausencias con angustia, y tan pronto como regresan con su madre y esta los reconforta vuelven a su comportamiento normal, sin embargo existen otros tipos de respuesta que también se presentan, los cuales marcan el tipo de vinculación que presenta el niño, la cual según la autora se podía anticipar basándose en la observación de la conducta de la madre (Ainsworth y cols., 1978); estos estudios permitieron establecer los primeros patrones de vinculación que dieron pie a clasificaciones más precisas aun vigentes.

Se establecieron cuatro tipos de vinculación (Bretherton, 1992; Main y Solomon, 1990):

1. Seguro
2. Inseguro-evasivo

3. Inseguro-ambivalente
4. Inseguro- desorganizado-desorientado

A partir de estos autores, los diversos investigadores han abarcado el campo de la vinculación tanto en niños como adolescentes y adultos, dando paso al entendimiento de cómo la vinculación temprana de la infancia puede influir en eventos de la vida adulta, en la habilidad para establecer relaciones interpersonales, desarrollo de la autoestima, habilidades sociales, habilidades cognitivas hasta en la capacidad de comunicación (Bowlby, 1982; Main, 1983; Kobak y Sceery, 1988; George, Kaplan y Main, 1985; Bartholomew y Shaver, 1998; Hazan y Shaver, 1987).

Roberts y cols. (1996), encontraron que las personas con una vinculación insegura eran más propensos a presentar niveles altos de depresión, su dificultad para establecer relaciones cercanas está relacionada que una concepción rígida de sí mismos que comúnmente propicia una baja autoestima.

Un estudio realizado con 80 madres primigestas, sugiere que las madres con una vinculación segura se adaptan mejor a la maternidad, mientras que las de tipo inseguro experimentaban esta etapa como amenazante (Mikulincer y Florian, 1998).

Definición de Vinculación

El concepto de vinculación se ha utilizado en diversos estudios como sinónimo de apego, el cual no ha encontrado una definición aceptada universalmente, partiendo de esto se encontraron algunas definiciones que coinciden con el propósito de la presente investigación.

Bowlby (1969), la define como un conjunto de comportamientos en evolución en donde el niño busca establecer y mantener una proximidad física y psicológica

hacia una figura que lo proteja de los peligros que el percibe, buscando también recibir afecto y que le permita explorar su mundo de manera segura.

Establece que la vinculación es una clase específica de vínculo social que una persona siente hacia otra, la cual cambia dependiendo quien siente el vínculo y hacia quien va dirigido, encontrando dos vertientes el lado emocional y lado comportamental.

El lado emocional hace referencia al deseo de buscar y establecer contacto con la figura generadora de apego en alguna situación específica; mientras que el comportamental se refiere a las acciones o comportamientos que la persona realiza para mantener su proximidad a la persona que le genera el apego, esta proximidad puede ser tanto física como psicológica (Bowlby, 1969).

Después de Bowlby, las definiciones de vinculación utilizan términos como lazo o cordón para expresar las conductas de apego que muestra el infante hacia la figura que le brinda cuidados. Es el caso de Bretherton (1985), en donde la define como un vínculo psicológico o “cordón emocional”.

Uno de los conceptos más recientes, hace referencia a la vinculación como el lazo afectivo que emerge entre dos personas y da pie a un marco de confianza en el otro, dentro de un contexto de comunicación y desarrollo (Enríquez, Padilla, Montilla, 2008).

Conceptualización de vinculación prenatal

La idea de que existe un vínculo afectivo entre la madre y el feto durante la gestación no es un tema nuevo, desde mediados del siglo XX se plantearon nociones de como la mujer establece una conexión con el feto de manera intrapsíquica, y que la carga libidinal de la mujer embarazada es transmitida hacia

el bebé en gestación (Deutch, 1945; Winnicott, 1958; Bibring, 1959; Benedek, 1959).

Estos puntos de vista resultaron de gran interés, sin embargo carecían de un sustento que demostrara su existencia. Siendo uno de las primeras demostraciones empíricas las vistas en las madres cuyos hijos murieron durante el parto, las cuales reflejan un profundo sufrimiento y duelo, demostrando esto un lazo establecido durante el embarazo (Kennell, Slyter, & Klaus, 1970).

Lumley (1982), realizó en Australia uno de los primero estudios longitudinales en este tema, en donde entrevisto a embarazadas en el primer trimestre, segundo trimestre, a las 36 semanas de gestación y después del parto, su objetivo era el conocer las actitudes que se tenían hacia el feto. Encontrando un 30% de vinculación en el primer trimestre, 63% en el segundo y 92% a las 36 semanas. A las mujeres que no presentaron actitudes de vinculación se lo adjudico a que experimentaron complicaciones durante el embarazo y a la falta de apoyo por parte de sus parejas.

Aunque cada autor aporta su punto de vista particular a la definición, existen puntos en común entre la mayoría de los autores, dentro de las definiciones más usadas se encuentran las siguientes:

- Klaus y colaboradores (1976), “el vinculo entre madre e hijo es el único tipo de relación entre dos personas que es específico y perdura atreves del tiempo”.
- Cranley (1981), “La medida en que las mujeres (y hombres) se comprometen en comportamientos que representan la afiliación y la interacción con su hijo por nacer”.
- Lumley (1982), El punto en que la madre estable una relación imaginaria con el feto, y piensa en él como una persona real.
- Muller (1990) “ Única relación afectuosa que se desarrolla entre una mujer y su feto”.

- Condon (1993), “Lazo o vínculo emocional que normalmente se desarrolla entre la mujer embarazada y su aun no nacido infante”.
- Doan y Zimerman (2002), “Concepto abstracto, que representa la relación de afiliación entre padres y feto, el cual puede estar presente antes del embarazo y se relaciona tanto con habilidades cognitivas como emocionales “.

La vinculación temprana surge de la experiencia reciproca e interactiva entre el bebé y las figuras parentales y el mecanismo de apego innato, el cual se puede entender como un movimiento reciproco en el que bebé y madre, incita y modifica al otro a través de la interacción de señales y conductas que se producen de forma sincronizada desde la gestación (Enríquez, Padilla, Montilla, 2008).

La vinculación materno-infantil, como cualquier relación humana presenta en algún grado ambivalencia afectiva, esto es, por la presencia simultánea, hacia un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, como lo es amor y odio (Lartigue, 2001). Esta ambivalencia es normal sin embargo es de especial importancia en la presencia de algún trastorno o cierto estado mental, como lo es la depresión.

Si se logra establecer una buena vinculación prenatal se abre la posibilidad de que después del nacimiento se establezcan unas relaciones más apropiadas que serán la base para un apego seguro padres-hijo, el cual es necesario para el desarrollo del niño (Smeekens y cols., 2007).

Desarrollo de la vinculación prenatal

De acuerdo con López y Sueiro (2008), la vinculación se inicia en la gestación por la acción genética y hormonal, sin embargo en el momento en que los padres toman consciencia de que el niño que esperan, es un individuo con su propia

constitución física y una personalidad incipiente, estamos hablando que se establece la vinculación (Lafuente, 1995).

Existe una relación perceptiva-psicológica, la cual concede al niño la oportunidad de establecer comunicación con la madre, permitiéndole asimilar los estados emocionales de esta así como su actitud vivencial hacia él; estas relaciones son la base para el establecimiento de un vínculo temprano (Valencia y González, 2008).

Desde la perspectiva psicológica, la madre y el feto se encuentran íntimamente unidos todo el tiempo que dura su gestación. La información materna, puede alcanzar al infante fetal por dos canales: el sonoro y el humoral.

El canal sonoro está constituido por la percepción del latido cardiaco materno, así como por el dialogo que pueda establecer la madre al que el feto responde con movilidad motora, poder escucharlo y sentir sus movimientos, les permite considerar al niño en formación como un ser diferenciado de la madre, con identidad propia, a imaginar cómo será y atribuirle ciertas características de personalidad humana.

El intercambio sensorial permite la creación de un lazo afectivo privilegiado entre el feto y la madre. Por otro lado el canal humoral lo constituyen las variaciones del medio interno de la madre que se transmiten a través de la placenta, esto explica como los cambios bruscos en su estado de ánimo puedan repercutir en el feto, debido a los cambios en las secreciones endocrinas y su actividad neurovegetativa (Cogollor y González, 1983; Valencia y González, 2008).

Como se menciona anteriormente durante el embarazo se lleva a cabo un proceso de adaptación por parte de la madre, en donde esta realiza trabajo psíquico que se puede plantear desde 3 ángulos (Vives, 1994):

1. La necesidad de realizar una serie de ajustes intrapsíquicos e interpersonales con el fin de adaptarse al hecho de estar embarazada.
2. La paulatina asimilación y reconocimiento del feto como un ser que habita en la madre y que con el tiempo llegara a ser un ser autónomo y separado de ella. Lo cual se establece cuando el feto se mueve en el útero materno.
3. El reconocimiento gradual de que el bebé en gestación, se está constituyendo como un individuo único, diferente a sus padres.

Reva Rubin (1975), fue la primera en plantear que la vinculación que se establece entre la madre y el bebé es resultado de un proceso prenatal, identificando 4 tareas que desarrollan las madres durante el embarazo.

1. Búsqueda de seguridad para ella y su bebé
2. Asegurarse de que el bebé sea aceptado por los demás
3. Vincularse con el feto
4. Dar de sí misma

Por su parte Cranley (1981), describió el proceso de vinculación como una serie de etapas en desarrollo que ocurren conforme la madre embarazada adopta ciertas conductas al darse cuenta de los cambios que debe hacer en su estilo de vida para el bienestar del feto. Son 5 dimensiones las cuales integro en su definición de vinculación hacia el feto: a) Diferenciación de sí mismo y del feto, b) Interacción con el feto, c) Atribución de características al feto, d) Darse a sí misma, e) Adopción de roles.

En 1989, Grace utilizando la escala elaborada por Cranley, encontró que la vinculación aumenta en medida en que la edad gestacional del feto avanza, esto al realizar un estudio longitudinal a 69 mujeres embarazadas desde el principio de su atención médica hasta el parto, aplicando la escala cada mes.

A través de un estudio realizado a 26 parejas en su tercer trimestre de gestación, se identificaron cuatro niveles de conciencia paterna hacia el feto: a) conciencia del feto como una representación mental, b) conciencia de la presencia del feto, c) conciencia de comportamientos específicos del feto y d) conciencia de la habilidad del feto para interactuar. Encontrando que las parejas que ofrecían un apoyo continuo al establecer una relación significativa con el feto, influían positivamente en la vinculación hacia el bebé (Stainton, 1990).

Bloom (1995), realizó un estudio con adolescentes embarazadas, la vinculación se midió en cada trimestre aplicando el instrumento de Cranley (1979) modificado a escala likert. Los resultados reportados fueron que en el primer trimestre hubo una baja interacción con el feto, una moderada atribución de características, en cuanto a la diferenciación del feto y de sí misma fue moderadamente alta, así como en la vinculación global, mientras que se encontró una alta puntuación en la adopción del rol. Durante el segundo trimestre las puntuaciones subieron, sin embargo en el tercer trimestre no hubo ningún incremento.

