

Depresión y estrés percibido en una muestra de parejas mexicanas durante el embarazo primerizo¹

Depression and perceived stress during first-time pregnancy in a sample of Mexican couples Abstract

Depressão e estresse percebido em uma amostra de casais mexicanos durante a primeira gravidez

Mónica Reyna-Martínez *

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

monica.reymar@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI20.deep>

Mónica T. González-Ramírez **

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Recibido: 17 noviembre 2021

Aceptado: 14 julio 2022

Minerva T. Vanegas-Farfano ***

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Resumen:

Objetivo. Evaluar niveles de estrés percibido y depresión, asociados a parejas con embarazo primerizo. **Método.** Estudio transversal correlacional con muestreo por conveniencia, que emplea el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Estrés Percibido (PSS). Participaron 94 parejas mexicanas con embarazo primerizo de una institución de salud pública. **Resultados.** Diferencias significativas entre sexos, pero en ambos padres, el estrés no muestra severidad (< 28) y la depresión se encuentra en niveles de nada a mínimos ($M = 4.64$, $DE = 3$). Las correlaciones de Spearman entre grupos son positivas y significativas en estrés percibido ($r_s = 0.26$, $p = 0.001$) y depresión ($r_s = 0.30$, $p = 0.001$). **Conclusión.** Los hallazgos revelan escasa severidad, pero según los puntos de corte, las mujeres exhiben mayor prevalencia de estrés (10.6%) y depresión (24.5%), en comparación con los hombres (6.4% y 9.6% respectivamente), coincidiendo con otros informes. Las asociaciones entre la pareja muestran dependencia, por tanto, se asume una relación estrecha, donde el comportamiento de uno afecta el resultado del otro; esto representa un factor de riesgo para la diada. Se propone profundizar sobre factores de riesgo asociados a la problemática de salud pública que involucren las variables del estudio.

Palabras clave: Embarazo, depresión, estrés psicológico, relaciones entre parejas.

Abstract:

Objective. To assess levels of perceived stress and depression associated with first-time pregnant couples. **Method.** Cross-sectional correlational study with convenience sampling, using the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Perceived Stress Scale (PSS). Ninety-four first-time pregnant Mexican couples from a public health institution participated. **Results.** Significant differences between sexes were observed, but in both parents, stress does not show severity (< 28) and depression is at null to minimal levels ($M = 4.64$, $SD = 3$). Spearman correlations between groups are positive and significant in perceived stress ($r_s = 0.26$, $p = 0.001$) and depression ($r_s = 0.30$, $p = 0.001$). **Conclusion.** The findings reveal low severity, but according to the cutoff points, women exhibit higher prevalence of stress (10.6%) and depression (24.5%), compared to men (6.4% and 9.6% respectively), agreeing with other reports. The associations between the couple show dependence, therefore, a close relationship in which the behavior of one affects the outcome of the other is assumed; this represents a risk factor for the dyad. A deeper look into risk factors associated with the public health problem involving the variables of the study is proposed.

Keywords: Pregnancy, depression, psychological stress, relationships between partners.

Resumo:

Escopo. Avaliar os níveis de estresse e depressão percebidos associados a casais com gravidez pela primeira vez. **Método.** Estudo transversal correlacional com amostragem de conveniência, que utiliza o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e a Escala de Estresse Percebido (PSS). Participaram 94 casais mexicanos com gravidez pela primeira vez de uma instituição de saúde pública. **Resultados.** Diferenças significativas entre os sexos, mas nos dois pais o estresse não apresenta gravidade (< 28) e a depressão é encontrada em níveis de zero a mínimo ($M = 4,64$, $SD = 3$). As correlações de Spearman entre os grupos são positivas e significativas

Notas de autor

* Doctora en Filosofía con orientación en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo de correspondencia: monica.reymar@gmail.com

** Doctora en Psicología.

*** Doctora en Psicología.

em estresse percebido ($r_s = 0,26$, $p = 0,001$) e depressão ($r_s = 0,30$, $p = 0,001$). **Conclusão.** Os achados revelam pouca gravidade, mas de acordo com os pontos de corte, as mulheres apresentam maior prevalência de estresse (10,6%) e depressão (24,5%), em comparação aos homens (6,4% e 9,6%, respectivamente), coincidindo com outros relatos. As associações entre o casal apresentam dependência, portanto, pressupõe-se uma relação próxima, onde o comportamento de um afeta o resultado do outro; isso representa um fator de risco para a díade. Propõe-se aprofundar nos fatores de risco associados aos problemas de saúde pública envolvendo as variáveis do estudo.

Palavras-chave: Gravidez, depressão, estresse psicológico, relacionamentos entre casais.

Introducción

La depresión es un problema de salud pública considerada la cuarta causa de discapacidad a escala global, que para 2015 tuvo una proporción de casos del 5.1% en mujeres y 3.6% en hombres (Organización Mundial de la Salud [WHO, por sus siglas en inglés], 2017). En México, para 2013, esta condición ocupaba el primer lugar de discapacidad para las mujeres, y el noveno para los hombres (Berenzon et al., 2013). Sin embargo, las estadísticas globales previamente comentadas no permiten distinguir aquellas prevalencias asociadas a la etapa perinatal, sobre todo, no se distinguen los casos que tienen inicio en el parto de los que se presentan desde la gestación, lo que sugiere la necesidad de indagar la sintomatología durante la misma, para brindar un tratamiento oportuno con el cual se prevenga su cronicidad (Lara et al., 2016).

Madres y padres que cursan un embarazo primerizo (a partir de aquí serán denominados primerizos) pueden enfrentar un proceso de estrés debido al periodo de transición hacia la paternidad y maternidad, que suele ser demandante por las tareas que implica el nuevo rol (Gressier et al., 2015; Matthey, 2011). Además, evidencias indican que a la fisiología normal se puede añadir un proceso de estrés que repercute en depresión y ansiedad (Valdés y García-Esteve, 2017), lo que pone en duda la visión del embarazo como un factor protector para la presencia de desórdenes mentales (Navarro et al., 2017). El riesgo de lo anterior es que cuando una mujer experimenta sintomatología depresiva, suele haber consecuencias mayores, tales como conductas de riesgo que abarcan desde descuido de la propia salud, escaso control prenatal hasta poca atención a las demandas del embarazo, viéndose afectados tanto la mujer como el bebé (Lara et al., 2016). En cuanto a los padres, se han encontrado dificultades para dar soporte a la pareja y crear un vínculo afectivo con su hijo, pero, ante todo, problemas para detectar los síntomas depresivos, por lo que desafortunadamente son experimentados como vagos y difíciles, generándose en ellos sentimientos de incapacidad y poca valía en su rol paterno (Edhborg et al., 2016; Hammarlund et al., 2015; Lara et al., 2016).

