

Original

## Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana

Paulina Rodríguez Leis y Rodrigo Flores Gallegos\*

Facultad de Psicología y Neurociencias, Universidad de Maastricht, Maastricht, Países Bajos



### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de noviembre de 2017

Aceptado el 21 de marzo de 2018

On-line el 22 de abril de 2018

#### Palabras clave:

Embarazo  
Apoyo social  
Ansiedad  
Estrés  
Depresión  
Población mexicana

### R E S U M E N

El propósito de la investigación es encontrar si hay diferencias significativas en los niveles de estrés, depresión y ansiedad entre mujeres embarazadas que perciben apoyo social y aquellas que no. A la par, conocer dichos niveles de ansiedad, depresión, estrés, y si la percepción de apoyo social incrementa o disminuye dependiendo del trimestre de embarazo, embarazos previos, ingesta de alcohol, entre otros factores externos. La muestra consistió en 227 mujeres embarazadas que visitaron un hospital o clínica privada. Se encontró que el apoyo social percibido, emocional y de confianza está correlacionado significativamente con los niveles de ansiedad, estrés y depresión. Se encontró una correlación positiva entre el nivel de educación y el apoyo emocional percibido. Se detectaron diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo social entre mujeres que se encontraban embarazadas por primera vez y aquellas que tuvieron embarazos previos. Se halló una correlación positiva entre mujeres que tomaban alcohol durante el embarazo y la ansiedad, donde las que ingerían mayor cantidad presentaban niveles más altos de ansiedad. Al mismo tiempo, se demostró que el apoyo social de confianza percibido se encuentra relacionado con ansiedad y depresión en una forma negativa.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Relationship between social support, stress, anxiety and depression during pregnancy in a specific mexican population

#### A B S T R A C T

The purpose of the present research was to find if there is a significant difference in stress, depression and anxiety levels between pregnant women who perceived social support versus those who did not. Another aim was to analyse their levels of anxiety, depression and stress and whether perceived social support varied depending on the trimester of pregnancy, history of pregnancies, and alcohol intake, among other factors. The sample consisted of 227 pregnant women who attended a private hospital and medical clinic. It was found that perceived social, emotional, and confidential support are significantly correlated with levels of stress, anxiety and depression. There is a significant positive correlation between the level of education and perceived emotional, confidential and social support. Differences between levels of stress, anxiety, and social support were found between women who were pregnant for the first time and those who had been previously pregnant. A positive correlation was found between women who drank alcohol during pregnancy and anxiety, a higher alcohol intake showed higher levels of anxiety. Confidential social support was negatively correlated with anxiety and depression.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

#### Keywords:

Pregnancy  
Social support  
Anxiety  
Stress  
Mexican population

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rodrigofloga@gmail.com](mailto:rodrigofloga@gmail.com) (R. Flores Gallegos).

El embarazo es una experiencia de vida con demandas, restricciones y un porvenir incierto (Norbeck y Peterson, 1983). Puede ser un periodo crítico en la vida de la mujer en el cual experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales que requieren de un constante proceso de adaptación, que pueden desencadenar problemas emocionales o psicológicos (Heron, O'Connor, Evans, Golding y Glover, 2004). Las manifestaciones psicológicas relacionadas con el embarazo se encuentran asociadas a factores individuales o externos, tales como: sociodemográficos (edad, nivel de educación, ocupación, estatus marital), estabilidad emocional, actitudes hacia la feminidad, la relación de pareja, actitudes correspondientes a su cultura local, preparación para la maternidad, apoyo social, historial psicológico, presencia o ausencia de un hijo, embarazos previos y abortos (Chou, Avant, Kuo y Fetzer, 2008). De lo anterior, es común que se detecte ansiedad, depresión y estrés entre mujeres embarazadas.

Se ha encontrado una relación positiva entre altos y prolongados niveles de ansiedad y la agravación de síntomas depresivos, abortos espontáneos y un incremento en el riesgo de suicidio (Heron et al., 2004). Mayo Clinic, 2015 De acuerdo con la Fundación Clínica Mayopara la Educación e Investigación Médica (2015), algunos de los síntomas más comunes de ansiedad son constante nerviosismo, sentimientos de impotencia, sensación de pánico, aumento inesperado e inexplicado del ritmo cardíaco, sudoración, sensación de debilidad y cansancio, así como dificultad para concentrarse en actividades diarias. Estudios mostraron que los niveles altos de ansiedad materna son uno de los mayores factores causales del desarrollo de depresión prenatal (Heron et al., 2004; Glynn, Schetter, Hobel y Sandman, 2008).