Para los autores Condon y Corkindale (1997), hay dos dimensiones de la vinculación en los que se debe centrar la observación y medición: la calidad de vinculación, las experiencias de proximidad, ternura y la conceptualización del feto como una “pequeña personita”; y por otro lado la fuerte preocupación por el feto, es decir el momento en que el feto ocupa el lugar central en la vida emocional de la mujer.

Medición de la vinculación prenatal

Del mismo modo que existe una amplia variedad de definiciones respecto a la vinculación prenatal, también existen diferentes formas de medirlo, sin embargo solo algunos han logrado una certera aproximación.

Uno de los instrumentos más utilizados es la escala elaborada por Cranley (1981) Fetal Attachment Scale (FAS), la cual consiste en un cuestionario de auto reporte

de 24 ítems, el cual está basado en las 5 dimensiones expuestas en sus primeros trabajos. Para la construcción de esta escala se valió de la experiencia de expertos los cuales identificaron una serie de declaraciones que implicaran vinculación hacia el feto expuestas por las madres, de estas resultaron 37 ítems los cuales fueron aplicados a 71 embarazadas entre las 35 y 40 semanas de gestación.

Los resultados estadísticos carecieron de confiabilidad, por lo que se eliminaron algunos ítems, dando como resultado los 24 ítems englobados en las 5 subescalas (diferenciación de sí mismo y del feto, interacción con el feto, atribución de características al feto, darse a sí misma, adopción de roles), y la calificación global.

Una de las críticas más fuertes hacia este instrumento ha sido que sus ítems no están realmente relacionados con la vinculación hacia el feto en sí, si no que tiene más que ver con la actitud que presenta la mujer hacia el embarazo y hacia el rol de la maternidad (Condon, 1993).

Existen varias contradicciones encontradas por estudios en donde se utilizó este instrumento, reportando que carece de confiabilidad y validez, de que no es capaz de predecir de manera confiable las teorías predominantes y se contradicen los resultados de los diferentes estudios, en especial la confusa gramática de la redacción de los ítems la cual lleva a los participantes a mal entender la idea que pretende transmitir el ítem (Gaffney, 1986; Kemp y Page, 1987; Curry, 1987; Koniak-Griffin, 1988; Mercer y cols, 1988).

Las dudas originadas por la falta de consistencia del instrumento de Cranley, originó la necesidad de crear un instrumento que llenara estos espacios; Muller (1992) se dio a la tarea de revisar las categorías de la teoría de Cranley encontrando que solo tres de estas correspondían a las categorías a las que

habían sido asignadas, así como que algunos ítems no capturaban ciertos elementos emocionales.

El Inventario de Apego Prenatal (PAI), fue desarrollado por Muller (1990), basado en la teoría de Bowlby de los modelos de trabajo interno, los 21 ítems de autoreporte de la escala, están diseñados para obtener una puntuación global, enfatizando la afiliación entre la madre y el feto y dejando fuera la medición de conductas. El objetivo de la escala es la medición de la vinculación afectiva o la relación personal que se desarrolla durante el embarazo entre la madre y el feto (Muller, 1993).

Una de las quejas hacia este instrumento, es el hecho de que fue aplicada a las mujeres en diferentes etapas del embarazo, ya que se ha demostrado que la vinculación aumenta hacia el tercer trimestre de gestación (Cranley, 1981; Grace, 1989; Lerum y LoBiondo-Wood, 1989), los resultados del inventario pueden ser confusos (Siddiqui, Hagglof y Eisemann, 1999).

Más adelante, Condon (1993) desarrolló un nuevo instrumento llamado Escala de Vinculación Prenatal Materna, en donde se enfocó exclusivamente en pensamientos y sentimiento acerca del bebé, ya que para él la mayoría de los instrumentos existentes se enfocaban más en las actitudes respecto al hecho de estar embarazada y sobre el rol materno.

Dicho instrumento, mide dos factores de la vinculación; “Calidad” la cual evalúa las emociones y pensamientos positivos con respecto a cercanía, ternura y el deseo de conocer y ver a su bebé, así como una representación interna del bebé; el segundo factor es “Intensidad de Preocupación” la cual mide la preocupación de la madre hacia el bebé, que incluye la cantidad de tiempo que pasa pensando y hablando acerca de él.

La escala de Vinculación Prenatal Materna, clasifica la vinculación en cuatro cuadrantes en donde cada uno representa un estilo de vinculación: fuerte/saludable, afecto positivo/baja preocupación, desvinculado/ambivalente, y ansioso, ambivalente o preocupación sin afecto.

El Cuadrante 1, Calidad positiva y Preocupación alta (fuerte/saludable) se refiere a las mujeres altamente preocupados por el feto, cuya intensidad de preocupación es acompañada por sentimientos de cercanía, ternura y deseo por su bebé.

El Cuadrante 2, Calidad positiva y Preocupación baja (afecto positivo/baja preocupación) ubica a aquellas madres que reportan afectos positivos de vinculación (similares a los del cuadrante 1), sin embargo, pasan menos tiempo desarrollando la experiencia de vinculación. En este cuadrante se podrían ubicar las madres multíparas ya que para ellas los cambios ya son conocidos y los toman como normal, del mismo modo se pueden ubicar, las mujeres que perciben la intensidad de la experiencia de vinculación como amenazante (ej. Temor de perder el bebé).

El Cuadrante 3, Calidad negativa y Preocupación baja (desvinculado/ambivalente) se refiere a las mujeres que pasan poco tiempo pensando en el feto y experimentan pocos afectos positivos asociados a la vinculación. Pueden ser que se sientan separados del feto y debido a eso están poco interesadas por él, o pueden tener sentimientos ambivalentes hacia el feto los cuales son amenazantes por lo que su existencia es suprimida o negada.

El Cuadrante 4, Calidad negativa y Preocupación alta (ansioso, ambivalente o preocupación sin afecto) son aquellas mujeres que se preocupan demasiado por el feto, sin embargo la preocupación es sin afecto o acompañada de ambivalencia. En ambos casos, está desprovisto de matices afectivos placenteros o positivos. Puede tener un toque de interés intelectual por el feto. Los sentimientos ambivalentes pueden generar algún tipo de preocupación ansiosa (ej. Madres

preocupadas por el bebé o por si misma excluyen de la experiencia los aspectos positivos de la vinculación).

CAPITULO III

METODO

PARTICIPANTES

La muestra fue tomada de las mujeres embarazadas que asistieron a consulta de atención prenatal del Hospital de alta especialidad Materno-Infantil, de la ciudad de Monterrey, Nuevo León; las cuales aceptaron voluntariamente a participar en la investigación. Constituyéndose así una muestra no probabilística de tipo intencional, de 60 participantes.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres embarazadas
2. A partir de escolaridad básica
3. Sin antecedentes auto-reportados de depresión
4. Historia médica sin complicaciones ginecológicas ó del bebé
5. Edad gestacional entre 34 y 36 semanas en el momento de la inclusión en el estudio y posibilidad de visita a las 4 y 6 semanas postparto.

INSTRUMENTOS

Se diseñó y aplicó un cuestionario socio-demográfico (Anexo 1), con el propósito de tomar en consideración, algunas de las variables que se consideran factores de riesgo para la depresión pre y postnatal, así como para seleccionar a las participantes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos previamente.

A continuación se explican cada uno de los instrumentos utilizados

detalladamente, en el Anexo 6 se presenta una tabla de las propiedades de los instrumentos.

Roles sexuales

Con el fin de determinar el rol sexual (femenino, masculino, andrógino o indiferenciado) de las mujeres embarazadas, se aplicó el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE, ver Anexo 2) de Lara (1993) el cual consta de una alta consistencia interna y validez. La fiabilidad del IMAFE encontrada en la presente muestra mediante el Alfa de Cronbach fue de 0.81, con una N=77.

El IMAFE está constituido por 60 reactivos, que se responden a través de una escala Likert de siete opciones y que permite evaluar cuatro patrones de personalidad, con 15 reactivos cada uno, asociados a cuatro estereotipos de género: 1) Masculinidad (pragmáticos ó auto afirmativos), 2) feminidad (expresivos/de relación), 3) Machismo (dominio/agresión), 4) Sumisión (pasividad). Dicho inventario es una adaptación para población mexicana del Inventario de roles sexual de Sandra Bem (1975).

La calificación del inventario se realizó sumando los puntajes para cada escala y se dividió entre el numero de reactivos (15 para cada escala), para nuestros propósitos nos centraremos únicamente en Masculinidad y Femeneidad, no se tomaron en cuenta las escalas de Machismo y Sumisión.

Con el fin de cumplir con nuestros objetivos, se llevó a cabo la identificación de los roles Andrógino e Indiferenciado, para lo cual primeramente, se obtuvieron las medianas de las escalas de Masculinidad ($Md = 4$) y Femeneidad ($Md = 5$), cuyo promedio (4.5) se utilizó como punto de corte para cada escala. De este modo se le pudo otorgar a cada persona una calificación “alta” o “baja”, dependiendo si su media era superior o inferior a la mediana del grupo.

Posteriormente, se procedió a identificar individualmente en que rol se situaba

cada participante; para lo cual se clasificó como Masculina, cuando su calificación en la escala masculina es alta y baja en la femenina; como Femenina, si su calificación en la masculina es baja y en la femenina alta; mientras que para clasificarla como Andrógina su calificación sea alta en ambas (tanto masculina como femenina); y como Indiferenciada si su calificación es baja en ambas, todo esto según lo señalado en el manual de calificación.

Vinculación prenatal materna

Por su parte, la vinculación afectiva se evaluó a través de la Escala de Vinculación Prenatal Materna cuyas siglas en inglés son MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale), esta escala fue diseñada por Condon (1993), como un cuestionario de auto reporte conformada por 19 ítems (Anexo 3).

Las respuestas son ubicadas en 5 puntos de una escala tipo Likert, la puntuación mínima es 19 y la máxima 95. Las puntuaciones en la escala de Calidad puntúan entre 11 y 50, mientras que en la de Preocupación entre 8 y 40. Los ítems cuentan con una consistencia interna, de alfa de Cronbach de .818.

Se clasificó Calidad y Preocupación como positivo o alto, según fuera el caso, cuando la puntuación se encontrará por arriba de la media del grupo, y como negativo o bajo, respectivamente cuando puntuará por debajo de la media.

Traducción inversa

Debido a que este instrumento, solo se encontraba en idioma inglés, se procedió a realizar el procedimiento de traducción inversa planteado por Cohen y Jones (1990), cuyo proceso es descrito por Masson (2005).

Cohen y Jones plantean este enfoque de traducción como “comparativo”, ya que el resultado pretende hacer referencia a los constructos del instrumento a través de las culturas.