Actualmente abundan informes sobre la depresión posparto en mujeres (Berenzon et al., 2013), a pesar de ello, se plantean prevalencias de síntomas depresivos prenatales del 32.1% en primerizas estadounidenses (Paulson et al., 2016) y del 10.9% en primerizas británicas (Parfitt y Ayers, 2014). Respecto a la población mexicana, las prevalencias no distinguen entre primerizas y multigestas (Ceballos-Martínez et al., 2010; Lara et al., 2009; Lara y Navarrete, 2012; Sainz et al., 2013), de ahí que resulte importante profundizar en el tema, aunque otros hallazgos relacionados con la ansiedad no muestran diferencias significativas entre estos dos grupos de mujeres embarazadas (Reyna-Martínez et al., 2020).

Contrariamente, en los padres se ha priorizado el estudio de la depresión en primerizos, encontrándose metaanálisis que estiman prevalencias del 8.4% y 10.4%, con participantes desde el primer trimestre hasta el primer año posparto de sus parejas (Cameron et al., 2016; Paulson y Bazemore, 2010). Otros hallazgos manifiestan que el 7.5% de padres británicos padecían depresión durante el embarazo (Parfitt y Ayers, 2014), mientras que el estudio de Da Costa et al. (2017) informó una prevalencia del 16.7%, reportándose mayor afectación en los padres expectantes, en comparación con los que se encontraban en el posparto.

Es importante destacar que el estrés se ha considerado un factor de riesgo en la respuesta emocional depresiva (Clout y Brown, 2015; Da Costa et al., 1999; Goletzke et al., 2017; Peñacoba-Puente et al., 2012; Quezada y González, 2012); por ello, se concluye que en ambos padres influyen variables de estrés

psicosocial tanto en el desarrollo y mantenimiento como en el empeoramiento de dicha sintomatología durante el embarazo; por ejemplo, se contempla el escaso apoyo social (pareja, suegra y familia), mala calidad y satisfacción diádica, violencia de pareja, bajos ingresos económicos, peor calidad del sueño, la transición, entre otros (Burke y Perndorfer, 2015; Cankorur et al., 2015; Da Costa et al., 2017; Davé et al., 2010; Edward et al., 2015).

Para las díadas, el embarazo puede ser percibido como un factor estresante que pone a prueba la capacidad de afrontamiento de cada miembro y que, finalmente, impacta en la relación de pareja (Brandão et al., 2019). En este sentido, se reporta que cuando los hombres tienen dificultades para afrontar los estresores durante el embarazo primerizo, las mujeres manifiestan síntomas depresivos elevados (Alves et al., 2018), por lo que la sintomatología paterna puede ser un predictor de la gravedad de los niveles depresivos maternos con tendencia a empeorar en el posparto (Paulson et al., 2016).

Con base en lo anterior, se distingue la depresión prenatal como un problema de salud pública, debido a las complicaciones y riesgos en los que se ven envueltos tanto las madres como los padres (incluso el bebé), a corto o largo plazo (De Castro et al., 2016; Marcos-Nájera et al., 2017). Al plantear los objetivos de investigación, se tomó en cuenta la diferenciación entre un trastorno y la sintomatología depresiva, ya que para determinar el primero es indispensable que se presenten síntomas durante un tiempo de al menos dos semanas, así como haber sido evaluado clínicamente de forma exhaustiva (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; Morrison, 2015). Por consiguiente, al utilizarse cuestionarios de autoinforme en el presente estudio, se hace referencia a la sintomatología depresiva en ambos padres primerizos.

Así, en el presente trabajo se plantean dos objetivos: (a) Evaluar los niveles de síntomas depresivos y estrés percibido en mujeres embarazadas y padres primerizos, y (b) evaluar la asociación entre la sintomatología depresiva y el estrés percibido entre los grupos durante el embarazo primerizo. Ante esto, se hipotetiza que los niveles de sintomatología depresiva y de estrés percibido difieren entre los grupos; asimismo, que existe una asociación positiva de las variables entre estos.

Método

Diseño

Estudio transversal descriptivo correlacional, con muestreo por conveniencia.

Participantes

La muestra pertenecía a un programa de aseguramiento voluntario ofrecido por una institución mexicana de salud pública. Los criterios de inclusión consistieron en la participación de parejas heterosexuales, ambos experimentando un embarazo primerizo en cualquiera de los trimestres de gestación, con estado civil casado o unión libre, sin importar si tuvieron matrimonios o uniones libres previas, ambos con mayoría de edad, nacionalidad mexicana, que supieran leer y escribir, con participación voluntaria y firma de consentimiento informado. Como criterios de exclusión se establecieron tener menos de 18 años, personas casadas pero separadas, no cohabitar, no completar los cuestionarios, problemas de abuso de sustancias, así como un diagnóstico psiquiátrico antes y durante el embarazo.

La muestra total estaba compuesta por 103 parejas ($n = 206$) con embarazo primerizo y mayoría de edad, pero para el procesamiento de datos se incluyeron solamente 94 díadas ($n = 188$), al eliminarse 9 ($n = 18$), debido a que se buscó mantener la equivalencia de los grupos acorde a los criterios de inclusión; por ejemplo, si al menos un miembro de la díada informaba el diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico, ambos se eliminaron (Figura 1).