De acuerdo con el Departamento de Salud de Nueva York (2006), la depresión prenatal es parte de la angustia que se sufre durante el embarazo, donde se presentan diferentes aflicciones. Dichas condiciones pueden ocurrir de forma singular o multifacética. Algunos de los síntomas tienden a presentarse de forma usual en la mayoría de los embarazos por un periodo específico. Ciertos síntomas generales son llanto constante, dificultad para dormir, fatiga inusual, falta o exceso de apetito, disminución de goce en las actividades, ansiedad y poco vínculo con el feto. Investigaciones establecen que cerca del 20% de las mujeres muestra alteraciones en su estado de ánimo durante el embarazo, del cual el 12.7% declara tener episodios de depresión mayor (Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer, Gartlehner y Swinson, 2005).

Por otro lado, algunos estudios han definido el estrés prenatal-maternal como un agregado de estado emocional negativo y eventos o condiciones estresantes durante el embarazo. La evidencia indica que las mujeres que experimentan altos niveles de estrés psicosocial durante el embarazo corren el riesgo de un inicio de parto espontáneo o prematuro y un bebé de bajo peso al nacer (Lobel, 1994; Stanton, Lobel, Sears y deLuca, 2002; Wadhwa, Clubane, Rauh y Barve, 2001). Los resultados de la investigación realizada por Gagné et al. (2015) indican que el banco de recursos psicosociales preexistentes de una madre amortigua los efectos de los problemas médicos infantiles al nacer en los resultados del desarrollo infantil a los 12 meses posparto.

A pesar de que el embarazo puede presentar diversos cambios en la mujer, también llega a ser gratificante cuando hay apoyo apropiado y suficiente de las personas que se encuentran alrededor de ella. El apoyo social ha sido identificado como un factor importante durante el embarazo, afectando de manera directa sobre los síntomas de estrés, ansiedad y depresión. De acuerdo con Dunkel-Schetter y Brooks (2009), el apoyo social puede ser dividido en 2 áreas: apoyo emocional, el cual se refiere al reaseguramiento, la motivación y la comprensión recibidos por otros, y apoyo de confianza, definido como el cuidado y la preocupación de otros hacia la persona. La percepción positiva de apoyo social ha sido asociada

con menor ansiedad y depresión posparto en la mujer embarazada, y se ha mostrado que recibir apoyo de la pareja durante el embarazo predice una salud mental prenatal y posnatal (Dennis y Ross, 2006; Robertson, Grace, Wallington y Stewart, 2004). La investigación de Harville, Kaplan, Solivan y Wallace (2015) encontró que las mujeres embarazadas que se encuentran en un estado de alto riesgo y que cuentan con múltiples recursos pueden favorecer la resiliencia. Durante el estudio, las madres reportaron contar con recursos positivos en el ambiente que las rodea, apoyándose en sistemas familiares y de salud, donde se les brindaba un cuidado prenatal. Expresaban tener una sensación positiva de apoyo en su sistema familiar por parte de sus padres, hermanos, así como el padre del bebé, quien brindaba un apoyo emocional y monetario. Los resultados expresaron que la sensación de apoyo durante el embarazo puede disminuir el alto nivel de estrés, brindar un mejor cuidado del recién nacido y una planeación a futuro. Büyükkayaci y Kocak (2013) buscaron determinar el efecto de las percepciones multidimensionales de apoyo social en las mujeres durante su embarazo con el aumento o disminución de la ansiedad. Se descubrió que la actitud del esposo y el ambiente psicosocial afecta directamente al estado psicológico de la mujer embarazada. El apoyo social puede permitir a las mujeres embarazadas sentirse cómodas y apoyadas, disminuyendo el estrés y la ansiedad durante el embarazo (Uchino, 2006; Rini, Dunkel-Schetter, Hobel, Glynn y Sandman, 2006).

Los resultados de la investigación realizada por Semon, Szabó, van Aken y Volling (2017) mostraron que el apoyo social del parentesco materno (KIN) se encuentra negativamente asociado con la longitud de intervalo entre embarazos, donde los niveles altos de apoyo se encuentran asociados con un intervalo entre embarazos más cortos. El apoyo paterno puede, de manera indirecta, afectar al tiempo en el que los padres tienen su segundo embarazo a partir de la diferencia entre el parto del primer hijo y del segundo. Dicha diferencia es influida por una participación más activa del padre dentro de la dinámica familiar. Estos hallazgos subrayan la importancia del cuidado biparental en las familias.

Investigaciones realizadas en China encontraron una correlación lineal negativa entre el apoyo social y el estrés, y entre el apoyo social y los síntomas de depresión durante el embarazo, probando que el apoyo social es un aspecto importante en la asistencia para afrontar situaciones tensas y cambios psicológicos (Ngai y Ngu, 2013).