Cuando la traducción del inglés original se hace palabra por palabra (lingüísticamente equivalente) puede llegar a perderse el significado de la idea tal cual como se quiere transmitir. Es por eso, que el objetivo principal es lograr una equivalencia conceptual, donde los conceptos expresados en español sean equivalentes al significado original escrito en la versión en inglés (Varrichio, 2004). El resultado es una traducción simétrica donde el propósito es que sea familiar y coloquial al mismo tiempo (Cohen y Jones, 1990). Se requiere una re-evaluación de las propiedades psicométricas para el instrumento resultante de la traducción.

A fin de lograr una equivalencia conceptual en la traducción del idioma inglés al idioma español, Masson (2005) recomienda un proceso de traducción y traducción inversa por parte de un equipo formado por lo menos de 2 personas bilingües. Basados en dicha recomendación el equipo se compuso de las siguientes personas:

Persona 1: maestra del idioma inglés cuya lengua natal es el español

Persona 2: cuya lengua natal es el idioma inglés, la cual domina el español de manera fluida.

Persona 3: Investigador, con conocimientos avanzados del idioma inglés cuya lengua natal es el español.

El proceso de la traducción inversa se explica a continuación

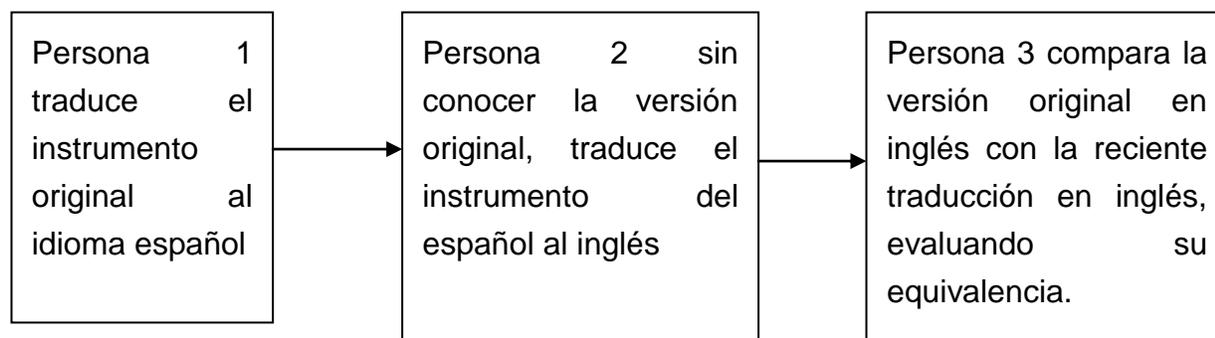


Figura 1. Proceso de traducción inversa

Una vez que la persona tres comparo la equivalencia de la traducción inversa con la original, constató que eran homogéneas lingüísticamente, por lo que se procedió a utilizar la versión traducida al español.

El instrumento se aplicó a 86 mujeres embarazadas, encontrando una confiabilidad para la escala total Alfa de Cronbach de 0.72, la sub-escala de Calidad obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.68 y la de Preocupación de 0.62. Así mismo se encontró una correlación moderadamente fuerte y positiva entre las sub-escalas de Calidad y Preocupación, $r=0.606$, $p=0.000$.

Depresión antes del parto

Por otra parte, la sintomatología depresiva fue evaluada mediante el inventario de depresión de Beck-II (Beck, Steer & Brown, 1996), el cual está conformado por 21 ítems los cuales son frases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad de los síntomas, de neutral a máxima severidad (Anexo 4). Cada ítem se mide en una escala de 0-3, con puntuaciones globales que oscilan entre 0 y 63. Los datos normativos sugieren cuatro puntos de corte para establecer el estado emocional: estado depresivo mínimo (0-9), leve (10-18), moderado (19-29) y grave (30-63). Dentro del estado depresivo mínimo se encuentran cambios del estado de ánimo que son considerados como normales.

Para el presente estudio se utilizo la versión española del inventario para la depresión de Beck, del cual existen datos normativos de fiabilidad y validez de este instrumento en muestras de la población mexicana, tanto en población general con una fiabilidad alfa de Cronbach de 0.91 y la validez de 0.53 (Estrada, Landero y González, 2009a) como de la población de estudiantes mostrando una validez factorial de 0.55, y una fiabilidad alfa de Cronbach de 0.89. (Estrada, González y Landero, 2009b).

El coeficiente Alfa del BDI-II para la muestra de 89 embarazadas es de 0.81. Se efectuó el análisis factorial exploratorio, para determinar si se encontraban el

mismo número de factores reportados para otros tipos de muestras (Estrada, González y Landero, 2009b; Viljoen, Iverson, Griffiths y Woodward, 2003; Leigh y Anthony-Tolbet, 2001); siendo el primer factor cognitivo-afectivo (13 ítems) y el segundo factor es somático-motivacional (8 ítems).

De acuerdo a los datos de investigaciones previas se procedió a correr el análisis factorial exploratorio dando como resultado 7 factores con una varianza explicada del 64.4%, sin embargo, con el fin de ir de acuerdo con los datos teóricos, se corrió el análisis factorial forzándolo a dos factores encontrando una varianza explicada de 32.6%.

Depresión Postparto

Así mismo se utilizó la escala de depresión postnatal de Edimburgo (Anexo 5), que consta de 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados de 0 a 3. El rango total va de 0 a 30, los autores proponen el punto de corte 9-10 para la clasificación de estado depresivo y se aplicará después de 1 mes del parto. De acuerdo a Ortega y cols. (2001), obtuvieron una validez de constructo con una puntuación inter-escalas de 1.00, y en relación con la confiabilidad, presenta un alfa de Cronbach de 0.818, en población mexicana. Por nuestra parte se encontró una consistencia interna Alfa de 0.80 en la muestra después del parto.

PROCEDIMIENTO

Diseño utilizado:

El diseño del estudio es no experimental, longitudinal de panel, de tipo descriptivo ya que se, identifica el tipo de vinculación que presenta cada rol sexual, así como a encontrar el rol que presenta mayor sintomatología depresiva. Y correlacional debido a que relaciona la vinculación prenatal con la sintomatología depresiva. Todo lo anterior en dos momentos diferentes, antes y después del parto, a las mismas personas que integran nuestro grupo.

Acceso a la muestra

Se asistió, dentro del Hospital de alta especialidad Materno-Infantil, al área de consulta gineco-obstétrica, concentrándose específicamente a los consultorios de atención prenatal, a los cuales asisten mujeres embarazadas en su segundo y tercer trimestre de gestación, referidas de los distintos centros de salud pertenecientes a la Secretaria de Salud, del área conurbada y metropolitana de Monterrey, con el fin de programarlas para la fecha de parto o en su caso tratar casos de alto riesgo o con complicaciones.

Con el fin, de contar con la autorización necesaria para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios necesarios, se presentó el anteproyecto al Jefe del Ginecología y Obstetricia, el cual permitió que se efectuara la presente investigación en el ya mencionado nosocomio. La autorización permitió, dirigirse a las pacientes embarazadas mientras esperaban su consulta de control y atención de embarazo, las cuales se llevaban a cabo en cuatro consultorios del 3° piso del hospital; por tal motivo se dio aviso a la Jefa de enfermeras de esta área, para poder contar con su apoyo.

La primera parte de la aplicación, se llevo a cabo en el periodo comprendido del 22 de marzo al 7 de mayo del 2010, se acudía alrededor de las 7:00 am, ya que las consultas daban inicio entre las 8:00 y 9:00 am, por lo tanto se contaba con un tiempo adecuado para poder contestar los instrumentos, así como resolver cualquier duda que les surgiera a las participantes.

Se abordó individualmente a cada participante, primeramente para invitarla a participar en el estudio, explicándole el objetivo de este, la duración de la aplicación, si estaría dispuesta a participar en la segunda aplicación después del parto, se le mostraba la carta de consentimiento, y una vez que accedía a participar, se le hacía saber que podía externar sus dudas, ya fuera respecto a la finalidad del estudio, o sobre algún reactivo de la batería de pruebas que se le presentaba. En caso de no querer participar o solo estar dispuesta a hacerlo en la

primera aplicación, se le agradecía la atención prestada y se abordaba a otra paciente.

Aunque algunas de las participantes no contestaban todos los instrumentos o no cumplían con alguno de los criterios de inclusión establecidos, se hizo énfasis en que contestaran la Escala de Vinculación Prenatal Materna, ya que estos datos fueron utilizados para la validación de la traducción inversa de esta escala, efectuándose con un total de 90 mujeres.

Sin embargo, de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación solo se tomaron en cuenta, dentro de los análisis efectuados, a aquellas participantes que cumplían con los criterios establecidos y que contestaron en su totalidad los instrumentos empleados.

El conjunto de instrumentos utilizados en la primera aplicación llevada a cabo antes del parto, consistió en el cuestionario socio-demográfico el cual ayudó a evaluar si cumplían con los criterios de inclusión, el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE), la Escala de Vinculación Prenatal Materna (MAAS) y el Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Se hacía una aplicación de dichos instrumentos a 7 mujeres en promedio por día, ya que en la mayoría de los casos, las participante externaban dudas de algunos reactivos, en especial del IMAFE, por lo que se trataba de no aplicar a mas de dos participante a la vez, con el objetivo de poder estar disponible para la resolución de cualquier duda, así como la recolección de los datos de contacto posteriores al parto y la fecha tentativa de este, con el fin de monitorear la fecha exacta y tener un estimado del tiempo necesario para establecer contacto al mes del parto.

Una vez obtenidos los datos de antes del parto, se procedió a su captura y a identificar a las participantes que ya cumplían con el mes después de su parto, a las cuales se contactó vía telefónica. Durante la llamada, se les recordaba de su

participación en el estudio, y se establecía el centro de salud más cercano a su domicilio en donde se les aplicaría la segunda parte del cuestionario socio demográfico correspondiente al postparto y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.

Estas aplicaciones se llevaron a cabo en el periodo comprendido del 11 de mayo al 9 de julio del 2010, en el momento en que las participantes acudían a control pediátrico o administración de vacunas de los bebés en diferentes centros de salud del área metropolitana de Monterrey. Se entrevistó individualmente a cada participante, ya que no se pudo citar a varias en un mismo centro o en un mismo día.

Aunado, a la pérdida de muestra, por los cuestionarios incompletos, la mayor pérdida se dio debido a que en el momento de la aplicación postparto aconteció el fenómeno meteorológico del huracán "Alex", por lo que se perdió el contacto con varias de las participantes.

Análisis de Datos

Se realizaron análisis descriptivos de las características de la muestra; se hizo uso de tablas de contingencia con el fin de identificar el tipo de vinculación que presenta cada tipo de rol sexual (andrógino, femenino, indiferenciado y masculino), así como para identificar que rol sexual presentaría mayor sintomatología depresiva.