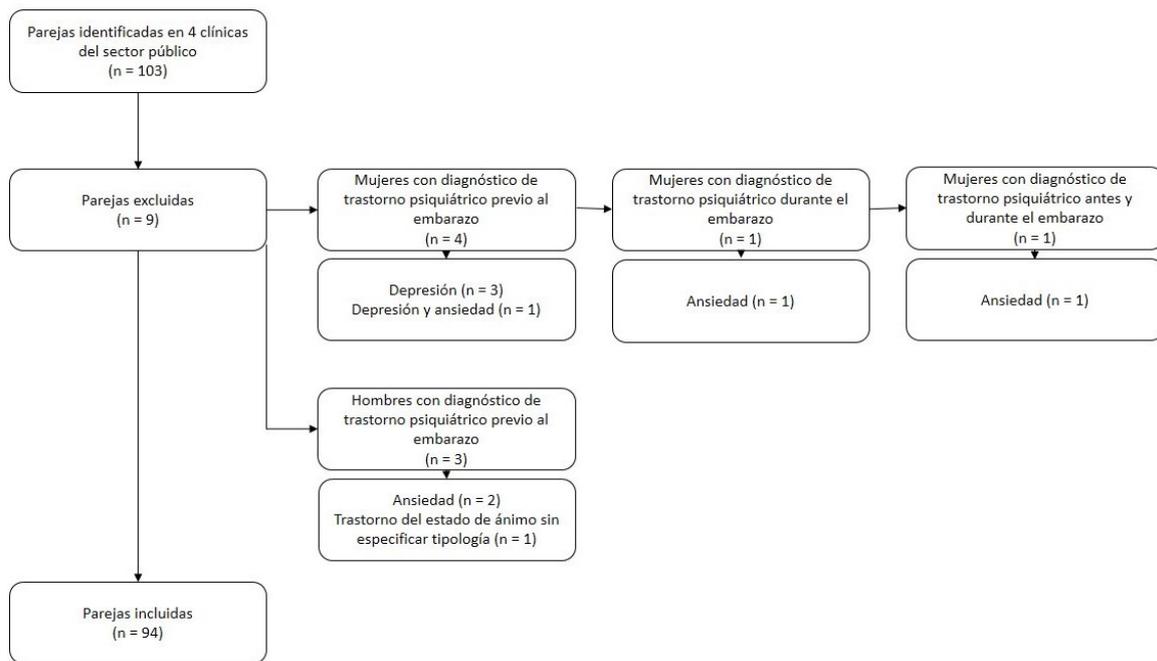


FIGURA 1

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Así, se reporta que el 87.2% de la muestra final ($n = 188$) vivía en unión libre. En el caso de las mujeres embarazadas, la edad media era de 20.2 años ($Md = 19$, $DE = 2.81$), 50% contaba con educación secundaria y el 76.6% tenía como actividad principal las labores domésticas. Solo el 12.8% informó haber tenido complicaciones obstétricas, además, la mayoría experimentaba el segundo (43.6%) y tercer trimestre (39.4%) de embarazo. Mientras tanto, los hombres tenían una edad promedio de 21.73 años ($Md = 21$, $DE = 3.84$), 55.3% contaba con educación secundaria y el 63.8% estaba empleado formalmente. Por último, entre el 78% y el 94.7% de los participantes reportaron no poseer antecedentes familiares de ansiedad o depresión.

Instrumentos

Historia sociodemográfica e historia obstétrica

Instrumento estructurado desarrollado *ad hoc* tanto para obtener información sociodemográfica y obstétrica como para identificar cualquier diagnóstico de enfermedades psiquiátricas antes y durante el embarazo.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II. (Beck et al., 1961).

Se empleó el instrumento adaptado en población mexicana de Estrada et al. (2015) para evaluar la severidad de los síntomas depresivos. Este instrumento consta de 21 ítems autoaplicados que se distribuyen en dos dimensiones: cognitivo-afectiva y somático-motivacional; además, se valoran los síntomas en los últimos 15 días, incluido el día que se responde, sin importar si las personas se encuentran en la etapa del embarazo o no. La puntuación total oscila entre 0 (mínimo) y 63 (máximo), ubicando los siguientes puntos de corte: 0 a 13 (nada a mínima), 14 a 19 (leve), 20 a 28 (moderada) y 29 a 63 (severa).

En el presente estudio se eliminaron dos ítems relacionados con el sueño y el apetito (16 y 18), porque son los síntomas que suelen aparecer durante el embarazo (Brodey et al., 2016; Elliott et al., 1983) e incrementar

la severidad de la sintomatología. Además, para medir el mismo conjunto de síntomas depresivos en la muestra total, se redujo el instrumento a 19 ítems. Con esto, la puntuación fluctuó de 0 a 57 y se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0.83$ en la muestra total ($n = 206$), con alfa de Cronbach adecuado en el grupo de mujeres ($\alpha = 0.77$) y en el de hombres ($\alpha = 0.86$).

Se determinó la severidad de la depresión, considerando el punto de corte > 13 (Estrada et al., 2015), indicativo de sintomatología de leve a severa. Aunado a ello, para identificar la prevalencia, se consideró el punto de corte ≥ 12 propuesto por O'Hara (1995), a partir de una muestra de mujeres embarazadas, lo que coincide con Su et al. (2007).

Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983).

Se empleó la escala adaptada en población mexicana por González y Landero (2007), la cual consta de 14 ítems que valoran situaciones en el último mes de la vida de las personas, (sin importar si se encuentran en la etapa del embarazo o no) mediante una escala tipo Likert con respuestas que varían de 0 (nunca) a 4 (siempre). Al no poseer punto de corte, se considera que a mayor puntuación, mayor estrés percibido. En el presente informe resultó una buena consistencia interna ($\alpha = 0.75$), con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.74$ para el caso de las mujeres embarazadas, y de $\alpha = 0.76$ para los padres primerizos. Para establecer el nivel de severidad del estrés, se consideraron los puntos de corte establecidos por Aneja et al. (2018) de ≥ 28 en una muestra de mujeres embarazadas, así como el de Moral et al. (2011) de > 30 establecido para población mexicana.

Procedimiento

En primer lugar, la investigación fue aprobada en sus aspectos éticos y metodológicos por el Comité Doctoral de la institución a la que pertenecen los autores. Con ello se solicitó autorización a una institución pública del sector salud para realizar el estudio. A partir de ahí, el jefe de la jurisdicción sanitaria de la localidad indicó las clínicas con mayor afluencia de parejas para su consulta prenatal. La colecta de datos se realizó de junio de 2018 a noviembre de 2019, y se inició con un estudio piloto en una muestra ($n = 70$) de mujeres embarazadas multigestas y primigestas, y sus parejas. En la escala BDI-II se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.92 en mujeres y de 0.94 en hombres; mientras que en la escala de estrés percibido se obtuvo una consistencia interna de 0.85 en mujeres y de 0.84 en hombres.

Debido a que el muestreo fue por conveniencia, se identificaron parejas que acudieron para la atención prenatal en las unidades de salud pública, tomándose en cuenta criterios éticos para la investigación en seres humanos propuestos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Mexicana (Secretaría de Gobernación, 2014) y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [WMA, por sus siglas en inglés], 2013). Se brindó un consentimiento informado en el que se indicó el objetivo del estudio y la duración aproximada de la colaboración. En ese momento se dieron a conocer los temas generales de los cuestionarios, la confidencialidad de los participantes y el uso de los datos para fines científicos, así como la libertad de retirarse del estudio cuando consideraran oportuno.

El levantamiento de los datos fue realizado por la autora principal, quien sensibilizó a los participantes sobre el objetivo del estudio. Los instrumentos fueron aplicados de forma individualizada, a causa de la información sensible relacionada a información socioeconómica, antecedentes de enfermedades psiquiátricas, y con el fin de evitar datos perdidos durante los análisis, por lo que cuando se identificaba un ítem sin responder, se solicitaba su contestación. Se resolvieron dudas y se brindó una retroalimentación sobre los niveles de depresión y estrés, para lo cual se sugirió a los padres un acercamiento a centros especializados de salud mental y psicológica de bajo costo o gratuitos.

En segundo lugar, para los análisis de datos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Estrada et al., 2015) se eliminaron los ítems relacionados con el sueño y el apetito (16 y 18). Esto a raíz de los planteamientos de Brodey et al. (2016) y Elliott et al. (1983), quienes establecieron una postura prudente en investigaciones frente a síntomas que se presentan naturalmente durante el embarazo. Aspectos que se detallarán en el siguiente apartado.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 24, para llevar a cabo los análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, análisis descriptivos, pruebas de normalidad con el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras emparejadas, el tamaño del efecto mediante la d de Cohen, así como correlacionales de Spearman en función de la distribución de la muestra.