Existe un valor cultural para las poblaciones latinas llamado «familiarismo», el cual es característico en una sociedad «colectivista» que prioriza calidez, interacción emocional y social positiva, dando lugar y relevancia a las relaciones de familiares cercanos, sin enfocarse únicamente al apoyo emocional de la pareja o compañero (Sabogal, Marin, Otero-Sabogal, VanOss Marin y Pérez-Stable, 1987; Sánchez-Burks, Nisbett e Ybarra, 2000).

La sola percepción de falta de apoyo social puede tener influencia directa sobre los síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Existe una falta de estudios en México que aborden la percepción de apoyo social y su relación con los síntomas de ansiedad, estrés y depresión. La presente investigación consta de un estudio exploratorio correlacional el cual tiene 3 objetivos: el primero busca identificar si las mujeres embarazadas que perciben mayor apoyo social presentan menores niveles de ansiedad, estrés y depresión. El segundo objetivo es conocer si existe alguna diferencia entre el apoyo social percibido, niveles de ansiedad, estrés y depresión ante la influencia que tienen los factores externos de edad, embarazos previos, ingesta de alcohol, nivel educativo y trimestre en el que se encuentra la mujer embarazada, enfocándose en una población mexicana específica. Finalmente, investigar si existen diferencias con estudios realizados en otros países que toman en cuenta las mismas variables, el cual será comentado en el apartado de discusión.

## Metodología

### Participantes

La muestra consistió en 227 mujeres que fueron atendidas en 2 clínicas privadas en la Ciudad de México centradas en Medicina Materno Fetal. La edad de la muestra oscila entre 18–49 años, con una edad media de 32.23 años. Las semanas de embarazo eran entre 6–37, con una media de 20.75 semanas. La mayoría de las participantes se encontraban en su segundo trimestre de embarazo (52.9%), siguiendo el tercero (25.6%) y finalmente el primer trimestre (20.7%). La mayoría de las participantes habían estado previamente embarazadas, solo el 38.3% de ellas se encontraban embarazadas por primera vez. En el caso de complicaciones durante embarazos previos, el 26.4% de las participantes los presentaron y el 60.8% no presentó ninguna. El aborto fue la causa principal de las complicaciones (15%); sin embargo, no se especificó si fueron planeados o espontáneos.

La mayoría de las participantes tuvieron una educación de licenciatura (63%), siguiendo estudios de posgrado (23.3%). El 31.7% de las mujeres embarazadas eran amas de casa, siguiendo con profesiones de marketing y ventas, economía y ciencias sociales. Las horas de trabajo por día eran con mayor frecuencia entre 8 h (16.7%) y 10.1 h por día. De todas las participantes de la muestra, la mayoría no tomaba alcohol durante su embarazo (73.6%) y el 26.4% lo tomaban a lo largo del él. De aquellas mujeres que consumían alcohol durante su embarazo, el 15% consumía una vez por mes y el 7.4% tomaba de 4–6 veces por mes.

### Instrumentos

Se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), la cual consta de 21 preguntas que refieren de manera independiente áreas de depresión, ansiedad y estrés. Dicha prueba consta de una escala Likert, la cual tiene una medición de 0–3 (con opciones de respuesta que van desde *no aplica a mí* a *aplica mucho, la mayor parte del tiempo*). Algunos ejemplos de reactivos son: Sentí que no tenía nada por qué vivir (depresión); sentí que mis manos temblaban (ansiedad); me costó mucho relajarme (estrés). La calificación del instrumento se divide en normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo. A mayor puntaje en cada área, mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad. En el caso de este instrumento, la calificación divide los estados emocionales en 5 categorías: normal (0–4 puntos); leve (5–6 puntos); moderado (7–10 puntos); severo (11–13 puntos) y extremo (mayor a 14 puntos). Para la versión en español, la confiabilidad es  $\alpha = .91$ , para los ítems de depresión  $\alpha = .85$ , los de ansiedad  $\alpha = .73$  y para estrés  $\alpha = .83$ . Al mismo tiempo, se tiene una validez de constructo de los valores estrés ( $r = .62$ ;  $p = .000$ ), ansiedad ( $r = .50$ ;  $p = .000$ ) y depresión ( $r = -.61$ ;  $p = .000$ ) alta (Antúnez y Vinet, 2012).

Para conocer el apoyo social se utilizó la escala de apoyo social de Duke-UNK (versión de 11 ítems), que evalúa el apoyo social percibido en las áreas de pertenencia emocional, simpatía, expresiones afectivas y apoyo de confianza, el cual se refiere a la confianza y la información que la persona comparte. Esta escala tipo Likert tiene una medición de 1–5 (mucho menos de lo que deseo-tanto como deseo). Un ejemplo de los ítems refiere a que recibe visitas de sus amigos y familiares. La confiabilidad interna y la consistencia del instrumento en su versión al español es  $\alpha = .89$  para la escala general,  $\alpha = .87$  para los ítems de apoyo de confianza y  $\alpha = .74$  para las preguntas de apoyo emocional. Su validez muestra una correlación con la escala total ( $r = .69$ ;  $p = .001$ ) (Cuellar y Dresch, 2012). Niveles de puntuación altos (mayor a 32 puntos en la escala de apoyo general; mayor a 15 puntos en emocional y mayor a 18 en confianza) refieren que hay una percepción de apoyo social, emocional y de confianza altos.