Del mismo modo se correlacionaron los resultados de vinculación prenatal materna, junto con los datos obtenidos sobre depresión antes y después del parto.

El índice de fiabilidad de los instrumentos fue obtenido mediante el coeficiente Alfa de Cronbach; mientras que se utilizó el análisis factorial exploratorio para determinar el número de factores encontradas en la presente muestra para el BDI-II.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El tamaño muestral se determinó con el programa nQuery Advisor, siendo significativo ($p=0.50$) para una $N=59$.

Dentro de las características de la muestra se encuentran (ver Anexo 7), una media de edad de 23.24 años ($DT= 5.24$), siendo la edad mínima 13 y la máxima 41. Todas las mujeres se encontraban en el tercer trimestre de gestación; el 60% reportaron haber completado su educación hasta nivel secundaria mientras que solo el 1.7% curso una licenciatura; el 83.3% de la muestra reporto dedicarse exclusivamente al hogar.

A sí mismo, el 56.7% de las mujeres reportó haber planeado su embarazo; el 93.2% no experimentó ninguna complicación a lo largo de la gestación; 35% de las mujeres eran primíparas, 36.7% tenían solo un hijo, 18.3% dos hijos y 10% 3 hijos.

En cuanto a la relación de pareja, el 43.3% reportó que su relación era mejor que antes del embarazo, el 31.7% igual que antes, 8.3% con problemas ocasionales y el 1.7% consideraba su relación peor que antes del embarazo; el 13.3% de la mujeres no contaba con pareja. Un 21.7% de las mujeres reportó haberse sentido deprimida por un periodo mayor a 15 días en algún momento de su vida.

Por otra parte, el rol sexual que se presentó mayormente entre las participantes fue el femenino, seguido por el indiferenciado, posteriormente el andrógino y por último el masculino.

Tabla 2. Rol sexual de las participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Andrógino	17	28.3
Femenino	23	38.3
Indiferenciado	18	30
Masculino	2	3.3
Total	60	100

El 41.7% de las mujeres presentó un vinculación fuerte y saludable, mientras que solo el 8.3% presento una vinculación ambivalente con preocupación sin afecto.

Tabla 3. Estilos de vinculación prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
C1. Fuerte/saludable	25	41.7
C2. Afecto positivo/baja preocupación	14	23.3
C3. Desvinculado/ambivalente	16	26.7
C4. Ansioso/ambivalente o preocupación sin afecto	5	8.3
Total	60	100

Antes del parto el 63.3% de las mujeres presentaron un estado de ánimo normal o con sintomatología depresiva mínima, el 20 % leve, un 11.7% moderada y solo el 5% presentó sintomatología depresiva grave.

Tabla 4. Sintomatología depresiva antes del parto

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima/normal	38	63.3
Depresión leve	12	20
Depresión moderada	7	11.7
Depresión grave	3	5
Total	60	100

La gran mayoría de las mujeres no presentaron sintomatología depresiva después del parto, siendo solo el 28.3% de estas las que experimentaran depresión postparto.

Tabla 5. Depresión Postparto

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	17	28.3
Sin depresión	43	71.7
Total	60	100

En lo que respecta a los objetivos planteados en el presente trabajo, se dispuso a efectuar los análisis necesarios para aceptar o rechazar las hipótesis establecidas.

De esta forma, el primer objetivo pretende identificar el tipo de vinculación que experimentan las mujeres embarazadas según el rol sexual que presentan para lo cual se utilizó una tabla de contingencia (Tabla 6), encontrando que de las 17 mujeres que presentan rol andrógino 13 presenta una vinculación fuerte/saludable, de las 23 con rol femenino se ubican 9 con vinculación fuerte/saludable y 9 con

tipo de vinculación de evitación, en cuanto a las 18 de rol indiferenciado 8 de ellas manejan una vinculación ausente, mientras que las 2 que presentaron rol masculino se sitúan en vinculación ausente.

Con estos datos podemos concluir que se acepta lo planteado en la hipótesis 1 ya que la mayoría de las mujeres con rol andrógino (13/17), presentan una vinculación fuerte/saludable.

Tabla 6. Tabla de contingencia tipos vinculación-rol sexual

Tipo vinculación	ROL SEXUAL				Total
	Androginia	Femenina	Indiferenciada	Masculino	
Fuerte/Saludable	13	9	3	0	25
Evitación	1	9	4	0	14
Ausente	2	4	8	2	16
Ansioso/Ambivalente	1	1	3	0	5
Total	17	23	18	2	60

Utilizando nuevamente una tabla de contingencia, se pretende encontrar cual es el rol sexual que predomina en la mujeres con sintomatología depresiva, de acuerdo con lo planteado en el objetivo 2.

Encontrándose así, que el rol Indiferenciado presentó mayor sintomatología depresiva antes del parto, ya que 5 casos se ubicaron en depresión leve, 3 en moderada y 2 en grave haciendo un total de 10 casos con sintomatología depresiva, lo que sitúa al rol indiferenciado como el rol con mayor tendencia a la sintomatología depresiva dentro de esta muestra (tabla 7).

Después del parto (tabla 8) el rol Andrógino presentó 2 casos de depresión, el rol femenino 8, rol indiferenciado 7 y el rol masculino no presento. Por lo que el rol femenino presentó mayor incidencia de depresión postparto.

Debido a que el rol Andrógino presentó una mínima cantidad de casos con sintomatología depresiva mínima, se puede aceptar la hipótesis planteada para

este objetivo, ya que se esperaba que el rol andrógino no presentara sintomatología depresiva.

Tabla 7. Tabla de contingencia antes del parto y rol sexual

Niveles BDI	ROL SEXUAL				Total
	Androginia	femenina	indiferenciada	masculinidad	
Dep. mínima	14	16	8	0	38
Dep. leve	2	4	5	1	12
Dep. moderada	1	2	3	1	7
Dep. grave	0	1	2	0	3
Total	17	23	18	2	60

Tabla 8. Tabla de contingencia depresión post-parto y rol sexual

Depresión Edimburgo	ROL SEXUAL				Total
	Androginia	femenina	indiferenciada	masculinidad	
Depresión	2	8	7	0	17
Sin depresión	15	15	11	2	43
Total	17	23	18	2	60

Por último, el objetivo 3 plantea estudiar la relación entre Vinculación afectiva y la sintomatología depresiva antes y después del parto, lo cual se realizó mediante el análisis de correlación de Pearson (tabla 9), encontrando una relación negativa y significativa entre la Vinculación afectiva y depresión antes del parto ($n=60$, $r = -0.581$, $p = 0.000$), mientras que la depresión postparto no tuvo una relación significativa con la Vinculación, sin embargo su dirección fue negativa ($n=60$, $r = -0.249$, $p = 0.055$), no obstante al correlacionar con los factores de Vinculación afectiva (tabla 10) se encontró relación entre depresión postparto y la Intensidad

de preocupación (n=60, $r = -0.254$, $p = 0.050$). No se encontró relación entre depresión postparto y Calidad de Vinculación.

De lo anterior, se concluye que la hipótesis planteada es correcta ya que la direccionalidad fue negativa en ambas aplicaciones, por lo que a mayor sintomatología depresiva menor Vinculación.

Tabla 9. Correlación vinculación- depresión pre y postparto

		Depresión BDI	Depresión Edimburgo
Total Vinculación	Correlación de Pearson	-.581**	-.249
	Sig. (bilateral)	.000	.055
	N	60	60

*La correlación es significativa al nivel 0.05 **La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Tabla 10. Correlación factores vinculación-depresión postparto

		Calidad Vinc	Preocupación Vinc
Depresión Edimburgo	Correlación de Pearson	-.180	-.254
	Sig. (bilateral)	.169	.050
	N	60	60

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

CAPITULO V

DISCUSION

El rol sexual andrógino está asociado a un mayor ajuste psicológico ante diversas situaciones ya que se caracteriza por contar con un amplio conjunto de conductas y rasgos, por lo que puede ser asertivo, enérgico y con don de mando en ciertas ocasiones, o sensible y expresivo en otras, las cuales provienen tanto de lo femenino como de lo masculino. Las personas con rol andrógino no rigen su conducta estereotipadamente como lo hacen aquellas que adoptan lo marcado por la sociedad para el hombre y la mujer (Cardona, 2003; Lara, 1993; Bem, 1993).

Esto explica el hecho de que las mujeres con rol andrógino puedan establecer un vínculo fuerte y saludable (cuadrante 1) con el feto ya que experimentan libremente pensamientos y emociones positivas, pero también una preocupación hacia el desarrollo de este (tabla 6), lo que las lleva a que de manera asertiva tomen conciencia de las necesidades tempranas de su bebé, buscando activamente información sobre el desarrollo del feto, de las conductas apropiadas y recomendadas durante el embarazo; estas mujeres logran encontrar un equilibrio para las demandas que se presentan en este período.

Así mismo, el rol femenino al estar estereotipado por la maternidad y la crianza, muestra un tipo de vinculación fuerte ya que establecen una calidad positiva mostrando emociones de ternura, afecto, cercanía al feto y preocupación por las necesidades de los demás. El rol femenino y el andrógino comparten las características de demostrar afecto y de involucrarse activamente en una relación interpersonal (Bem, 1975) por lo que se les facilita establecer activamente un estilo de vinculación saludable.

Sin embargo también se encontró que el rol femenino presentó en igual grado una vinculación con preocupación baja (cuadrante 2), esto puede ser explicado por la percepción que la mujer tiene en ocasiones del parto como amenazante, o por el temor ante la pérdida del bebé, tomando en cuenta que dentro de los rasgos que conforman este rol esta, lo que Díaz-Loving (2004) menciona como, el ser miedoso y preocupon, los cuales se integran dentro del factor de expresividad Vulnerable-Emocional. En contraparte si se trata de madres multíparas los cambios del embarazo ya son conocidos por lo que emplean menos tiempo desarrollando la experiencia de vinculación.

Por su parte el rol indiferenciado, presenta en su mayoría, una vinculación ambivalente o desvinculada, lo cual se explica con la resistencia a identificarse con los estereotipos de género vigentes (Cardona, 2003), en este caso el femenino, por lo que la mujer presenta sentimientos ambivalentes y prefiere suprimir la existencia del feto. Así mismo, el no querer ajustarse a la norma social de lo maternal, se ve reflejado en el poco tiempo que emplean en pensar en el feto o experimentan poco afectos positivos hacia la vinculación con este.

En lo que respecta a la sintomatología depresiva se tomaron los casos de depresión leve como no depresiva o normal, por lo cual se puede asumir, que mas de la mitad de la muestra no presentó sintomatología depresiva ni antes ni después del parto. Sin embargo los casos que si presentaron sintomatología depresiva se ubican en su mayoría en los roles indiferenciado, femenino y masculino.