Resultados

La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que la variable depresión no cumplió con el supuesto de normalidad ($KS = 0.18$, $p = 0.001$, $gl = 188$), pero el estrés percibido sí lo hizo ($KS = 0.05$, $p = 0.200$, $gl = 188$). La tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos de la muestra de mujeres embarazadas y padres primerizos ($n = 188$). Para el caso del estrés percibido, resultó una puntuación media inferior a 28, indicativa de que la muestra no experimenta estrés severo o significativo, de acuerdo con el punto de corte de Aneja et al. (2018). Sucede lo mismo en el grupo de mujeres embarazadas ($M = 18.29$, $DE = 6.94$) y en el de hombres ($M = 16.08$, $DE = 7.03$), como se observa en la tabla 2.

TABLA 1
Descriptivos de las variables de sintomatología depresiva y estrés percibido

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DE
Síntomas depresivos ^a	0	39	6.45	5	5.80
Síntomas depresivos ^b	0	35	4.64	3	5.09
Síntomas depresivos ^c	0	33	4.07	3	4.75
Estrés percibido	1	35	17.19	17	7.05

Nota: a = Instrumento de 21 ítems. b = Instrumento de 19 ítems utilizado en el estudio, se excluyen ítems 16 y 18. c = Se excluyen ítems 16, 18 y 20. DE = desviación estándar.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2
Puntajes por sexo de sintomatología depresiva y estrés percibido

Sexo	Variable	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DE
Mujer	Síntomas depresivos ^a	0	27	8.20	8	5.26
	Síntomas depresivos ^b	0	23	5.88	5	4.82
	Estrés percibido	1	35	18.30	18	6.94
Hombre	Síntomas depresivos ^a	0	39	4.70	3	5.80
	Síntomas depresivos ^b	0	35	3.40	1.5	5.08
	Estrés percibido	1	33	16.09	16	7.03

Nota: a = Instrumento de 21 ítems. b = Instrumento de 19 ítems. Se excluyen ítems 16 y 18. DE = desviación estándar
Fuente: Elaboración propia

Con relación al BDI-II, en primer lugar, se promediaron los puntajes que incluyen los 21 ítems originales, resultando una media de 6.45 ($DE = 5.80$). Tras la eliminación de los ítems 16 y 18 (correspondientes al estudio de validación), relativos a la medición de los cambios en el patrón de sueño y el apetito (correspondientes a la subescala de síntomas somático-motivacionales), la sintomatología depresiva siguió situándose en el mismo nivel de severidad mínima ($M = 4.64, DE = 5.09$) (Tabla 1). Por otro lado, al calcularse las diferencias entre las medias del BDI-II con 21 y 19 ítems, se obtuvo un tamaño del efecto pequeño de forma global ($d = 0.29$), incluso en mujeres ($d = 0.45$) y hombres ($d = 0.23$). En el caso de las mujeres, el tamaño del efecto se acercó a uno mediano ($d = 0.45$), por lo que se optó por eliminar los dos ítems mencionados, con el fin de tener mayor certeza en los resultados. Así, tanto hombres ($M = 3.40, DE = 5.08$) como mujeres ($M = 5.88, DE = 4.82$) reportaron niveles mínimos de sintomatología depresiva (> 13) (Tabla 2).

Por otro lado, se consideró oportuno evaluar el tamaño del efecto, eliminando, además de los ítems 16 y 18, el ítem 20, relacionado con el cansancio, para observar la magnitud de las diferencias entre el instrumento de 19 ítems y el de 18 ítems, con lo cual se concluyó que no existe variación en los promedios (Tabla 1) y que el tamaño del efecto de las diferencias no es sustancial ($d = 0.1 < 0.20$), por lo que los resultados se siguen estimando con el de 19 ítems.

Al estimar la prueba rangos con signo de Wilcoxon, se identificaron diferencias significativas entre sexos en las subescalas de síntomas cognitivo-afectivos y somático-motivacionales. Tal como se observa en la tabla 3, en los primeros se reflejan diferencias pequeñas ($W = -3.56, p = 0.001; d = -0.37$), mientras que en los segundos, diferencias medianas ($W = -4.18, p = 0.001; d = -0.57$).

TABLA 3
Descriptivos del puntaje de las subescalas del BDI-II por sexo

Variable	Sexo	Mín.	Máx.	Media	Mediana	DE	z*	P	d
Cognitivo-afectivos	Mujer	0	15	2.81	2	3.16	-3.56	0.001	-0.37
	Hombre	0	22	1.65	0	3.00			
Somático-motivacionales	Mujer	0	9	3.06	3	2.17	-4.18	0.001	-0.57
	Hombre	0	13	1.74	1	2.38			

Nota: Mín. = mínimo. Máx. = máximo. * Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. p = significancia asintótica bilateral. d = tamaño del efecto. DE = desviación estándar
 Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, la tabla 4 contiene los análisis de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, estimándose diferencias significativas (< 0.05) entre las parejas primerizas. A su vez, las diferencias en la variable de estrés percibido son pequeñas, y medianas en síntomas depresivos.

TABLA 4
Diferencias por sexo según sintomatología depresiva y estrés percibido

Variables	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon		
	Z	p	d
Síntomas depresivos ^a	-4.58	0.001	0.50
Estrés percibido	-2.58	0.010	0.31

Nota: a = Escala 19 ítems. p = significancia asintótica bilateral. d = tamaño del efecto.
 Fuente: Elaboración propia

Aunque no era objetivo de este estudio, se analizaron descriptivamente características sociodemográficas en relación con las variables de depresión y estrés. La tabla 5 contiene la distribución de frecuencias, tomando en cuenta el estado civil, la actividad socioeconómica y el trimestre del embarazo en el que se encontraba la muestra total ($n = 188$). Se identificó que la unión libre y dedicarse a labores domésticas son variables que poseen más casos de sintomatología depresiva de mínima a severa, así como estrés percibido. Del mismo modo, al analizar el tiempo de gestación en el que se encontraba la muestra ($n = 188$), se encontró mayor frecuencia de casos en el tercer trimestre.