Para la presente investigación se llevó un análisis de confiabilidad de los instrumentos, donde Duke-UNK escala de apoyo social y DASS 21 mostraron un nivel alto. La escala general de DASS 21 mostró  $\alpha = .921$ ,  $p = .05$ , donde la depresión mostró  $\alpha = .836$ ,  $p = .05$ , estrés  $\alpha = .862$ ,  $p = .05$  y ansiedad  $\alpha = .738$ ,  $p = .05$ . En el caso de la escala de apoyo social Duke-UNK mostró una confiabilidad general de  $\alpha = .892$ ,  $p = .05$ , apoyo emocional con  $\alpha = .658$ ,  $p = .05$  y apoyo de confianza con  $\alpha = .873$ ,  $p = .05$ .

Para la aplicación de ambas escalas, se brindaba un cuestionario que incluía preguntas sociodemográficas tales como: edad de la mujer, semanas de embarazo, nivel educativo, ocupación, complicaciones durante el embarazo o en embarazos previos, uso de alcohol (número de copas que bebía por semana), si había consumido fármacos durante el embarazo o no, así como si había fumado o no durante su embarazo.

### Procedimiento

Las mujeres embarazadas se presentaban a las clínicas para una revisión médica, la cual consistía mayoritariamente en un ultrasonido. Previo a la aplicación del instrumento, la investigadora o el investigador era presentado por alguna de las enfermeras de las clínicas y a continuación cada participante era guiada a un área silenciosa y cómoda con una mesa y sillas. El investigador brindaba un resumen sobre la investigación y permitía a la paciente leer el formato de consentimiento y decidir si quería participar o no. Se presentaba a las participantes la encuesta, donde se les preguntaba de manera individual si tenían interés en responder el cuestionario y se explicaba el propósito de la investigación en un espacio separado y cómodo. Todas las pacientes respondieron de manera individual, algunas veces junto a sus acompañantes. Tras cumplimentar los cuestionarios, se le agradecía verbalmente a la mujer su participación.

En el procedimiento de investigación se aplicaban los instrumentos, los cuales se presentaban en un cuestionario que incluía preguntas demográficas y sociales tales como: edad, semanas de embarazo, nivel educativo, ocupación, complicaciones durante el embarazo o en embarazos previos, uso de alcohol (número de copas que bebía por semana), fumar durante el embarazo (sí o no) u otras fármacos (sí o no). Dentro de los instrumentos, se encontraba una explicación del estudio que garantizaba la confidencialidad de la información aportada, así como una hoja de consentimiento. La política de privacidad fue realizada acorde con los lineamientos del Comité Ético de Psicología de la Universidad de Maastricht, Países Bajos; quien aprobó esta investigación (Código de registro: ECP-148 01.01.2015). Al mismo tiempo, se tomó en cuenta el tratado de Helsinki para la protección de la dignidad de la persona, el cuidado en la aplicación de las encuestas en personas vulnerables por encontrarse embarazadas y algunas de ellas con fetos con posibilidad de encontrarse enfermos, con antecedentes personales o familiares que les generaban tensión emocional o afectiva (Cantín, 2014).

### Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron registrados de manera anónima, teniendo cada participante un número específico para llevar a cabo las divisiones grupales necesarias y el análisis estadístico. Los resultados fueron analizados con el programa estadístico de análisis SPSS (IBN SPSS estadísticas 21). Con el objetivo de validar los resultados, la mitad de las participantes fueron comparadas con la otra de manera aleatoria, comprobando la confiabilidad de los resultados. Para identificar los niveles de estrés, ansiedad, percepción de apoyo emocional, social y de confianza, se utilizó un análisis de frecuencia, así como un análisis de correlación Pearson con regre-

**Tabla 1**  
Porcentajes de muestra acorde con los niveles de estrés, ansiedad y depresión

Variable	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo
Estrés	74%	10.1%	10.9%	2.7%	2.2%
Ansiedad	72.2%	14.9%	4.0%	5.0%	4.8%
Depresión	85.9%	5.7%	5.2%	.4%	1.7%

**Tabla 2**  
Correlación entre variables (valores r)

Variable	Depresión	Estrés	Ansiedad	AE	AC	AS
Depresión	1	.707*	.715*	-.374*	-.406*	-.405*
Estrés	.707*	1	.715*	-.354*	-.323*	-.336*
Ansiedad	.715*	.715*	1	-.266*	-.272*	-.272*
AE	-.374*	-.354*	-.266*	1	.737	.861
AC	-.406*	-.323*	-.272*	.737*	1	.937*
AS <sup>c</sup>	-.405*	-.336*	-.272*	.861*	.937*	1

AC: apoyo de confianza; AE: apoyo emocional; AS: apoyo social.