Aunque se ha estudiado mayormente la depresión postparto, se han encontrado datos de que la depresión durante la gestación puede ser más frecuente o igual que la depresión después del parto (Gavin y cols., 2005; Bennett y cols., 2004; Evans y cols., 2001), lo cual coincide con los datos encontrados en el presente trabajo, ya que el 36.6% presentó sintomatología depresiva antes del parto, frente a un 28.3% que presentaba en el postparto.

Investigaciones precedentes (Lara, 1991; Bem, 1993; Bem, 1975), postulan que el rol andrógino está ligado a una buena salud mental, debido a la adaptación que presenta ante las diferentes situaciones de la vida, por lo que presenta menores índices de sintomatología depresiva.

Lo anterior, se puede apreciar en los resultados encontrados (tabla 7) en donde las participantes con rol andrógino muestran la menor cantidad de casos con sintomatología depresiva antes del parto, siendo dos casos de depresión leve y uno con depresión moderada; mientras que solo dos participantes presentan depresión postparto (tabla 8), lo cual corrobora que el rol andrógino al ser más adaptable tiene menor probabilidad de depresión.

Estos datos coinciden con lo encontrado por Lara (2003), en donde las mujeres encuestadas que se identificaron como andróginas tuvieron una mejor salud mental que aquellas que se identificaba con el estereotipo de su propio género, de igual manera en otros estudios tales como Álvarez (1992) y en Tong y Yewchuk (1996) en donde el rol sexual andrógino se relacionó con un mejor autoconcepto.

La teoría sugiere que el rol femenino presenta altos grados de depresión junto con el rol indiferenciado. Por su parte, el rol femenino presentó 7 casos de sintomatología depresiva antes del parto (4 leve, 2 moderada, 1 grave) y 8 en el postparto, mientras que el rol indiferenciado 10 casos antes del parto, (5 leve, 3 moderada, 2 grave), y 7 casos de depresión en el postparto.

El rol femenino al estar orientado al cuidado de los demás, a satisfacer las necesidades y deseos de los otros, da pie a que la mujer se descuide a sí misma. Por lo que algunas de las características que son vistas como negativas del rol femenino son, débiles, sufridas, cobardes, intolerantes, volubles, inseguras, miedosas, serviles, entre otras; siendo estas características influencia para desarrollar estados depresivos (Carrillo, Cortés, Flores y Reyes, 2000; Díaz-Loving y Rocha, 2004; Polanco, 2004), por lo que se considera al rol femenino

como un factor de riesgo para la vulnerabilidad de cuadros depresivos, ya que al correlacionar con un nivel alto de quejas somáticas, sufrimiento y ansiedad se está más predispuesto a presentar sintomatología depresiva (Möller-Leimkühler y cols., 2002).

El rol indiferenciado está asociado a sintomatología depresiva alta y niveles bajos de autoestima, lo cual es congruente con lo encontrado en la presente investigación, en donde antes del parto es el rol que presentó mayor número de casos con sintomatología depresiva, mientras que después del parto fue el segundo. Nos sirve de contraste lo reportado en Johnson y cols. (1996) y Ricciardelli y cols. (1998), donde encontraron que las respuestas más patológicas en trastornos de la conducta alimentaria son las presentadas por el rol indiferenciado, las cuales están asociadas a sintomatología depresiva.

La vinculación materna prenatal se asoció negativamente con la depresión antenatal, interpretando con esto que a mayor depresión, menor es la vinculación que la madre establece con el feto (tabla 9).

De este modo, al presentar sintomatología depresiva en el estado gestacional existe una distorsión cognitiva de cómo se experimentan los cambios y si serán capaces de afrontar la experiencia de parto y las obligaciones que el nacimiento del bebé trae consigo, no se sienten preparadas para este tipo de rol, y al todo esto ocupar su mente, se hace más difícil el poder establecer una apropiada vinculación con el feto.

Estos resultados coinciden con los encontrados en diversos estudios tales como: Lindgren (2001), Fernández y Sánchez (2007) y Brandon y cols. (2008) en donde la depresión antenatal es un predictor significativo de la vinculación prenatal, correlacionando negativamente entre sí. Así mismo encontraron que la depresión tiene una relación negativa con las prácticas positivas de salud mientras que la vinculación fomenta estas, este es un dato importante ya que nos reitera el factor

protector que ejerce la vinculación para el cuidado tanto de la madre como del feto.

Por su parte, Priel y Besser (1999), realizaron un estudio utilizando la Escala de vinculación materna prenatal, en el cual participaron 73 primigestas en el tercer trimestre de embarazo, encontrando que las mujeres con tendencia alta a la auto-critica son más propensas a padecer depresión postparto, sin embargo aquellas mujeres que desarrollan una fuerte vinculación con el feto disminuyen este riesgo de depresión postparto.

Por lo que por nuestra parte, podemos concluir que aunque no resulto significativa la relación entre depresión postparto y vinculación materna prenatal, su relación fue negativa, por lo que se reitera lo encontrado en otros estudios (Priel & Besser, 1999; Bifulco & cols., 2004; McMahon & cols., 2005) al sugerir que a mayor vinculación menor riesgo de depresión postparto. Sin embargo, el factor de intensidad de vinculación fue significativo (tabla 10), estableciendo así que a mayor intensidad de vinculación, es decir a mayor tiempo que la mujer pase hablando o pensando en el bebé y estableciendo una vinculación con él, menor será la probabilidad de presentar sintomatología depresiva en el postparto.

En el estudio realizado por Brandon y cols. (2008) se utilizó la Escala de depresión postnatal de Edimburgo para medir la depresión antes del parto, y se encontró una asociación significativa entre calidad de vinculación y depresión, mientras que solo se encontró una tendencia asociativa entre Intensidad de preocupación y los síntomas depresivos. Estos resultados fueron inversos a los encontrados en el presente estudio, ya que mediante la Escala de Edimburgo utilizada en el postparto se encontró asociación significativa con Intensidad de preocupación mas no para el factor de calidad, se tendría que utilizar la Escala de Edimburgo en los dos tiempos (pre y postparto) para explicar las diferencias encontradas.

Limitaciones y Delimitaciones

El presente trabajo se ha desarrollado en una muestra incidental o por conveniencia de participantes voluntarios, la cual se trató de mujeres embarazadas de la zona metropolitana de la ciudad de Monterrey que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo, por lo cual no se pretende generalizar los resultados obtenidos, sin embargo se espera que sirvan de punto de referencia tanto para futuras investigaciones en el tema, como para el desarrollo de programas que habiliten de herramientas a mujeres embarazadas para poder establecer una sana vinculación con el feto y detectar oportunamente signos depresivos que puedan mermar la salud tanto de la mujer como del feto en desarrollo.

Las delimitaciones que se presentaron fueron, primeramente al momento de administrar los instrumentos, algunas de las mujeres se veían presionadas para contestar ya que estaban esperando pasar a consulta por lo que algunas tuvieron que suspender la administración y reanudarla después de que salieron de la valoración médica.

Así mismo, una parte de la muestra no pudo ser contactada para la segunda aplicación, ya que el fenómeno meteorológico categorizado como huracán al que se le dio nombre de “Alex” afectó Monterrey y su zona metropolitana, lo cual dificultó tanto la localización de las participantes, como el acceso de estas, por lo que se redujo el tamaño de muestra para la segunda aplicación.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se destacan en nuestro trabajo son las siguientes:

1. El rol andrógino engloba los rasgos necesarios para adaptarse a los cambios que el embarazo demanda en la mujer. Por lo que sería útil, identificarlos puntualmente, con el fin de dotar a las mujeres con las habilidades necesarias que les permitan afrontar adaptativamente los cambios que el embarazo trae consigo. En especial en mujeres con antecedentes de depresión, o con factores de riesgo, como por ejemplo, mujeres con escaso apoyo social, en situación de pobreza, marginación, exclusión social, o mujeres que provienen de una minoría como las mujeres con alguna discapacidad, entre otras.
2. Una mujer con rol andrógino cuenta con más herramientas para establecer una vinculación saludable. Es decir, como se adapta mejor a casi cualquier situación por el mismo rol andrógino, en la situación de embarazo y parto realizará las adaptaciones necesarias en su vida para construir una vinculación saludable.
3. La vinculación materna prenatal saludable o fuerte disminuye la probabilidad de sintomatología depresiva antes y después del parto. De este modo, si se forman entrenamientos en donde la mujer aprenda a establecer una vinculación saludable con el feto, se podrán evitar complicaciones ocasionadas por depresiones maternas tanto durante el embarazo como en el postparto.
4. La sintomatología depresiva antes del parto presenta mayor incidencia que la depresión postparto; por lo que se debería poner mayor atención en su detección y tratamiento, prestando atención a los cambios que se consideran propios del embarazo sin dejarlos pasar como normales

(cambios en el patrón de sueño, apetito, energía, cansancio y fatiga entre otros), ya que en ocasiones son parte esencial de un diagnóstico. Por ejemplo, instaurando preguntas sencillas y directas en la entrevista médica sobre los cambios emocionales se podría detectar estos casos.

5. Existe poca información teórica sobre el rol indiferenciado, sin embargo tuvo mayor prevalencia de la esperada, y el tipo de vinculación que lo caracteriza es el desvinculado/ambivalente. La investigación sobre este tipo de rol se debe hacer presente, ya que se está convirtiendo en una realidad social, en la que las nuevas generaciones no se identifican con las pautas que marca su sociedad, por lo que al no quererse apegar a estas crean su propia identidad, la cual carece de herramientas que brinden una seguridad para establecer vínculos afectivos.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

La vinculación materna prenatal ha sido poco estudiada en México, por nuestra parte no se encontraron investigaciones en nuestro país, por lo que se recomienda abordar este tema en especial como factor protector de la sintomatología depresiva, sería enriquecedor contar con mayor evidencia de cuáles son los estilos de vinculación que la mujer mexicana emplea.

Así mismo poder enriquecer los programas de educación perinatal con este abordaje de vinculación materna prenatal, con el fin de ofrecer herramientas a la mujer embarazada para hacer posible establecer una vinculación fuerte y saludable.

Otro punto a considerar es la utilización del BDI-II para la medición de sintomatología depresiva antes del parto ya que debido a su alta sensibilidad (la probabilidad de clasificar correctamente a un examinado como deprimido – o más

severamente deprimido) adopta el umbral más bajo para detectar depresión (Beck, Steer & Brown, 2009). Por lo que, en los cambios en patrón de sueño, apetito, de energía, cansancio o fatiga, disminución de la libido, entre otros, encontramos que puede haber falsos positivos, ya que estos cambios se consideran propios del embarazo.

Sin embargo, este es un punto en el que se debe tener especial cuidado en futuras investigaciones, ya que los síntomas mencionados anteriormente, son precisamente los que, al considerarse como propios del embarazo no se les da una atención adecuada, lo cual obstaculiza la detección de cuadros depresivos durante la gestación (Lujan, 2009). De esta manera, nuestra recomendación es la instauración de exámenes rápidos de detección de cuadros depresivos dentro de la entrevista de seguimiento médico a la que acuden las embarazadas durante el periodo gestacional.