TABLA 5
Frecuencia de la sintomatología depresiva y estrés percibido, por niveles de severidad y datos sociodemográficos

		Síntomas depresivos				Estrés
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo	> 28
Estado civil	Casados	23	1	0	0	1
	Unión libre	138	23	2	1	15
Actividad socioeconómica	Labores domésticas	57	13	2	0	9
	Empleo formal	59	5	0	0	0
	Empleo informal	22	2	0	1	4
	Desempleo	11	2	0	0	1
	Otra situación	12	2	0	0	2
Trimestre del embarazo	1 (Semana 1 – 12)	29	1	0	1	3
	2 (Semana 13 – 28)	59	15	0	0	11
	3 (Semana 29 – 40)	73	10	0	0	2

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Con relación al segundo objetivo, se efectuaron correlaciones de Spearman, encontrándose relaciones lineales positivas y significativas entre el estrés percibido y los síntomas depresivos en el grupo de mujeres ($r_s = 0.48, p = 0.001$) y en el de hombres ($r_s = 0.47, p = 0.001$). A su vez, la correlación entre sexos se comportó de la misma manera en las variables de estrés percibido ($r_s = 0.26, p = 0.001$) y sintomatología depresiva ($r_s = 0.30, p = 0.001$).

Discusión

De acuerdo con el primer objetivo planteado de evaluar los niveles de estrés percibido y síntomas depresivos en parejas durante el embarazo, se concluye que la hipótesis se apoya parcialmente, ya que, si bien ambos grupos se encuentran por debajo de los puntos de corte, las madres primerizas presentan puntajes medios más altos que los padres primerizos, tal como informan otros hallazgos que manifiestan una mayor afectación emocional en las mujeres durante la transición a la maternidad (Baltoni et al., 2020).

Así, al considerar los puntos de corte relativos al estrés percibido establecidos por Aneja et al. (2018) de ≥ 28 , se encuentra que tanto las madres como los padres primerizos se ubican en niveles no significativos de estrés percibido. Con lo anterior, se concluye que solamente el 10.60% ($n = 10$) de las mujeres y el 6.40% ($n = 6$) de los hombres experimentan un estrés severo o significativo durante el embarazo primerizo. Aunado a esto, es importante tomar en cuenta el punto de corte > 30 de Moral et al. (2011), porque concierne a población mexicana (amas de casa); así, la prevalencia en madres primerizas se reduce a 5.31% ($n = 5$), mientras que en los padres es del 3.19% ($n = 3$), lo cual se debe a que las puntuaciones se concentran mayoritariamente en niveles poco significativos de estrés percibido.

A pesar de ello, se reconoce que el hecho de que las mujeres exhiban puntajes medios más altos que los padres, sigue siendo congruente con otros hallazgos en los que, además, se informa una relación del estrés con una mayor fatiga a causa de la mala calidad del sueño, pero durante el posparto (Loutzenhiser et al., 2015). En oposición, hay estudios que, aunque presentan diferencias significativas similares a las nuestras, señalan que los padres primerizos perciben un mayor estrés, explicado por un escaso bienestar sexual que logra afectar la calidad de la relación de pareja durante el embarazo (Tavares et al., 2019).

Cuando se contrastaron los promedios con otros hallazgos y muestras, se identificó que en el presente estudio son menores, además, que las variables que explican el estrés percibido son principalmente la falta de apoyo y reconocimiento, experimentación de cansancio y expresión de ira, así como una preocupación por el nacimiento de una niña asociado al contexto sociocultural (Aneja et al., 2018; Moral et al., 2011). Sin embargo, Wang y Chen (2006), quienes obtuvieron promedios similares al presente estudio, explican el estrés por la percepción de un menor apoyo social, tal como se ha encontrado en otras investigaciones que señalan la correlación inversa entre el apoyo social de pareja y el estrés percibido (Reyna-Martínez et al., 2020); a su vez, el estrés percibido y la satisfacción de la relación de pareja, ya que el hecho de sentir apoyo y amor permite manejar de mejor forma los estresores diarios cuando se espera el nacimiento de un hijo (Kumar et al., 2021). Así que, a pesar de que el estudio es descriptivo correlacional, se hipotetizó que la percepción y satisfacción del apoyo emocional (muestras de afecto, amor y compañía) e instrumental (ayuda en labores domésticas y resolución de problemas) por parte de la pareja resulta ser un factor protector para la presencia del estrés tanto en las madres como en los padres primerizos mexicanos.

Como se indicó anteriormente, dentro del mismo objetivo se evaluaron los niveles de síntomas depresivos, y los resultados arrojaron que ambos padres se ubican en el nivel de *nada a mínimo* acorde al BDI-II (Beck et al., 1961; Estrada et al., 2015). Al utilizarse el punto de corte de > 13 , que va de un nivel *leve a severo*, se identificó que solamente el 21.3% ($n = 20$) de las mujeres y el 9.6% ($n = 7$) de los hombres experimentan dicha sintomatología. Pero al recurrir al punto de corte de 12 (O'Hara, 1995), el porcentaje se incrementó ligeramente a 24.5% ($n = 23$) en mujeres embarazadas y 11.7% ($n = 11$) en padres primerizos.

Evidentemente, existe una mayor frecuencia de casos ubicados debajo del punto de corte 12, pero por el alcance del estudio no se pueden concluir factores de riesgo para la presencia de síntomas leves a severos de depresión. No obstante, la literatura indica que tanto en padres como en madres existe una influencia de la tensión económica, desempleo, menor satisfacción y mala relación diádica, inactividad física, edad avanzada, mala calidad del sueño durante el embarazo, así como la vivencia de eventos estresantes en los últimos seis meses previos al embarazo (Da Costa et al., 2015; Ghaffar et al., 2017; Roubinov et al., 2014).

Los resultados arrojados apoyan la hipótesis sobre las diferencias entre sexos, determinándose una predominancia de sintomatología depresiva en mujeres, lo que coincide con informes mundiales (WHO, 2017), así como con estudios en los que se ha utilizado el BDI-II, tal como en estudiantes universitarios y muestras no clínicas mexicanas (Amr et al., 2008; Estrada et al., 2015). En cuanto a prevalencias, se encontró que los hallazgos del presente estudio son similares a los reportados por Delgado-Quiñones et al. (2015) del 23.3% en mujeres mexicanas tanto multigestas como primigestas. Sin embargo, la muestra difiere en aspectos sociodemográficos en los que predominan los estudios superiores, la inserción en algún empleo y edades comprendidas entre los 15 a los 41 años. Otras prevalencias presentadas en otros estudios han sido más altas, por ejemplo, en primerizas estadounidenses es del 32.1% (Paulson et al., 2016); incluso en mexicanas primerizas y multigestas del 36.8%, encontrándose factores de riesgo, tales como multiparidad, pensamientos suicidas, cohabitación, más años de educación y vivencia del segundo trimestre de embarazo (Lara et al., 2009). Respecto a los padres primerizos, los porcentajes son congruentes con Parfitt y Ayers (2014), además de Escribà-Agüir y Artazcoz (2011), quienes presentan prevalencias menores en hombres respecto a las mujeres, del 6.5 al 7.5% y del 10% respectivamente. Finalmente, los resultados del presente estudio en padres son semejantes a los de Paulson y Bazemore (2010), con el 10.4%, y Cameron et al. (2016), con el 8.4%.