\* .01 de significación (2 colas).

sión lineal multivariada. Un estudio de ANOVA y Games-Howel se llevó a cabo para saber si existe una diferencia en los niveles de estrés, ansiedad, depresión, percepción de apoyo emocional, social y de confianza. Para conocer las diferencias entre estudios realizados en la actual investigación e investigaciones realizadas en otras partes del mundo, se llevó a cabo una comparación entre los resultados de ambos estudios.

## Resultados

Los resultados serán presentados de la siguiente manera: identificar si los niveles de ansiedad, estrés, depresión y la percepción de apoyo social en mujeres embarazadas se relacionan con menores niveles de ansiedad, estrés y depresión, así como la influencia que tienen los factores externos de edad, embarazos previos, ingesta de alcohol, nivel educativo y trimestre en el que se encuentra la mujer embarazada. Continuará con el segundo objetivo de la investigación el cual es conocer si existe alguna diferencia entre el apoyo social percibido, niveles de ansiedad, estrés y depresión durante las diferentes etapas del embarazo.

De acuerdo con el primer objetivo de la investigación, identificar los diferentes niveles de estrés, ansiedad, apoyo emocional, de confianza y social, se llevó a cabo un análisis de frecuencia. De acuerdo con el instrumento DAS-21 y las categorías en las que divide los niveles, se observa que la mayoría de la muestra presenta niveles normales de estrés (74%), ansiedad (72.2%) y depresión (85.9%). La mayoría de la muestra percibe un apoyo positivo, específicamente en el apoyo emocional (92.5%), de confianza (98.7%) y social (98.2%) (Tabla 1).

La Tabla 2 presenta la correlación entre las variables dependientes (niveles de depresión, estrés y ansiedad), donde existe una correlación positiva significativa ( $p = .01$ ) y entre variables independientes (apoyo emocional percibido, de confianza y social). En el caso de la detección de correlación entre las variables dependientes e independientes, el análisis demuestra una relación negativa significativa ( $p = .01$ ) entre ellas. Para entender la relación entre las variables mencionadas de mejor manera, un análisis de regresión múltiple fue desarrollado por cada factor independiente que incluye el apoyo social, emocional y de confianza percibidos, ingesta de alcohol, ocupación, horas de trabajo, semanas de embarazo, trimestre de embarazo, y complicaciones previas con el embarazo, en relación con las variables de depresión, estrés y ansiedad, obteniendo los siguientes modelos significativos (Tabla 3). El primer modelo que incluye el nivel de depresión del análisis de regresión múltiple demuestra que la variable es significativamente influida por las de apoyo de confianza percibido ( $F = 23.637$ ;

**Tabla 3**  
Análisis de regresión múltiple de niveles de estrés con apoyo emocional percibido y ansiedad con niveles de apoyo de confianza e ingesta de alcohol durante el embarazo

Modelos acordes con variables	R <sup>2</sup>	β	SE	F	t	p
<b>Depresión</b>						
Nivel de apoyo de confianza	.166	-.317	.065	23.637	-.862	.000
Ingesta de alcohol	.202	-1.508	.649	14.955	-2.324	.022
<b>Estrés</b>						
Nivel de apoyo emocional	.147	-.731	.162	20.548	-4.523	.000
<b>Ansiedad</b>						
Nivel de apoyo de confianza	.079	-.221	.069	10.194	-3.193	.002
Ingesta de alcohol	.109	-1.369	.068	7.185	-3.273	.050

**Tabla 4**  
Media y desviación estándar de nivel académico relacionado con el apoyo emocional, confidencial y social

Variable educación	N.º	Promedio			Desviación estándar		
		AE	AC	AS	AE	AC	AS
Primaria	1	14	22	36			
Secundaria	5	15.20	23	38.20	3.27	8.15	11.34
Preparatoria	25	17.96	30.76	48.72	2	4.09	5.7
Universidad	143	18.11	31.71	49.63	2.07	4.10	5.95
E. graduados	53	18.05	31.88	49.60	2	3.50	5.05

AC: apoyo de confianza; AE: apoyo emocional; AS: apoyo social.