Sería útil emplear la escala de Edimburgo para antes y después del parto y así obtener datos más homogéneos.

Se recomienda para futuras investigaciones poder contar con grupos de participantes de igual número en cuestión de roles sexuales, ya que esto ayudará a poder plantear con mayor precisión las comparaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ainsworth, M.D.S. y Bell, S.M., (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41: 49-67.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S., (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Álvarez, A. T. (1992). Identidad Sexual, Salud Mental y Socialización en Jóvenes Adultos Universitarios. *Actualidades en Psicología*.

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Estados Unidos de América: Masson.

Aramburú P., Arellano R., Jáuregui S., Pari L., Salazar P. y Sierra O., (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Revista Perú Epidemiológica*, 12 (3).

Armengol A.R., Chamarro L.A. y García-Dié M.M.T, (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23 (1): 25-32.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E. y Figueiredo, E., (1996). Postnatal depression in an urban area in Portugal, comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.

Bartholomew, K. y Shaver, P., (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? En Simpson, J.A. y Roles, W.S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford.

Bebbington P., (1997). The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *Internat Revi Psych*, 8, 295-332. Obtenido el 2 de Marzo del 2009, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, R.W., (2009). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

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

Bem, S.L., (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 2, 155-162.

Bem, S. L. (1981). *Bem Sex Role Inventory Professional Manual*. Palo Alto, CA, USA: *Consulting Psychologists Press*.

Bem, S.L., (1984). Androgyny and Gender Schema Theory: A Conceptual and Empirical Integration. Nebraska symposium on motivation, U.S.A.

Benedek, T., (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.

Bennett H.A., Einarson A., Taddio A. Koren G., Einarson T., (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103, 698-709.

Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H. y Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of*

Psychosomatic Research, 42, 391-402.

Bibring, G.L., (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.

Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L.L., Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E., Valoriani, V., Kammerer, M.H. y Henshaw, C.A., (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry*, 184:31-37.

Blancas, G.S.M. (2000). La sumisión en la mujer mexicana. *Tesis de Licenciatura en Psicología*: Universidad Intercontinental.

Bloom, K.C., (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 44(5), 284-289.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Volume I: Attachment*. New York: Basic Books, Inc.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss Volume II: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books, Inc.

Bowlby, J., (1982). *Attachment and loss: Volume I: Attachment* (2da. Ed.). New York: Basic Books.

Brandon, A.R., Trivedi, M.H., Hynan, S.L., Miltenberger, P.D., Broussard, L.D., Rifkin, B.J. y Stringer, A.C., (2008). Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk. *J Clinic Psychiatry*; 69(4):635-643.

Bretherton, I., (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. *Growing*

Points of Attachment Theory and Research. *Monographs of the society for research in child development*, 50, 3-35.

Bretherton I., (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28: 759-775.

Brunton P.J. & Russell J.A., (2008). The expectant brain: adapting for motherhood. *Neuroscience*, 9:11-25.

Burin M., Moncarz E. y Velázquez S., (1990). El malestar de las mujeres. *La tranquilidad recetada*. México: Paidós.

Canaval G.E., González M.C., Martínez S.L., Tovar M.C. y Valencia C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Revista Colombia Médica*, 31 (1), 4-10. Obtenido el 2 de Marzo del 2009, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

Cárdenas S., (2005). *Depresión Post-parto. Esperanza para la Familia*, A.C. Extraído el 13 de mayo de 2009 desde <http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Programacion/2005/Agosto/06Agosto2005.php>

Cardona F., (2003). Androginia: ¿indicador de salud mental? *Revista Reflexiones* 82(1): 25-31.

Carreón, M.L. y Ortiz, H.G., (2005). Estereotipos en profesoras de educación preescolar. Concepto de masculinidad/feminidad en profesoras de educación preescolar. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 1(1).

Carrillo, C., Cortés, L., Flores, M., & Reyes, I. (2000). Niveles de Expresividad–Instrumentalidad en Hombres y Mujeres, *La Psicología Social en*

México, AMEPSO, (8), 114–120.

Cogollor, M. y González, R.J.L., (1983). El psiquismo fetal. Actas Luso-España. Neurología. *Psiquiatría*, 11(3), 205-212.

Cohen, H. y Jones, E.G., (1990). Interpreting for cross-cultural research. Changing written english to American sign language. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation association*, 24(2), 41-48.

Condon, J.T., (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.

Condon, J.T. y Corklindale, C., (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.

Coon D., (2005). Género y sexualidad. *Psicología*. (pp. 476-482). Estado Unidos: Cengage Learning.

Corsi, J., (2001). Violencia familiar. *Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.

Cranley, M.S., (1979). *The impact of perceived stress and social support on maternal fetal attachment in the third trimester*. University of Wisconsin, Madison, WI.

Cranley, M.S., (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.

Curry, M.A., (1987). Maternal behavior of hospitalized pregnant women.

Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 7, 165-182.

Deutch, H., (1945). *The psychology of women*. New York: Grune y Stratton.

Di Pietro, J.A., Hodgson D.M., Costigan, K.A.& Johnson T.R., (1996). Fetal antecedents of infant temperament. *Child Development*, 67, 2568-2583.

Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura*. México, DF: Trillas.

Díaz-Loving, R., Díaz-Guerrero, R., Helmreich, R., & Spence, J. (1981). Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 1, 3-33.

Díaz-Loving, R., Rivera, A.S. y Sánchez, A.R. (1994), Género y Pareja. *Revista de Psicología Contemporánea*. 1 (2), 4-15.

Díaz-Loving, R. Rivera, A.S., & Sánchez, A.R., (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos) normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 131-139.

Díaz-Loving, R., Rocha, S.T.E. y Rivera, A.S., (2004). Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, (2), 263-276.

Díaz-Loving, R. y Rocha S.T.E., (2004). Replica y Extensión de la Escala de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad, *La Psicología Social en México*, AMEPSO, (10), 80-88.

Díaz-Loving R. y Rocha S.T.E., (2005). Cultura de género: la brecha

ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*, 21(1), 42-49.

Doan, H.M. y Zimerman, A., (2003). Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18, 109-129.

Enríquez A., Padilla P. y Montilla I., 2008. Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones psiquiátricas*, 193.

Estrada, A. B., Landero, R, y González, R, M., (2009a). Datos normativos de fiabilidad y validez del Inventario para la Depresión de Beck-II en población general mexicana (Manuscrito en preparación).

Estrada, A. B, González, R. M., y Landero, R, M., (2009b). Datos normativos de fiabilidad y validez del Inventario para la Depresión de Beck-II en estudiantes mexicanos (Manuscrito en preparación).

Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S. y Golding J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257-60.

Fernández, M.L.M. y Sánchez, C.A., (2007). La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*, 1 (1). Obtenido el 3 de noviembre de 2010 en <http://www.aprendemos.net/RPPSM/PDF/v1n1o1.pdf>

Fitzpatrick M.K., Salgado D.M., Suvak M., King L.A. y King D.W., (2004). Associations of gender and gender-role ideology with behavioral and attitudinal features of intimate partner aggression. *Psychology of Men & Masculinity*, 5, 91-102.

Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N, Meltzer-Brody. S, Gartlehner G. y

Swinson T., (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106, 1071-83.

Gaviria, S. L. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35 (2), 210-224.

Gaffney, K.F., (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal Child Nursing Journal*, 15(2), 91-101.

George, C., Kaplan, N. y Main, M., (1985). *The attachment interview for adults*. Manuscrito sin publicar.

Grace, J.T., (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38, 228-232.

Grush, L.R. y Cohen, L. S. (1998). Treatment of depression during pregnancy: Balancing the risks. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 105-109. Obtenido el 3 de Marzo del 2009, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

Hazan, C. y Shaver, P., (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hedegaard, M., Henriksen, T.B., Sabroe, S. & Secher N.J., (1993) Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 307, 234-239.

Instituto Nacional De La Juventud (2000). Caminos hacia la equidad. Material Educativo. Reflexionando sobre jóvenes y género. Tomo "Masculinidades". México.

Johnson, M.E., Brems, C. y Fischer, P., (1996). Sex role conflict, social desirability, and eating disorder attitudes and behaviors. *Journal Gen Psychol*; 123: 75-87.

Kemp, V.H. y Page, C., (1987). Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 16(3), 195-206.

Kenell, J.H., Slyter, H. y Klaus, M.H., (1970). The mourning response of parents to death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283 (7), 344-9.

Klaus, M.H., Jerauld, R., Kreger, N.C., Mc Alpine, W., Steffa, M. y Kennel, J.H., (1972). Maternal attachment: Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*, 286(9), 460-3.

Kobak, R.R. y Sceery, A., (1988). Attachment in late adolescence: Working models affect regulation, and representations of self and other. *Child Development*, 59: 135-146.

Koniak-Griffin, D., (1988). The relationship between social support, self-esteem, and maternal attachment in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 11(4), 269-78.

Lafuente, M.J., (1995). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto. *Index de enfermería*, 17, 2.

Lara-Cantú, M. A., (1989). Rasgos masculinos y femeninos en parejas: Autodescripción y descripción del cónyuge; similitud o diferencia de roles. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 35-43.

Lara, M. A., (1991). Masculinidad-Feminidad y Salud Mental. Importancia de

las características no desables de los roles de género. *Salud Ment.*, 14, 12-8.

Lara-Cantu, M.A., (1993). *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. IMAFE. México: El Manual Moderno.

Lara- Cantú, M. A. (1994). Masculinidad y Femenidad. *Antología de la Sexualidad Humana*, 1. México: CONAPO/Porrúa.

Lara-Cantú, M. A. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental*, 22, 121-129.

Lara, M.A., (2003). Intervención psicosocial para mujeres con depresión. *Perinatol Reprod Hum*, 17 (4), 219-229. Revisado el 20 de Marzo del 2009, desde www.imbiomed.com.mx

Lara, M.A., Acevedo y Berenzon, (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saúde Pública*, 20(3):818-828.

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

Lara M.A., Le H., Letechipia, G. & Hochhausen, L., (2008). Prenatal depression in latinas in the U.S. and México. *Matern Child Health Journal*.

Lartigue B. M.T., (2001). Relación materno-fetal en México: aspectos transculturales. *Perinatol Reprod Hum*; 15:75-88.

Leigh, I.W., Anthony-Tolbert, S., (2001) Reliability of the BDI-II with deaf persons. *Rehabilitation Psychology*; 46(2) 195-202.

Lerum, C.W. y LoBiondo-Wood, G., (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16, 13-17.

Lindgren, K., (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24:203-217.

López M. N. y Sueiro E., (2008). *Células Madre y Apego en el cerebro de la mujer*. Universidad de Navarra.
www.unav.es/noticias/natalialopez_cerebroembarazada.pdf

Luján D.S., (2009). Depresión en el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, 88, 298.

Lumley, J.M., (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18, 106-109.

Main M., (1983). Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 6, 167-174.