Es importante destacar la sugerencia de estudios antecedentes de cuidar metodológicamente la sobreestimación de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas, con el fin de establecer criterios que no afecten las prevalencias (Navarrete et al., 2012). En este sentido, se consideró oportuno excluir de la investigación a participantes que contaran con un trastorno depresivo o psiquiátrico antes y durante el embarazo, ya que se sabe que las mujeres son más propensas a sufrir episodios depresivos cuando han padecido dicho cuadro clínico seis meses previos a la gestación (Yonkers et al., 2011). Incluso, excluimos del estudio a menores de edad, debido a que se ha determinado que la vivencia de la preadolescencia y adolescencia son etapas críticas y predictoras de altos índices de depresión prenatal (Kamalak et al., 2016).

Otro aspecto metodológico que se cuidó en esta investigación va de la mano de las recomendaciones de Brodey et al. (2016) y Elliott et al. (1983), en lo referente a la precaución de evaluar síntomas que pueden presentarse naturalmente durante el embarazo, tales como cambios en el apetito y el sueño. Tomando en cuenta lo anterior, se llevaron a cabo tres análisis descriptivos para determinar el instrumento que arrojara las prevalencias, encontrándose que el BDI-II de 19 ítems, que excluye los ítems 16 (sueño) y 18 (apetito), resultó adecuado al determinarse que no existe variación entre los promedios de dicha versión y la escala con 18 ítems; por lo que es importante destacar que se utilizó el mismo instrumento en ambos grupos para preservar la homogeneidad de las mediciones. En este sentido, al evaluarse independientemente los factores somático-motivacional y cognitivo-afectivo de esta variable, se estableció que las mujeres embarazadas experimentan una mayor afectación que los padres en ambas dimensiones, pero como era de esperar, los síntomas somático-motivacionales fueron más predominantes.

El segundo objetivo se respalda por las correlaciones linealmente positivas y significativas entre la sintomatología depresiva y el estrés percibido entre las madres y los padres primerizos, lo cual se suma a los hallazgos que refieren una correlación entre ambas variables, pero adicionalmente señalan que es explicado por una menor satisfacción diádica (Baldoni et al., 2020). De igual modo, se concluye que al haber correlaciones significativas y positivas entre ambos grupos, se presenta una sincronía diádica del malestar emocional, es decir, cuando uno de los padres presenta síntomas depresivos y estrés percibido, el otro también lo hace, como lo manifiestan otros investigadores (Da Costa et al., 2015; Da Costa et al., 2017; Edward et al., 2015; Field et al., 2006; Goodman, 2004; Gressier et al., 2015; Kim y Swain, 2007; Madsen y Juhl, 2007; Schumacher et al., 2008; Séjourné et al., 2012).

Se concluye el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación. En resumen, a pesar de que mayoritariamente ambos padres se ubican en niveles mínimos de depresión y por debajo de los puntos de corte propuestos para el estrés percibido, los resultados arrojaron mayores puntajes y prevalencias en las mujeres embarazadas. Ante esto, se argumenta que las madres son más vulnerables a los cambios durante la transición a la maternidad que los padres, porque ellas son las que se encuentran embarazadas (Meier et al., 2020) y pasan por cambios biológicos y emocionales inducidos por hormonas (Lee et al., 2021), siendo importante el apoyo de la pareja en momentos de estrés para que se aminore (Meier et al., 2020).

Asimismo, en cada submuestra, las correlaciones son indicativas de que a mayor estrés mayor depresión o viceversa. Igualmente, se distingue que a medida que uno de los miembros de la pareja experimente estrés y depresión, también el otro lo hace. Esto lleva a recomendar lo que otros autores han sugerido sobre la observación de los datos desde una perspectiva diádica, tomando en cuenta que existen variables psicológicas que pueden ser un factor de riesgo para la salud mental de la pareja durante el embarazo (Mangialavori et al., 2019).

Las limitaciones del estudio se relacionan con el tamaño muestral y sus características, ya que participaron parejas pertenecientes a un sector socialmente vulnerable incluidos en un programa de aseguramiento sanitario voluntario. En este sentido, los resultados no se pueden generalizar y se propone el estudio de las variables en otros sectores de la población mexicana. Por otro lado, se emplearon medidas de autoinforme que no fueron diseñadas para el embarazo, pero el BDI-II ha sido utilizado en estudios similares (Brodey et al., 2016; Lam et al., 2009; Su et al., 2007). Metodológicamente, fue acertado el empleo de una escala que

evaluara sintomatología depresiva tanto en hombres como en mujeres, con la eliminación de dos ítems, lo cual se justificó previamente en este informe. Aun así, se recomienda el uso de la subescala cognitiva-afectiva porque brinda información particular no solo de la severidad de la tristeza, sino sobre los pensamientos suicidas que resultan ser aspectos cognitivos más graves. En todo caso, se reconoce que en general el estudio arrojó información acerca de la severidad de la sintomatología, pero se sugiere el uso de entrevistas clínicas para descartar un trastorno depresivo. Otra limitación se concentró en el tipo de estudio, por no poder determinarse causalidades, lo que restringió el establecimiento de variables que afectan directa o indirectamente las variables indagadas.

Entre las fortalezas se destaca la inclusión de la díada en el estudio, ya que la mayor parte de las investigaciones se concentran en las madres para evaluar diversas variables psicológicas como el estrés y la depresión prenatal (Lee et al., 2021). Como se mencionó anteriormente, se utilizaron instrumentos validados en población mexicana; asimismo, se eliminaron las parejas que informaron una condición psiquiátrica antes y durante el embarazo, para conservar la equivalencia de los subgrupos y reportar prevalencias.

Por último, los resultados poseen implicaciones teóricas que apoyan otros informes, al seguir ubicando a las mujeres en prevalencias más elevadas que los hombres. Por otra parte, la integración de la pareja aporta conocimiento sobre el malestar psicológico que pueden enfrentar los padres primerizos durante la transición a la paternidad, lo cual suma a los hallazgos ya divulgados sobre este evento vital estresante. La visión diádica aporta conocimiento acerca de la sincronía entre las madres y padres primerizos, sugiriendo mayores estudios relacionados con los factores de riesgo para la presencia de estrés percibido y depresión.

Las implicaciones prácticas de esta investigación se relacionan con la implementación de intervenciones psicológicas para parejas primerizas, sugiriéndose la evaluación del contenido cognitivo que desencadena la sintomatología depresiva y el estrés durante la etapa transicional, con el fin de brindar un tratamiento oportuno que impacte favorablemente su salud mental.