**Tabla 5**  
ANOVA de niveles educativos con niveles de apoyo social, emocional y confidencial

Variable	df	Promedio al cuadrado	F	p
Nivel de apoyo emocional	4/222	14.357	3.328	.011
Nivel de apoyo de confianza	4/222	119.487	7.163	.000
Nivel de apoyo social	4/222	205.203	5.954	.000

$p = .000$ ,  $R^2 = .166$ ;  $t = -.862$ ;  $gl = 1$ ) e ingesta de alcohol ( $F = 14.955$ ;  $p = .022$ ;  $R^2 = .202$ ;  $t = -2.324$ ;  $gl = 2$ ) con una predicción estadísticamente significativa  $> .04$ , excluyendo las variables de apoyo emocional percibido, apoyo social, entre otras. De acuerdo con el análisis, el segundo modelo muestra como factor dependiente el nivel de estrés, el cual es significativamente influido por la variable de apoyo emocional percibido ( $F = 20.548$ ;  $p = .000$ ;  $R^2 = .147$ ;  $t = -4.523$ ;  $gl = 1$ ) con un valor  $> .05$ , excluyendo los factores de apoyo de confianza y apoyo social percibido (suma de apoyo de confianza y apoyo emocional), entre otros. En un tercer modelo, tomando la ansiedad como el factor principal dependiente muestra una influencia significativa de la variable de apoyo de confianza ( $F = 10.194$ ;  $p = .002$ ;  $R^2 = .079$ ;  $t = -3.193$ ;  $gl = 1$ ) e ingesta de alcohol ( $F = 7.185$ ;  $p = .050$ ;  $R^2 = .109$ ;  $t = -1.981$ ;  $gl = 2$ ), con una predicción estadísticamente significativa de  $> .05$ , excluyendo el resto de las variables mencionadas.

El nivel educativo es un factor para observar si hay diferencia entre los niveles de ansiedad, estrés y apoyo social. Dichos niveles fueron comparados entre primaria, secundaria, preparatoria, universidad y estudios de posgrado. Una correlación positiva significativa se observa entre el nivel de educación con el apoyo emocional percibido ( $r = .134$ ;  $p = .044$ ), apoyo de confianza ( $r = .231$ ;  $p = .000$ ) y el apoyo social percibido ( $r = .193$ ;  $p = .004$ ). Solo el nivel de ansiedad no mostró una correlación significativa (Tablas 4 y 5).

Existe una diferencia en los niveles ansiedad ( $F [1.225] = 4.480$ ;  $p = .035$ ), apoyo emocional ( $F [1.225] = 1.250$ ;  $p = .265$ ), apoyo de confianza ( $F [1.225] = 3.109$ ;  $p = .79$ ) y apoyo social percibido ( $F [1.225] = 3.832$ ;  $p = .052$ ) entre madres que ingirieron alcohol durante el embarazo y aquellas que no. Al mismo tiempo, se observa una correlación positiva entre las mujeres que ingieren alcohol y aquellas con elevada ansiedad ( $r = .140$ ;  $p = .035$ ) (Tabla 6).

**Tabla 6**

Media y desviación estándar de mujeres que durante el embarazo ingirieron y no ingirieron alcohol relacionado con los niveles de ansiedad, apoyo social, confidencial y emocional

Variable	N.º	Promedio				Desviación estándar			
		Ansiedad	AE	AC	AS	Ansiedad	AE	AC	AS
Ingesta de alcohol	60	3.4	18.3	32.35	50.53	3.9	1.92	3.27	4.73
No ingesta	167	2.41	17.91	31.11	48.74	2.67	2.18	4.58	6.49

AC: apoyo de confidencia; AE: apoyo emocional; AS: apoyo social.

De acuerdo con el segundo objetivo de la investigación, se llevó a cabo el análisis estadístico de ANOVA para saber si hay diferencia entre el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo y los niveles de estrés, ansiedad, depresión y apoyo social. Los análisis revelan que no hay diferencia significativa entre los niveles de apoyo emocional percibido y los trimestres ( $F [2,22] = 1.519; p = .221$ ). Un análisis de Games-Howell mostró que el nivel más alto de apoyo emocional percibido fue en el primer trimestre comparado con el segundo (diferencia de promedio = .361;  $\sigma = .546$ ). Sin embargo, no hay diferencias significativas con apoyo emocional entre los trimestres.

## Discusión

El propósito del estudio transversal presente fue conocer si existe una percepción mayor de apoyo social y si esta genera en las mujeres embarazadas menores niveles de ansiedad, estrés y depresión, así como la influencia que tienen los factores externos de edad, embarazos previos, ingesta de alcohol, nivel educativo y trimestre en el que se encuentra. A la par, se buscaba conocer si había una diferencia entre la percepción de apoyo social, estrés, depresión y ansiedad dependiendo del trimestre de embarazo en el que se encontraban. Finalmente, comparar las variables con estudios realizados en otros países.