Main M. y Solomon J., (1990). Procedures for identifying infant as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti, y E.M. Cummings (Eds.). *Attachment in the Preschool Years. Theory Research and Intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

MacFarlane, A. (1978). *Psicología del nacimiento*. Madrid: Ediciones Morata.

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N. y Tennant, C., (2005).

Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84(1): 15-24.

Masson, T.C., (2005). Cross-cultural instrument translation: Assessment, translation and statistical applications. *American Annals of the Def*, 150(1), 67-72.

Mercer, R.T., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J. y Sollid, D., (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing & Health*, 11, 269-278.

Mikulincer, M. y Florian, V., (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful event. En Simpson y Rholes (Eds.), *Attachment Theory an Close Relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.

Môller-Leimkühler, A.M., Schwarz, R., Burtscmidt, W. y Gaebel, W., (2002). Dependencia del alcohol y orientación del rol de género. *Eur Psychiatry Ed. Esp*; 9: 215-223.

Moore y Jefferson. (2005). Depresión Postparto. *Manual de Psiquiatría Médica* (2ª. Ed.). España: Elsevier.

Muller, M.E., (1990). *The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory*.

Muller, M.E., (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6, 5-22.

Muller, M.E., (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 199-215.

Navarro, M., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 124, 239-288.

Nepomnaschy P.A., Welch K.B., McConnell D.S., Low B.S., Strassmann B.I. y England B.G., (2006). Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103: 3938-3942.

O'Brien, R.G., Muller, K.E. Applied Analysis of Variance in Behavioral Science. Marcel Dekker, New York (1993) Chapter 8 pp. 297-344.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Diez cuestiones estadísticas de especial interés en la salud pública mundial. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 8. Obtenido el 1 de Marzo del 2009, desde http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf

Organización Mundial de la Salud (2009). Depression. *Mental Health*. Obtenido el 16 de abril del 2009, desde http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

Organización Panamericana de la Salud, (1995). CIE-10. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Estados Unidos de America: Pan American Health Org.

Orlofsky, J. (1981). Relationship between Sex Role Attitudes and Personality Traits and the Sex Role Behavior Scale: A new measure of masculine and feminine role behaviors and interests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 927-940.

Orr, S. T., Blazer, D. G., James, S. A., y Reiter, J. P. (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health, 12*(4), 373–380.

Ortega, L., Lartigue, T. y Figueroa, M.E., (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum, 15*, 11-20.

Padgett, D.K., (1997). Women's mental health: Some directions for research. *American Orthopsychiatric Association, 67*, 522-534. Obtenido el 2 de Marzo del 2009, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

Palencia, E, Evies A., (2004). Propuesta para crear una Unidad de Estimulación Temprana en su fase fetal dirigido a embarazadas que asisten a la consulta prenatal. *Educare2, 9*. Revisado desde <http://enfermeria21.com/educare/educare09/aprendiendo/aprendiendo2.htm>

Pérez, A.M. y García M.J.M., (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13*(3), 493-510.

Piccinelli, M. y Gomez H.F., (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Genova: World Health Organization.*

Polanco, G. (2004), Los roles sociales en la cultura, tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.

Porter, C.L. y Hsu, H.C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family and Psychology, 17*(1), 54-64.

Priel, B. y Besser, A., (1999) Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: dependency, self-criticism and the moderating of antenatal attachment. *J Soc Clin Psych*; 18:240–253.

Ricciardelli, L.A., Williams, R.J. y Kernan, M.J., (1998). Relation of drinking and eating to masculinity and femininity. *Journal Soc Psychol*; 138: 744-52.

Rocha, S. T. (2000). *Roles de género en los adolescentes mexicanos y rasgos de masculinidad-feminidad*. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.

Rochlen, A.B. & Mahalik, J.R., (2004). Women's perceptions of Male partners' gender role conflict as predictors of psychological well-being and relationship satisfaction. *Psychology of Men & Masculinity*, 5 (2), 147-157.

Rodrigues, A. R. (2001). *Maternidad y paternidad temprana: Una variable de medida para la percepción del recién nacido*. Memoria de Licenciatura. Universidad de Murcia.

Rodrigues, A. R., Pérez L. J. y Brito N. A. G., (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de psicología*, 20 (1), 95-102.

Rojas, C. G., Fritsch M. R., Solís G. J., González A. M., Guajardo T. V. y Araya B. R., (2006). Calidad de vida en mujeres deprimidas en el postparto. *Revista de Medicina de Chile*, 134, 713-720. Obtenido el 16 de febrero de 2009 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000600006&script=sci_arttext&lng=e#back

Rubin, R., (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 4, 143-153.

Ruiz, S. y Ortiz, G. (1994). Los mitos sobre la mujer. *Psicología y salud*, 3, 75- 80.

Sánchez, L.P., (1999). *Temporalidad, cronopsicología y diferencias individuales*. España: Ramón Areces.

Sánchez, A.I., Bermúdez M.P. y Buela- Casal G., (2000). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 2 (2-3). Revisado el 12 de mayo de 2009, desde <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>

Secretaria de Salud. (2007). Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, 37. Obtenido el 17 de Marzo del 2009, desde <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf>

Siddiqui, A., Hagglof, B. y Eisemann, M., (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 369-380.

Simpson, P.A., & Stroh, L. K. (2004). Gender differences in the content and effects of emotional labor in managerial jobs. *Journal of Applied Psychology*, 89, 715-721. Obtenido el 14 de Marzo del 2009, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

Smeekens, S., Riksen-Walraven, J.M. & Van Bakel H.J.A., (2007). Multiple Determinants of Externalizing Behavior in 5-Year-Olds: A Longitudinal Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (3):347-361.

Spence, J.T., & Helmreich, R.L. (1978). *Masculinity and Femininity: Their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin, USA: University of Texas Press.

Stainton, M.C., (1990). Parent's awareness of their unborn infant in the third trimester. *Birth*, 17(2), 92-6.

Suarez, V. A. M. (2001). *Diferencia de la pareja basadas en el género y el manejo del poder marital por medio de estas diferencias*. Tesis de Maestría en Psicología: Universidad de las Américas, México.

Tong, J. y Yewchuk, C., (1996). Self-concept and sex-role orientation in gifted high school students. *Quarterly*. Disponible en: Base de datos Proquest Company.

Valadares, B. (1996). Los mitos sociales de la maternidad en la prensa escrita. *Revista Casa de la Mujer*, 8, 23-30.

Valencia M.L. y González W., (2008). Etología del apego y del reconocimiento en el ser humano. *El Hombre y la Máquina*, 31.

Vallejo, D.R., (2000). *Estudio sobre la percepción de igualdades de oportunidades entre mujeres y hombres en Castilla y León*. Salamanca: Junta de Castilla y León.

Van den Bergh B., Mulder E., Mennes M. & Glover V., (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*; 29(2):237-58

Vander, Z. J., (1986). *Manual de Psicología Social*. Buenos Aires,

Argentina: Paidós.

Varon, R. E., (2003). *Trastornos emocionales en el embarazo y puerperio: Comentarios a un caso clínico. Clínica y Salud*. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Varrichio, C.G., (2004). Measurement issues concerning linguistic translations. In M. Frank-Stromborg & S.J. Olsen (Eds.), *Instruments for clinical health-care research*, 55-64. Massachusetts: Jones and Barlett.

Vera, O.S., (1987). *Los roles femenino y masculino: ¿Condicionamiento o biología?* Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Viljoen, J.L., Iverson, G.L., Griffiths, S. y Woodward, T.S., (2003). Factor Structure of the Beck Depression Inventory-II in a Medical Outpatient Sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10 (4).

Vives J., (1994). Génesis del vínculo materno-infantil. *Apego y vínculo materno-infantil*. Guadalajara: U de G/Asociación Psicoanalítica Jalisciense, 26-51.

Winnicott, D.W., (1958). *Collected Papers: Through pediatrics to psychoanalysis*. New York: Basic Book.

ANEXO 1

PREGUNTAS ANTES DEL PARTO:

1. ¿En qué semana de gestación se encuentra? _____
2. ¿Su condición laboral es? 1. Ama de casa ____ 2. Con trabajo remunerado, pero incapacitada ____ 3. Desempleada por el embarazo ____ 4. Otra. ¿Cuál? _____
3. ¿Qué nivel de escolaridad tiene? 1. Primaria ____ 2. Secundaria ____ 3. Bachillerato ____ 4. Licenciatura ____ 5. Otro ____
4. ¿El embarazo fue planeado? 1. Sí ____ 2. No ____
5. ¿Se ha sentido deprimida por más de 15 días seguidos en algún momento de su vida? 1. Sí ____ 2. No ____ 5A. Si contesto SI ¿Qué edad tenía? _____
6. ¿Ha tenido alguna complicación médica grave usted o el bebé? 1. Sí ____ 2. No ____
7. Tiene otros hijos, 1. Sí ____ 2. No ____ ¿Cuántos? _____
8. Si tiene pareja ¿Cómo describiría su relación de pareja durante el embarazo, comparándola con la relación antes del embarazo?

Peor	Con problemas ocasionales	Igual que antes	Mejor
------	---------------------------	-----------------	-------

9. En general, su embarazo ha sido?

Complicado	Con algunos problemas	Casi sin problemas	Normal
------------	-----------------------	--------------------	--------

10. ¿Cuánto considera usted que le ha apoyado su pareja durante el embarazo?

Nada	Poco	Suficiente	Mucho
------	------	------------	-------

PREGUNTAS DESPUÉS DEL PARTO

1. ¿El parto fue prematuro? 1. Sí_____ 2. No_____

1A. Si contestó SI, ¿Cuántos meses duró el embarazo?_____

2. ¿Le da leche materna al bebé? 1. Sí_____ 2. No_____

2A. Si contestó que NO, ¿Qué leche le da? _____

3. ¿Quién(es) le ayuda(n) con el cuidado del bebé?

1. Nadie _____

2. Mamá _____

3. Pareja _____

4. Otro pariente_____

5. Otra persona ¿Quién o quienes?_____

4. Si tiene otros hijos ¿Están celosos o molestos por el hermanito nuevo?

1. Sí_____ 2. No_____

5. ¿El bebé tuvo infecciones al nacer? 1. Sí_____ 2. No_____

6A. Si contestó Sí,

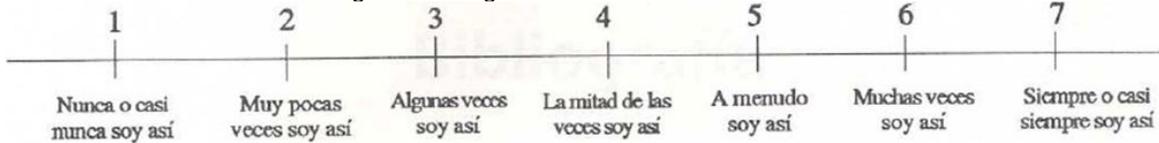
Leve	Moderado	Severo	Muy grave
------	----------	--------	-----------

indique si fue:

ANEXO 2 IMAFE

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué tan bien crea que describe su manera de ser.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:



Ejemplo.