Referencias

- Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Dyadic Coping and Dyadic Adjustment in Couples with Women with High Depressive Symptoms During Pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 504-518. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1490496>
- Amr, M., El Gilany, A., & El-Hawary, A. (2008). Does Gender Predict Medical Students' Stress in Mansoura, Egypt? *Medical Education Online*, 13, 12. <https://doi.org/10.3885/meo.2008.Res00273>
- Aneja, J., Chavan, B. S., Huria, A., Goel, P., Kohli, N., & Chhabra, P. (2018). Perceived Stress and its Psychological Correlates in Pregnant Women: An Indian Study. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(3), 268-279. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1364284>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Panamericana.
- Baldoni, F., Giannotti, M., Casu, G., Luperini, V., & Spelzini, F. (2020). A Dyadic Study on Perceived Stress and Couple Adjustment During Pregnancy: The Mediating Role of Depressive Symptoms. *Journal of Family Issues*, 41(11), 1935-1955. <https://doi.org/10.1177/0192513X20934834>
- Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archive of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39978>
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Pires, M., & Nunes, O. (2019). Dyadic Coping, Marital Adjustment and Quality of Life in Couples During Pregnancy: An Actor-Partner Approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 49-59. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578950>

- Brodey, B. B., Goodman, S. H., Baldasaro, R. E., Brooks-DeWeese, A., Wilson, E. M., Brodey, I. S. B., & Doyle, N. M. (2016). Development of the Perinatal Depression Inventory (PDI)-14 Using Item Response Theory: A Comparison of the BDI-II, EPDS, PDI, and PHQ-9. *Archives of Women's Mental Health, 19*(2), 307-316. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0553-9>
- Burke, C. T., & Perndorfer, C. C. (2015). Negative Emotional Responses to Motherhood-Related Support Receipt During Pregnancy Predict Postpartum Depressive Symptoms. *Anxiety, Stress and Coping, 29*(5), 580-588. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1092023>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomforh-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of Paternal Depression in Pregnancy and the Postpartum: An Updated Meta-Analysis. *Journal Affective Disorders, 206*, 189-203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Cankorur, V. S., Abas, M., Berksun O., & Stewart, R. (2015). Social Support and the Incidence and Persistence of Depression Between Antenatal and Postnatal Examinations in Turkey: A cohort study. *BMJ Open, 5*(4), e006456. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006456>
- Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo, E., Medina-Peralta, G., Madera-Gamboa, J. y Fernández-Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 48*(1), 71-74. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36884>
- Clout, D., & Brown, R. (2015). Sociodemographic, Pregnancy, Obstetric, and Postnatal Predictors of Postpartum Stress, Anxiety and Depression in New Mothers. *Journal of Affective Disorders, 188*, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.054>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (1999). Variations in Stress Levels Over the Course of Pregnancy: Factors Associated with Elevated Hassles, State Anxiety and Pregnancy-Specific Stress. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(6), 609-621. [https://doi.org/10.1016/S0022.3999\(99\)00064-1](https://doi.org/10.1016/S0022.3999(99)00064-1)
- Da Costa, D., Zekowitz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., Hennegan, K., & Khalifé, S. (2015). Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. *American Journal of Men's Health, 11*(5), 1376-1384. <https://doi.org/10.1177/1557988315606963>
- Da Costa, D., Zekowitz, P., Letourneau, N., Howlett, A., Dennis, C. L., Russell, B., Grover, S., Lowensteyn, I., Chan, P., & Khalifé, S. (2017). HealthyDads.ca: What do Men Want in a Website Designed to Promote Emotional Wellness and Healthy Behaviors During the Transition to Parenthood? *Journal of Medical Internet Research, 19*(10), e325. <https://doi.org/10.2196/jmir.7415>
- Davé, S., Peterson, I., & Sherr, L. (2010). Incidence of Maternal and Parental Depression in Primary Care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164*(11), 1038-1044. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.184>
- De Castro, F., Place, J. M., Allen-Leigh, B., Rivera-Rivera, L., & Billings, D. (2016). Provider Report of the Existence of Detection and Care of Perinatal Depression: Quantitative Evidence from Public Obstetric Units in Mexico. *Salud Pública de México, 58*(4), 468-471. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i4.8028>
- Delgado-Quiñones, E. G., López-Trejo, L. A., Mariscal-Rivera, C. E., Hernández-Rivera, L. N. y Orozco-Sandoval, R. (2015). Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica MD, 6*(4), 237-241. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=106029>
- Edhborg, M., Carlberg, M., Simon, F., & Lindberg, L. (2016). Waiting for Better Times: Experiences in the First Postpartum Year by Swedish Fathers with Depressive Symptoms. *American Journal of Men's Health, 10*(5), 428-439. <https://doi.org/10.1177/1557988315574740>
- Edward, K., Castle, D., Mills, C., Davis, L., & Casey, J. (2015). An Integrative Review of Paternal Depression. *American Journal of Men's Health, 9*(1), 26-34. <https://doi.org/10.1177/1557988314526614>

- Elliott, S. A., Rugg, A. J., Watson, J. P., & Brough, D. I. (1983). Mood Changes During Pregnancy and After the Birth of a Child. *British Journal of Clinical Psychology*, 22(4), 295-308. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1983.tb00616.x>
- Escribà-Agüir, V., & Artazcoz, L. (2011). Gender Differences in Postpartum Depression: A Longitudinal Cohort Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(4), 320-326. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.085894>
- Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R. y González, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppm>
- Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., & Ascencio, A. (2006). Prenatal Paternal Depression. *Infant Behavior and Development*, 29(4), 579-583. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.07.010>
- Ghaffar, R., Iqbal, Q., Khalid, A., Saleem, F., Hassali, M. A., Baloch, N. S., & Bashaar, M. (2017). Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BioMed Central Women's Health*, 17, 51. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0411-1>
- Goletzke, J., Kocalevent, R. D., Hansen, G., Rose, M., Becher, H., Hecher, K., Arck, P. C., & Diemert, A. (2017). Prenatal Stress Perception and Coping Strategies: Insights from a Longitudinal Prospective Pregnancy Cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 102, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.002>
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Factor Structure of Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006466>
- Goodman, J. H. (2004). Paternal Postpartum Depression, its Relationship to Maternal Postpartum Depression, and Implications for Family Health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Gressier, F., Tabat-Bouher, M., Cazas, O., & Hardy, P. (2015). Dépression Paternelle du Post-Partum: Revue de la Littérature. *La Presse Médicale*, 44(4), 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.022>
- Hammarlund, K., Andersson, E., Tenenbaum, H., & Sundler, A.J. (2015). We are Also Interested in How Fathers Feel: A Qualitative Exploration of Child Health Center Nurses' Recognition of Postnatal Depression in Fathers. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 15, 290-296. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0726-6>
- Kamalak, Z., Köşüş, N., Köşüş, A., Hizli, D., Akçal, B., Kafali, H., Canbal, M., & Isaoglu, Ü. (2016). Adolescent Pregnancy and Depression: Is There an Association? *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 43(3), 427-430. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27328506/>
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Review: Sad Dads: Paternal Postpartum Depression. *Psychiatry*, 42(2), 35-47. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20805898/>
- Kumar, S. A., Brock, R. L., & DiLillo, D. (2021). Partner Support and Connection Protect Couples During Pregnancy: A Daily Diary Investigation. *Journal of Marriage and Family*, 84(2), 494-514. doi: 10.1111/jomf.12798
- Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Cuesta, F., Gutiérrez C., Neyra, M., Gil, E. y Córdova, G. (2009). Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(1), 28-32. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-5583200900010005
- Lara, M. A., Le, H. N., Letechipia, G., & Hochhausen, L. (2009). Prenatal Depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 567-576. <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0379-4>
- Lara, M. A. y Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*, 35(1), 57-62. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam121i.pdf>
- Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2016). Prenatal Predictors of Postpartum Depression and Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Mothers: A Longitudinal Study. *Archives Women's Mental Health*, 19, 825-834. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0623-7>