Se encontró que el apoyo social percibido, emocional y de confidencia se encuentra correlacionado de manera significativa con niveles de estrés, depresión y ansiedad. El análisis de regresión múltiple mostró de forma más detallada que el apoyo de confidencia percibido se encuentra relacionado negativamente con los niveles de ansiedad y depresión durante el embarazo, indicando que las participantes con un nivel elevado de este apoyo tienden a presentar niveles bajos de depresión y ansiedad. Al mismo tiempo, se observó una relación positiva alta entre los niveles de ansiedad y depresión. Por otra parte, los niveles de estrés parecen estar relacionados con apoyo emocional percibido, mientras que la ansiedad se relaciona más con el apoyo de confidencia. A pesar de que los instrumentos reportados en la literatura son diferentes de los de este estudio, los resultados muestran gran similitud a las investigaciones de diferentes países. En comparación con el estudio de [Tanner, Westling, Rini, Glynn, Hoberl y Sandman \(2012\)](#), el presente estudio encontró similitudes en la correlación negativa existente entre la percepción de apoyo emocional y de confidencia con los niveles de depresión y ansiedad. Sin embargo, existen diferencias en los coeficientes obtenidos en las relaciones que exponen ambas variables. Las diferencias en el coeficiente de relación de apoyo emocional y de confidencia con los niveles de depresión y ansiedad pueden estar enraizadas con diferencias culturales, indicando que la relación negativa entre el apoyo social percibido y la angustia emocional es percibida de manera más significativa en la población mexicana que en la población estadounidense con un nivel de educación similar.

En el caso de los factores externos, presentaron una relación positiva entre el nivel de educación y el apoyo emocional, de confidencia y social. Con base en estos resultados, se puede establecer una alta probabilidad de que las mujeres embarazadas que tengan un mayor nivel educativo percibirán un mayor apoyo social

y emocional. Un factor que debe ser considerado es que el nivel educativo se encuentra relacionado con el apoyo emocional y económico de los padres. Un estudio realizado por [Bazán, Sánchez y Castañeda \(2007\)](#) encontró que el apoyo familiar es afectado significativamente por el nivel educativo de los padres, el cual se compone por los años de educación y el tiempo de lectura con la familia. Sin embargo, el factor de población elegida puede causar sesgo por ser diferente de los estudios comparados.

En la presente investigación, el factor externo de ingesta de alcohol presentó una relación positiva con los niveles de depresión y ansiedad, mostrando una diferencia significativa entre las participantes que bebían alcohol durante su embarazo y las que no lo hicieron.

De acuerdo con el segundo objetivo de investigación que buscaba conocer si había una diferencia entre apoyo social, estrés, depresión y ansiedad dependiendo del trimestre de embarazo en el que se encontraban, no se detectó una diferencia significativa en el nivel de estrés, ansiedad o depresión a lo largo del embarazo. Dichos resultados son contradictorios con los obtenidos en el estudio realizado por [Rallis, Skoutiers, McCabe y Milgrom \(2014\)](#) y otras investigaciones ([Kammerer, Adams, von Castelberg y Glover, 2002](#); [Glynn et al., 2008](#)). El acercamiento transversal de la investigación actual y la alta concertación de participantes en su segundo trimestre de embarazo (52.9%,  $N = 227$ ) pueden haber influido en los resultados. Sin embargo, dicha discrepancia entre investigaciones puede deberse a diferencias culturales, donde la población perteneciente a América Latina tiene una percepción más constante de apoyo emocional durante el embarazo a razón de una mayor fuente de apoyo acorde con el fenómeno abordado de «familiarismo» ([Sabogal et al., 1987](#); [Sánchez-Burks, Nisbett e Ybarra, 2000](#)) que difiere de otras culturas.

Tomando en cuenta que el presente estudio es exploratorio, existen ciertas limitantes. A pesar de que uno de los objetivos era conocer si existen diferencias con estudios realizados en otros países que toman en cuenta las mismas variables, la muestra representa mayoritariamente una clase socioeconómica media-alta. Es importante considerar que las 2 ubicaciones de donde se tomaron las muestras tienen lugar en una clínica y hospital privados. Debido a que no fue un estudio longitudinal, no fue posible medir si el apoyo social percibido ni los niveles de estrés, ansiedad y depresión presentados en la muestra afectarían o no a su futuro bebé y de qué manera lo haría.

Para futuras investigaciones, se recomienda comparar a las mujeres embarazadas que presentan niveles normales y altos de estrés, ansiedad y depresión, así como con el apoyo social percibido. Un estudio longitudinal ayudaría a tener un mejor entendimiento sobre cómo el infante y la madre se ven afectados por los niveles de estrés, depresión y ansiedad y si siguen teniendo una relación con el apoyo social percibido.