- Listo 3 Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo
 Malicioso 1 Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso
 Responsable 7 Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable

En seguida se encuentran estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

POR FAVOR NO DEJE NINGÚN INCISO SIN CONTESTAR

1R. Segura de mí misma	21R. Dispuesta a arriesgarme	41R. Racional
2R. Afectuosa	22R. Deseosa de consolar al que se siente lastimado	42R. Me gustan los niños
3R. Enérgica	23R. Agresiva	43R. Ruda
4R. Conformista	24R. De personalidad débil	44R. Dependiente
5R. Me comporto confiada de mi misma	25R. Autosuficiente	45R. Madura
6R. Compasiva	26R. Cariñosa	46R. De voz suave
7R. Dominante	27R. Uso malas palabras	47R. Incomprensiva
8R. Simplista	28R. Insegura de mi misma	48R. Influenciable
9R. Analítica	29R. Independiente	49R. Valiente
10R. Sensible a las necesidades de los demás	30R. Amigable	50R. Generosa
11R. Individualista	31R. Materialista	51R. Fría
12R. Sumisa	32R. Pasiva	52R. No me gusta arriesgarme
13R. Hábil para dirigir	33R. Competitiva	53R. Reflexiva
14R. Comprensiva	34R. Tierna	54R. Espiritual
15R. Ambiciosa	35R. Autoritaria	55R. De voz fuerte
16R. Incapaz de planear	36R. Resignada	56R. Retraída
17R. Tomo decisiones con facilidad	37R. Atlético	57R. De personalidad fuerte
18R. Caritativa	38R. Dulce	58R. Cooperadora
19R. Arrogante	39R. Egoísta	59R. Mala
20R. Indecisa	40R. Cobarde	60R. Tímida

ANEXO 3

ESCALA DE VINCULACIÓN MATERNA PRENATAL

Estas preguntas son acerca de sus pensamientos y sentimientos sobre el desarrollo del bebé. Por favor marque solo una caja en respuesta a cada pregunta.

1V. En las últimas dos semanas he pensado acerca de, o he estado preocupada del bebé dentro de mí:

- Casi todo el tiempo
- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- En lo absoluto

5V. En las últimas dos semanas he estado tratando de imaginarme en mi mente como realmente se ve el desarrollo del bebé en mi vientre

- Casi todo el tiempo
- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- En lo absoluto

2V. En las últimas dos semanas cuando he hablado acerca de, o pensado acerca del bebé dentro de mí tuve sentimientos emocionales que fueron:

- Muy débiles o inexistentes
- Algo débiles
- Entre fuertes y débiles
- Algo fuertes
- Muy fuertes

6V. En las últimas dos semanas pienso del desarrollo del bebé generalmente como:

- Una personita real con características especiales
- Un bebe como cualquier otro bebé
- Un ser humano
- Una cosa viviente
- Una cosa que aún no está viva realmente

3V. En las últimas dos semanas mis sentimientos acerca del bebé dentro de mí han sido:

- Muy positivos
- Principalmente positivos
- Mezcla de positivos y negativos
- Principalmente negativos
- Muy negativos

7V. En las últimas dos semanas he sentido que el bebé dentro de mí es dependiente de mí para su bienestar:

- Totalmente
- Muchísimo
- Moderadamente
- Ligeramente
- En lo absoluto

4V. En las últimas dos semanas he tenido el deseo de leer acerca de, u de obtener información acerca del bebe. Este deseo es:

- Muy débil o inexistente
- Algo débil
- Ni fuerte ni débil
- Moderadamente fuerte
- Muy fuerte

8V. En las últimas dos semanas me he encontrado a mí misma hablando con mi bebé cuando estoy sola:

- En lo absoluto
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente
- Casi todo el tiempo en el que estoy sola

9.V En las últimas dos semanas cuando pienso acerca de (o hablo con) mi bebé dentro de mí, mis pensamientos:

- Son siempre tiernos y amorosos
- Son generalmente tiernos y amorosos
- Son una mezcla de ambos: ternura e irritación
- Contienen algo de irritación
- Contienen mucho de irritación

10.V La imagen en mi mente de cómo se ve realmente el bebé en esta etapa dentro de mi vientre es:

- Muy clara
- Algo clara
- Algo vaga
- Muy vaga
- No tengo idea alguna

11.V En las últimas dos semanas cuando pienso acerca del bebé dentro de mí, se me vienen sentimientos que son:

- Muy tristes
- Moderadamente tristes
- Una mezcla de alegría y tristeza
- Moderadamente felices
- Muy felices

12.V Algunas mujeres embarazadas algunas veces se irritan por el bebé dentro de ellas, que sienten que quieren lastimarlo o castigarlo:

- No puedo imaginarme que alguna vez pudiera sentirme así
- Puedo imaginarme que tal vez me sienta así algunas veces, pero realmente nunca lo he hecho
- Me he sentido así una o dos veces
- Me he sentido así ocasionalmente
- Con frecuencia me siento así

13.V En las últimas dos semanas he sentido:

- Muy distante emocionalmente de mi bebé
- Moderadamente distante emocionalmente de mi bebé
- Particularmente no cercana emocionalmente de mi bebé
- Moderadamente cercana emocionalmente de mi bebé
- Muy cercana emocionalmente de mi bebé

14.V En las últimas dos semanas he cuidado lo que como para asegurarme de que mi bebé tenga una buena dieta:

- En lo absoluto
- Una o dos veces cuando como
- Ocasionalmente cuando como
- Algo frecuente cuando como
- Cada vez que como

15.V La primera vez que vea a mi bebé después del nacimiento supongo que sentiré:

- Un intenso afecto
- Mayormente afecto
- Disgusto sobre uno o dos aspectos del bebé
- Disgusto sobre algunos aspectos del bebé
- Mayormente disgusto

16.V Cuando nazca mi bebé me gustaría cargar al bebé:

- Inmediatamente
- Después de que haya sido envuelto en una sábana
- Después de que haya sido lavado
- Después de algunas horas para que las cosas vuelvan a la normalidad
- Al siguiente día

17.V En las últimas dos semanas he tenido sueños acerca del embarazo o del bebé:

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | En lo absoluto |
| <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> | Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Muy frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | Casi cada noche |

18.V En las últimas dos semanas me he encontrado a mi misma sintiéndome, o frotando con mi mano el exterior de mi estomago donde está el bebé

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Muchas veces cada día |
| <input type="checkbox"/> | Al menos una vez al día |
| <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> | Solo una vez |
| <input type="checkbox"/> | En lo absoluto |

19.V Si el embarazo se perdiera en este momento (debido a un aborto no provocado u otro evento accidental sin ningún dolor o herida en mi, supongo que me sentiría:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Muy contenta |
| <input type="checkbox"/> | Moderadamente contenta |
| <input type="checkbox"/> | Neutral (Ni triste ni contenta, o sentimientos encontrados) |
| <input type="checkbox"/> | Moderadamente triste |
| <input type="checkbox"/> | Muy triste |

ANEXO 4

BDI-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p>1B. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2B. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3B. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4B. Pérdida de Placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5B. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6B. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado</p> <p>7B. Insatisfacción con uno mismo.</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8B. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9B. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10B. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
--	---

_____ Puntuación Página 1

11B. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.**
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.**
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12B. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13B. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.**
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14B. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.**
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15B. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.**
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.**
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.**
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.**

16B. Cambios en el Patrón de Sueño.

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
-
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
-
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
-
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17B. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18B. Cambios en el Apetito**0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.**

- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
-
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
-
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

19B. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.**
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20B. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21B. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.**
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

_____ Puntuación Página 2

_____ PUNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 5

Instrucciones: Lea con atención cada afirmación, y señale la opción que mas se relacione con usted.

Afirmación	Opciones		
1DP. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.	Tanto como siempre	0	
	No tanto ahora	1	
	Mucho menos	2	
	No, no he podido	3	
2DP. He mirado el futuro con placer.	Tanto como siempre	0	
	Algo menos de lo que solía hacer	1	
	Definitivamente menos	2	
	No, nada.	3	
3DP. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas andaban mal.	Sí, la mayoría de las veces.	0	
	Sí, algunas veces.	1	
	No muy a menudo.	2	
	No, nunca.	3	
4DP. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.	No, nada.	0	
	Casi nada.	1	
	Sí, a veces.	2	
	Sí, a menudo.	3	
5DP. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	Sí, bastante.	0	
	Sí, a veces.	1	
	No, no mucho.	2	
	No, nada.	3	
6DP. Las cosas me superaban, me sobrepasaban.	Sí, la mayor parte de las veces.	0	
	Sí, a veces.	1	
	No muy a menudo.	2	
	No, nada.	3	
7DP. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir.	Sí, casi siempre.	0	
	Sí, bastante a menudo.	1	
	Sí, muy a menudo.	2	
	No, nada.	3	
8DP. Me he sentido triste y desgraciada.	Sí, casi siempre.	0	
	Sí, bastante a menudo.	1	
	Sólo ocasionalmente.	2	
	No, nunca.	3	
9DP. He sido tan infeliz que he estado llorando.	Sí, casi siempre.	0	
	Sí, bastante a menudo.	1	
	Sólo ocasionalmente.	2	
	No, nunca.	3	
10P. He pensado en hacerme daño a mi misma.	Sí, bastante a menudo.	0	
	A veces.	1	
	Casi nunca.	2	
	No, nunca.	3	

ANEXO 6

Propiedades instrumentos

Instrumento	Num. de reactivos	Escalas	Puntuaciones	N	Alfa de Cronbach
Inventario de Masculinidad y Feminidad, IMAFE	60 ítems 15 cada escala	Masculinidad, Feminidad, Machismo y Sumisión	Escala likert 7 opciones	77	0.81
Escala de Vinculación Prenatal Materna, MAAS (traducción)	19 ítems	Calidad y Preocupación	Escala Likert Puntuaciones entre 19 y 95	87	0.72
Beck-II	21 ítems	Mínimo, moderado, leve, grave	0 a 63	89	0.81
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo	10 ítems		0 a 30	59	0.80

ANEXO 7

Descripción de la muestra

Propiedades	Muestra
<i>M</i> de edad	23.24 años
Min y Max de edad	13 y 41 años
Trimestre de gestación	3°
Nivel educación	60% secundaria
Planificación embarazo	56.7%
Complicaciones	93.2% ninguna
Núm. hijos	35% primíparas 36.7% un hijo 18.3% dos hijos 10% tres hijos
Síntomas depresivos previos embarazo	21.7% por más de 15 días
Rol sexual predominante	Femenino (38.3%)
Estilo de vinculación predominante	Fuerte/saludable 41.7%
Sintomatología depresiva antes del parto	Estado de ánimo normal/depresión mínima (63.3%)
Sintomatología depresiva postparto	Sin depresión (71.7%)