- Lee, M., Kim, Y. S., & Lee, M. K. (2021). The Mediating Effect of Marital Intimacy on the Relationship Between Spouse-Related Stress and Prenatal Depression in Pregnant Couples: An Actor-Partner Interdependent Model Test. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(2), E487. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020487>
- Loutzenhiser, L., McAuslan, P., & Sharpe, D. P. (2015). The Trajectory of Maternal and Paternal Fatigue and Factors Associated with Fatigue Across the Transition to Parenthood. *Clinical Psychologist*, 19(1), 15-27. <https://doi.org/10.1111/cp.12048>
- Madsen, S. A., & Juhl, T. (2007). Paternal Depression in the Postnatal Period Assessed with Traditional and Male Depression Scales. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(1), 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.10.017>
- Mangialavori, S., Terrone, G., Cantiano, A., Franquillo, A. C., Di Scalea, G. L., Ducci, G., & Cacioppo, M. (2019). Dyadic Adjustment and Prenatal Parental Depression: A Study with Expectant Mothers and Fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(10), 860-881. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.10.860>
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. F., Izquierdo-Méndez, N., Olivares-Crespo, M. E. y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28(2), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
- Matthey, S. (2011). Assessing the Experience of Motherhood: The Being a Mother Scale (BAM-13). *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 142-152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.032>
- Meier, F., Milek, A., Rauch-Andereg, V., Benz-Fragnière, C., Nieuwenboom, J. W., Schmid, H., Halford, W. K., & Bodenmann, G. (2020). Fair Enough? Decreased Equity of Dyadic Coping Across the Transition to Parenthood Associated with Depression of First-Time Parents. *PloS One*, 15(2), e0227342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227342>
- Moral, J., González, M. T. y Landero, R. (2011). Estrés percibido ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 123-143. <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507001.pdf>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Manual Moderno.
- Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E. y Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*, 64(6), 625-633. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42769>
- Navarro, A., Torres, S., Subirá, S. y García-Esteve, L. (2017). Epidemiología de los trastornos perinatales. En L. García-Esteve y M. Valdés, *Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia* (pp. 43-55). Panamericana.
- O'Hara, M. W. (1995). *Postpartum Depression. Causes and Consequences*. Springer-Verlag.
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to Parenthood and Mental Health in First-Time Parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263-273. <https://doi.org/10.1002/imhj.21443>
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and its Association with Maternal Depression: A Meta-Analysis. *JAMA*, 303(19), 1961-1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Goodman, J. H., & Leiferman, J. A. (2016). The Course and Interrelationship of Maternal and Paternal Perinatal Depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 655-663. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0598-4>
- Peñacoba-Puente, C., Carmona-Monge, F. J., Marín-Morales, D., & Naber, K. (2012). Coping Strategies of Spanish Pregnant Women and their Impact on Anxiety and Depression. *Research in Nursing & Health*, 36(1), 54-64. <https://doi.org/10.1002/nur.21513>
- Quezada, L. C. y González, M. T. (2012). El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. *Psicología del Caribe*, 29(1), 19-46. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3270/9194>
- Reyna-Martínez, M., González, M. T. y Vanegas, M. (2020). Adaptación de la escala de apoyo social familiar y de amigos (AFA-R) como medida del apoyo social de pareja en mujeres mexicanas embarazadas. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.06.004>

- Roubinov, D. S., Luecken, L. J., Crnic, K. A., & Gonzales, N. A. (2014). Postnatal Depression in Mexican American Fathers: Demographic, Cultural, and Familial Predictors. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 360-368. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.038>
- Sainz, K. G., Chávez, B. E., Díaz, M. E., Sandoval, M. A. y Robles, M. A. (2013) Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*, 20(1), 25-27. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30082-7)
- Schumacher, M., Zubaran, C., & White, G. (2008). Bringing Birth-Related Paternal Depression to the Fore. *Women and Birth*, 21(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.03.008>
- Secretaría de Gobernación. (2014). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*. 02 de abril de 2014. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
- Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M., & Chabrol, H. (2012). Intensité de la Dépression Postnatale dans un Échantillon de Pères Français. *Psychologie Française*, 57(3), 215-222. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.009>
- Su, K. P., Chiu, T. H., Huang, C. L., Ho, M., Lee, C. C., Wu, P. L., Lin, C. Y., Liao, C.H., Liao, C. C., Chiu, W. C., & Pariante, C. M. (2007). Different Cutoff Points for Different Trimesters? the Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to Screen for Depression in Pregnant Taiwanese Women. *Gen Hosp Psychiatry*, 29(5), 436-441. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.05.005
- Tavares, I. M., Schlagintweit, H. E., Nobre, P. J., & Rosen, N. O. (2019). Sexual Well-Being and Perceived Stress in Couples Transitioning to Parenthood: A Dyadic Analysis. *International Journal Clinical and Health Psychology*, 19(3), 198-208. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.004>
- Valdés, M. & García-Esteve, Ll. (2017). Estrés prenatal materno. En Ll. García-Esteve, y M. Valdés (Eds.), *Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia* (pp. 43-55). Panamericana.
- Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2006). Psychosocial Health of Taiwanese Postnatal Husbands and Wives. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 303-307. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.012>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. World Health Organization.
- World Medical Association [WMA]. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yonkers, K. A., Gotman, N., Smith, M. V., Forray, A., Belanger, K., Brunetto, W. L., Lockwood, C. J. (2011). Does antidepressant use attenuate the risk of a major depressive episode in pregnancy? *Epidemiology*, 22(6), 848-854. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3182306847>

Notas

- 1 Este trabajo es producto de la beca brindada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) en la convocatoria de Becas Nacionales otorgada para la realización de estudios de Doctorado en Filosofía con orientación en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Las autoras agradecen a la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila, México, por el apoyo y facilidades para llevar a cabo el estudio.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Para citar este artículo / To cite this article / Para citar este artigo: Reyna-Martínez, M., González-Ramírez, M.T. y Vanegas-Farfano, M.T. (2022). Depresión y estrés percibido en una muestra de parejas mexicanas durante el embarazo primerizo. *Pensamiento Psicológico*, 20, 1-16. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI20.deep