En conclusión, esta investigación confirmó una relación significativa entre el apoyo social percibido, incluyendo el apoyo emocional y de confidencia, con angustia emocional. El apoyo de confidencia percibido se relaciona negativamente con los niveles de depresión y ansiedad, mientras que el apoyo emocional se relaciona negativamente con estrés. Los resultados son similares a investigaciones previas en la literatura internacional. Sin embargo,

la manera en que la percepción de apoyo se desarrolla durante el embarazo pudiera ser diferente entre los contextos culturales. Esta investigación encontró que hay factores externos tales como nivel educativo, ocupación e ingesta de alcohol que se relacionan con apoyo percibido y la angustia emocional. Estos resultados brindan nueva información a investigaciones previas que no han tomado en cuenta dichos factores externos, trayendo nueva información a futuras investigaciones en el entendimiento del embarazo, enfocándose en las emociones de la mujer embarazada, experiencias y percepciones en México. Tener un mejor entendimiento de estas variables permitirá predecir el resultado del estrés, la ansiedad y la depresión durante el embarazo y brindar la oportunidad de crear programas de prevención que posibilitará a mujeres embarazadas mejorar la calidad de su embarazo y prevenir la depresión posnatal.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias

- Antúnez, Z. y Vinet, E. (2012). Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Validation of the abbreviated version in Chilean University Students. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 30(3), 49–55.
- Bazán, A., Sánchez, B. y Castañeda, S. (2007). Structural relationship between family support, level of education from parents, teacher characteristics and development in written language. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 12, 701–729.
- Büyükkayaci, N. y Kocak, C. (2013). The effect of social support on state anxiety levels during pregnancy. *Social Behavior and Personality*, 7, 1153–1164.
- Cantín, M. (2014). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 4, 339–346.
- Chou, F. H., Avant, K. C., Kuo, S. H. y Fetzer, S. J. (2008). Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, and social support: Pregnancy planning and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1185–1189.
- Cuellar-Flores, I. y Dresch, V. (2012). Validation of the Duke-UNK-11 Functional Social Support Questionnaire in Caregivers. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 34, 90–101.
- Dennis, C. y Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 588–599.
- Dunkel-Schetter, C. y Brooks, K. (2009). The nature of social support. En: Harry, T., Reis, Susan Sprecher, (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships*. Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Gagné F., Goulet L., Kramer M., Lydon J., McNamara H., Meaney M., . . . Séguin, L. (2015). Maternal prenatal felt security and infant health at birth interact to predict infant fussing and crying at 12 months postpartum. *Health Psychology*, 34, 811–819.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Loh, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106, 1071–1083.
- Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J. y Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm. *Health Psychology*, 87, 43–51.
- Harville, E., Kaplan, K., Solivan, A. y Wallace, M. (2015). Use of resiliency framework to examine pregnancy and birth outcomes among adolescents: A qualitative study. *Families, Systems, and Health*, 33, 349–355.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J. y Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65–73.
- Kammerer, M., Adams, D., von Castelberg y Glover, V. (2002). Pregnant women become insensitive to cold stress. *BMC Pregnancy and Child-birth*, 2, 8.
- Lobel, M. (1994). Conceptualizations, measurements, and effects of prenatal, maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 225–272.
- Mayo Clinic (2015). *Diseases and conditions, anxiety* [consultado 8 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anxiety/basics/symptoms/con-20026282/>
- Ngai, F.-W. y Ngu, S.-F. (2013). Family sense of coherence and quality of life. *Qual Life*, 22, 2031–2039.
- Norbeck, J. y Peterson, V. (1983). Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of prospective, multivariate study. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 30–46.
- Rallis, S., Skoutiers, H., McCabe, M. y Milgrom, J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*, 27, e32–e42.
- Rini, C., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C. J., Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13, 207.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. y Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289–295.
- Sabogal, F., Marin, G., Otero-Sabogal, R., VanOss Marin, B. y Perez-Stable, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, 397–412.
- Sanchez-Burks, J., Nisbett, R. E. y Ybarra, O. (2000). Cultural styles, relational schemas, and prejudice against out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 174–189.
- Semon, J., Szabó, N., van Aken, M. y Volling, B. (2017). The effect of paternal and alloparental support in the interbirth interval among contemporary North American families. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 11, 272–280.
- Stanton, A., Lobel, M., Sears, S. y deLuca, R. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 751–770.
- Tanner, L., Westling, E., Rini, C., Glynn, L., Hoberl, C. y Sandman, C. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant stress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453–463.
- Uchino, B. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.
- Wadhwa, P. D., Culhane, J., Rauh, V. y Barve, S. (2001). Stress and preterm birth: Neuroendocrine, immune/inflammatory, and vascular mechanisms. *Maternal and Child Health Journal*, 5, 119–125.